RELATÓRIO DE MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

27 de Julho de 2007

INDICE

I. APRESENTAÇÃO 13
II. METODOLOGIA 17
III. ANÁLISE DA SITUAÇÃO 23
III.1 – O NOVO MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL 24
1 - O enquadramento do novo modelo de cuidados continuados integrados em Portugal 25
1.1 - Enquadramento das tendências internacionais 25
1.2 – Antecedentes e situação de partida 27
1.3 - O processo de desenho do novo modelo 31
2 - Caracterização do novo modelo de CCI: a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 32
2.1 - Modelo em rede: intersectorialidade e transversalidade 37
2.2 - Modelo multidisciplinar e interdisciplinar com complementaridade entre agentes 39
2.3 - Modelo homogéneo da gestão de doentes 40
2.4 - Modelo de gestão específico da rede 42
2.5 - Modelo territorial e evolutivo 43
2.6 - Modelo integral e pluridimensional de prestação de cuidados 44
2.7 - Modelo de financiamento próprio 45
2.8 - A gestão da qualidade: previsão de um modelo nacional 46
2.9 - Resumo 47
III. 2 – PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI 50
1 - O processo evolutivo da implementação 51
2 - O planeamento inicial: experiências piloto 54
3 – Resumo 60
III. 3 – O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO 62
1 - Os instrumentos para a implementação 63
1.1 - Contratos 63
1.2 - Fontes de financiamento e preços provisórios 65
1.3 - O modelo de direcção e coordenação da RNCCI 68
1.4 - Sistema de referenciação e admissão 76
1.5 - A gestão de altas 80
1.6 - Os critérios de qualidade 86
1.7 - O modelo de cuidados sob a nova perspectiva da RNCCI 91
1.8 - Regulamentação técnica e legislativa 93
1.9 - O processo de acompanhamento e avaliação 95
1.10 - Resumo 102
2 - O processo de implementação das novas tipologias de cuidados 108
2.1 - Experiências piloto implementadas 108
2.2 - Evolução da implementação das tipologias de internamento da RNCCI 129
2.3 - Entidades prestadoras das tipologias de internamento da RNCCI 131

2.4 - Cumprimento do plano das experiências piloto 133
2.5 - Os recursos utilizados 137
2.5.1 - Recursos económicos 137
2.5.2 - Recursos humanos 141
2.5.3 - Formação 145
2.5.4 - A comunicação e difusão 147
2.6 - Resumo 150
III.4 – OS RESULTADOS E IMPACTO DA RNCCI Error! Bookmark not defined.
1 – Caracterização dos utentes referenciados para a RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
1.1 - Caracterização das propostas de admissão na RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
1.1.1 - Motivos das propostas de admissão na RNCCI . Error! Bookmark not defined.
1.2 - Caracterização social dos utentes referenciados para a RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
1.2.1. Utentes referenciados por situação de convivência ..... Error! Bookmark not defined.
1.2.2. Utentes referenciados por estado civil ..... Error! Bookmark not defined.
1.2.3. Utentes referenciados por tipo de apoio recebido ..... Error! Bookmark not defined.
1.3 - Caracterização do acesso à RNCCI .... Error! Bookmark not defined.
1.4 - Resumo ..... Error! Bookmark not defined.
2. Características dos utentes das unidades de internamento da RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
2.1 - A cobertura populacional das unidades de internamento da RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
2.2. Utentes atendidos (tratados) nas unidades de internamento da RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
2.2.1. Utentes atendidos (tratados), por região ..... Error! Bookmark not defined.
2.2.3. Utentes atendidos (tratados), por idade ..... Error! Bookmark not defined.
2.3 – Procura versus Oferta ..... Error! Bookmark not defined.
2.4. Utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI .. Error! Bookmark not defined.
2.4.1 – Utentes entrados ..... Error! Bookmark not defined.
2.4.2 – Idade dos utentes entrados ..... Error! Bookmark not defined.
2.4.3 - Sexo dos utentes entrados ..... Error! Bookmark not defined.
2.4.4. - Subsistema de saúde dos utentes entrados Error! Bookmark not defined.
2.4.5 - Proveniência dos utentes entrados . Error! Bookmark not defined.
2.4.6 - Diagnósticos médicos dos utentes entrados Error! Bookmark not defined.
2.5 – Utentes saídos das unidades de internamento da RNCCI .... Error! Bookmark not defined.
2.5.1 - Utentes saídos ..... Error! Bookmark not defined.
2.5.2 - Dinamismo das unidades ..... Error! Bookmark not defined.

2.5.3 - Destino das altas ..... Error! Bookmark not defined.
2.5.4 - Motivos das altas..... Error! Bookmark not defined.
2.6. Actividade nas unidades de internamento da RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
2.6.1 - Demora média..... Error! Bookmark not defined.
2.6.2 - Taxas de ocupação ..... Error! Bookmark not defined.
2.7 – Mobilidade e reinternamentos na RNCCI ..... Error! Bookmark not defined.
2.8 – Resumo ..... Error! Bookmark not defined.
4 - Análise das dotações de pessoal declaradas pelas unidades prestadoras ..... Error! Bookmark not defined.
4.1 - Análise de pessoal nas Unidades de Convalescença..... Error! Bookmark not defined.
4.2 - Análise de pessoal nas Unidades de Média Duração e Reabilitação ..... Error! Bookmark not defined.
4.3 - Análise de pessoal nas Unidades de Longa Duração e Manutenção..... Error! Bookmark not defined.
4.4 - Análise de pessoal nas Unidades de Cuidados Paliativos.... Error! Bookmark not defined.
4.5 - Resumo ..... Error! Bookmark not defined.
5 - Análise das despesas declaradas pelas unidades... Error! Bookmark not defined.
5.1 - Análise das despesas das unidades de Convalescença ..... Error! Bookmark not defined.
5.2 - Análise das despesas das unidades de Média Duração e Reabilitação ..... Error! Bookmark not defined.
5.3 - Análise da despesa das unidades de Longa Duração e Manutenção..... Error! Bookmark not defined.
5.4 - Análise de despesas das unidades de Cuidados Paliativos . Error! Bookmark not defined.
5.5 - Resumo ..... Error! Bookmark not defined.
IV. CONCLUSÕES..... Error! Bookmark not defined.
1. Conclusões gerais..... Error! Bookmark not defined.
1.1 Os ganhos e progressos alcançados ... Error! Bookmark not defined.
1.2 Os pontos de melhoria..... Error! Bookmark not defined.
2. Resumo de resultados e conclusões específicas..... Error! Bookmark not defined.
V. PROPOSTAS..... Error! Bookmark not defined.
1. Os desafios ..... Error! Bookmark not defined.
2. Os objectivos e finalidades ..... Error! Bookmark not defined.
3. As estratégias..... Error! Bookmark not defined.
4. As propostas de intervenção..... Error! Bookmark not defined.
VI. ANEXOS..... Error! Bookmark not defined.
VI.1 – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO PARA INTEGRAÇÃO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: HOSPITAIS DE NÍVEL 1..... Error! Bookmark not defined.

VI.2 – RELATÓRIO DO FOCUS GROUP ..... Error! Bookmark not defined.
VI.3 – RELAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDAS ENTRE SETEMBRO DE 2005 E MAIO DE 2007 ..... Error! Bookmark not defined.
VI.4 – REGISTO DE INFORMAÇÃO MENSAL (RIM):..... Error! Bookmark not defined.
DECLARAÇÕES RECEBIDAS PELA UMCCI ATÉ 23 DE MAIO DE 2007, POR REGIÃO E TIPOLOGIA DE INTERNAMENTO DA RNCCI..... Error! Bookmark not defined.
VII. BIBLIOGRAFIA ..... Error! Bookmark not defined.

INDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1. Resumo da situação de partida dos cuidados continuados em Portugal Continental em 2003 30
Quadro n.º 2 Rácios de cobertura, por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI 52
Quadro n.º3. Plano de implementação da RNCCI por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI 53
Quadro n.º4. Plano de implementação das experiências piloto da RNCCI, por tipologias de cuidados, regiões e distritos 56
Quadro n.º 5. Tabela de preços para as experiências piloto da RNCCI 67
Quadro n.º 6. Competências da UMCCI 70
Quadro n.º7. Composição das equipas de Coordenação Regional 73
Quadro n.º 8. Composição das equipas de Coordenação Local 75
Quadro n.º9. Critérios de admissão gerais nas unidades e equipas da RNCCI 78
Quadro n.º10. Número e composição das equipas de Gestão de Altas constituídas até 30 de Junho de 2007 84
Quadro n.º11. Regulamentação técnica e legislativa elaborada até 31 de Maio de 2007 94
Quadro n.º12. Número de acordos celebrados e número de camas contratadas, por tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007) 109
Quadro n.º13. Número de equipas da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Junho de 2007) 118
Quadro n.º14. Cobertura populacional das equipas hospitalares e domiciliárias da RNCCI constituídas até 30 de Junho de 2007 119
Quadro n.º 15. Plano de implementação das experiências piloto da RNCCI por região e tipologias de cuidados 134
Quadro n.º16. Execução do plano de implementação das experiências piloto da RNCCI até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas), por tipologia de cuidados 135
Quadro n.º17. Recursos humanos definidos para as equipas da RNCCI: composição mínima (n.º) por perfis profissionais 142

Quadro n.º 18. Recursos humanos das tipologias de internamento da RNCCI: orientações para a prestação de serviços incluídas nos acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, por tipologia de internamento e perfil profissional 144
Quadro n.º 19. Universo total de declarações RIM previstas e recebidas na UMCCI (Novembro 2006 - Abril 2007), por tipologia de internamento. **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 20. Número e percentagem de unidades e meses da amostra incluídas na análise de: utentes atendidos, utentes entrados e utentes saídos, no período compreendido entre Novembro 2006 – Abril 2007, por tipologia de internamento..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º21. Distribuição do número e percentagem dos diagnósticos no momento da entrada dos utentes nas unidades por grandes grupos diagnósticos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º22. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico para valores superiores a 9 casos **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 23. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Convalescença para valores superiores a 7 casos..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 24. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Média Duração e Reabilitação para valores superiores a 4 casos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 25. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Longa Duração e Manutenção para valores superiores a 3 casos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 26. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Cuidados Paliativos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 27. Perfil das unidades de Convalescença obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 28. Perfil das unidades de Média Duração e Reabilitação obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 29. Perfil das unidades de Longa Duração e Manutenção obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 30. Perfil das unidades de Cuidados Paliativos obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 31. Código de leitura da relação das unidades incluídas na análise de pessoal ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 32. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Convalescença no mês de Março de 2007..... **Error! Bookmark not defined.**

Quadro n.º 33. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Média Duração e Reabilitação no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 34. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Longa Duração e Manutenção no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 35. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Cuidados Paliativos no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 36. Valor da dispersão entre os valores mínimos e máximos das horas mensais por cama e por tipologia de unidade .... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 37. Percentagem das unidades e meses com informação em termos de despesas ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 38. Relação das unidades incluídas na análise de despesas ... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 39. Lista de variáveis segundo a sua classificação em termos de despesas ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 40. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis nas unidades de Convalescença ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 41. Desvios da média relativos a despesas com material de consumo e pessoal das unidades de Convalescença .. **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 42. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Convalescença ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 43. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis das unidades de Média Duração e Reabilitação .... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 44. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Média Duração e Reabilitação **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 45. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Média Duração e Reabilitação **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 46. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis das unidades de Longa Duração e Manutenção .... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 47. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Longa Duração e Manutenção **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 48. Percentagem do total das despesas e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal para as unidades de Longa Duração e Manutenção ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 49. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis das unidades de Cuidados Paliativos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 50. Despesas por utente e dia de internamento e desvios da média relativos a material de consumo e pessoal das unidades de Cuidados Paliativos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 51. Percentagem do total das despesas e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal para as unidades de Cuidados Paliativos ..... **Error! Bookmark not defined.**

Quadro n.º 52. Percentagem das despesas de pessoal sobre o total das despesas por tipologias ..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 53. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Convalescença..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 54. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Média Duração e Reabilitação..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 55. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Longa Duração e Manutenção..... **Error! Bookmark not defined.**
Quadro n.º 56. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Cuidados Paliativos ..... **Error! Bookmark not defined.**

INDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1. Esquema dos agentes e das inter-relações principais na RNCCI.37
Figura n.º 2. Esquema da distribuição de responsabilidades na RNCCI.....39
Figura n.º 3. Fluxos de referenciação e admissão da RNCCI 41
Figura n.º 4. Processo e circuito de gestão de altas.....82
Figura n.º 5. Rácio de camas contratadas por acordo celebrado, por região e tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007).....111
Figura n.º 6. Distribuição (em % e n.º) das camas contratadas da RNCCI, por região e tipologia de internamento (30 de Abril de 2007).....112
Figura n.º 7. Percentagem e número de acordos celebrados por titularidade da 132
Figura n.º 8. Página de entrada do site *da RNCCI* (http://www.rncci.min-saude.pt/rncci).....148

INDICE DE MAPAS

Mapa n.º 1. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 Abril de 2007, por região na tipologia de internamento de Convalescença 113
Mapa n.º 2. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007, por região na tipologia de internamento de Média Duração e Reabilitação 114
Mapa n.º 3. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007, por região na tipologia de internamento de Longa Duração e Manutenção 116
Mapa n.º 4. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007, por região: Cuidados Paliativos 117
Mapa n.º 5. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Norte até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e até 30 de Junho de 2007 (equipas) 122
Mapa n.º 6. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Centro até 30 de Abril de 2007(unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas) 123
Mapa n.º 7. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Lisboa e Vale do Tejo até 30 de Abril de 2007(unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas) 124
Mapa n.º 8. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Alentejo até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas) 126
Mapa n.º 9. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Algarve até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas) 127
Mapa n.º 10. Número de habitantes atendidos pela RNCCI no conjunto da população portuguesa (Censo 2001) (Novembro 2006- Abril 2007) .... **Error! Bookmark not defined.**
Mapa n.º 11. Número de habitantes atendidos pela RNCCI com idade igual ou superior aos 65 anos no conjunto da população portuguesa (Censo 2001) (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1. Distribuição dos acordos celebrados, número e percentagem de camas contratadas, por tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007) 110
Gráfico n.º 2. Evolução de acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, por tipologia de internamento (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007) 129

Gráfico n.º 3. Evolução da capacidade instalada (n.º camas contratadas), por tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007) 130
Gráfico n.º 4. Estimativa de custos de funcionamento das unidades de internamento da RNCCI entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Abril de 2007 e distribuição por sectores e tipologia de internamento 140
Gráfico n.º 5. Motivos das propostas de admissão na RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 6. Distribuição em percentagem das propostas de admissão por tipologia da RNCCI proposta (Novembro 2006 – Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 7. Distribuição em percentagem das propostas de admissão na RNCCI por entidade referenciadora (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 8. Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI por situação de convivência (Novembro 2006 - Abril 2007) .... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 9. Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI por estado civil (Novembro 2006 - Abril 2007) . **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 10. Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI com e sem apoio (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 11 Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI por tipo de apoio que recebem (Novembro 2006- Abril 2007) **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 12. Distribuição dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI por região (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 13. Comparação da percentagem de utentes atendidos na RNCCI e capacidade em camas contratadas por região **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 14. Distribuição em número e percentagem dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI por tipologias de unidades (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 15. Distribuição em percentagem dos utentes atendidos por região nas Unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 16. Distribuição em percentagem dos utentes atendidos por região nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção (Novembro de 2006 - Abril de 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 17. Distribuição em percentagem dos utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI, por idade (maior ou inferior a 65 anos) e por região (Novembro 2006 – Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 18. Número e percentagem das camas incluídas na amostra, por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 – Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 19. Distribuição em percentagem das camas incluídas na amostra por região (Novembro 2006 – Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**

Gráfico n.º 20 Comparação entre a distribuição das percentagens de utentes atendidos e de número de camas por tipologia de unidade de internamento da RNCCI ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 21. Número e percentagem dos utentes entrados por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 – Abril 2007) ... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 22. Percentagem dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI por região (Novembro 2006 – Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 23 Distribuição em percentagem dos utentes entrados por região nas Unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos da RNCCI (Novembro de 2006 e Abril de 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 24. Distribuição em percentagem dos utentes entrados por região nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção (Novembro de 2006 - Abril de 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 25. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI por faixa etária e idade média (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 26. Idades médias dos utentes entrados na RNCCI por tipologia de unidade de internamento (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 27 Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por faixa etária e idade média (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 28. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por faixa etária e idade média (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 29. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI por sexo (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 30. Distribuição em percentagem dos utentes entrados por sexo e tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 - Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 31. Distribuição por tipo de subsistema de saúde dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI (Novembro 2006 - Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 32. Distribuição em percentagem dos utentes entrados por tipo de subsistema de saúde e por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 33. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por tipo de subsistema de saúde (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 34. Distribuição em percentagem de utentes entrados nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, por tipo de subsistema de saúde (Novembro 2006- Abril 2007) **Error! Bookmark not defined.**

Gráfico n.º 35. Distribuição em percentagem da proveniência de utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 36. Percentagem de utentes entrados desde o hospital, por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 37. Percentagem de utentes entrados desde o domicílio do utente por tipologia de unidade no período Novembro 2006- Abril 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 38 Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por proveniência (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 39. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por proveniência (Novembro 2006- Abril 2007)..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 40. Distribuição em número e percentagem dos utentes saídos por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 41. Distribuição em percentagem da amostra de utentes saídos por região (Novembro 2006- Abril 2007)..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 42. Distribuição em percentagem dos utentes saídos nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por região (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 43. Distribuição em percentagem dos utentes saídos nas unidades de..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 44. Comparação do número de utentes entrados e de utentes saídos por regiões e por tipologia de internamento (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 45. Relação, em percentagem, entre utentes entrados e utentes saídos, por tipologia de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 46. Distribuição em percentagem dos utentes saídos por destino na alta (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 47. Distribuição em percentagem dos utentes saídos com destino na alta ao hospital, por tipologia de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 48. Distribuição dos utentes saídos das unidades de Convalescença por destino na alta (Novembro 2006- Abril 2007)..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 49. Distribuição dos utentes saídos por destino na alta nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 50. Distribuição em percentagem dos utentes saídos das unidades de internamento da RNCCI por motivo da alta (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 51. Distribuição em percentagem dos utentes saídos das unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por motivo da alta (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**

Gráfico n.º 52. Distribuição em percentagem dos utentes saídos das unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por motivo da alta (Novembro 2006- Abril 2007) ... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 53. Demora média nas unidades de internamento da RNCCI, por região e tipologias de unidades (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 54. Taxa de ocupação nas unidades de internamento por tipologias de unidades de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 55. Evolução por meses da taxa de ocupação por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Dezembro 2006- Março 2007) .. **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 56. Taxa de ocupação nas unidades de Convalescença, por região no (Novembro 2006- Abril 2007) ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 57. Taxa de ocupação nas unidades de Média Duração e Reabilitação por região (Novembro 2006- Abril 2007) .. **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 58. Taxa de ocupação nas unidades de Longa Duração e Manutenção por região (Novembro 2006- Abril 2007) .. **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 59. Distribuição em percentagem dos utentes com dois ou mais internamentos por região (Novembro 2006- Abril 2007) .... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 60. Distribuição em percentagem dos utentes com internamentos em mais de uma tipologia de internamento da RNCCI por região ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 61. Distribuição de reinternamentos por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 – Abril 2007) .... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 62. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Convalescença no mês de Março de 2007 ... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 63. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Convalescença no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 64. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e fisioterapeutas com a média do conjunto de Unidades de Convalescença e o standard definido nos contratos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 65. Comparação das horas mensais por cama dos nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa, assistentes sociais e psicólogos com a média do conjunto de Unidades de Convalescença e o standard definido nos contratos .... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 66. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Média Duração e Reabilitação no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 67. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Média Duração e Reabilitação no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**

Gráfico n.º 68. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e fisioterapeutas com a média do conjunto de Unidades de Média Duração e Reabilitação e o standard definido nos contratos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 69. Comparação das horas mensais por cama dos terapeutas ocupacionais, nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa e assistentes sociais com a média do conjunto de Unidades de Média Duração e Reabilitação e o standard definido nos contratos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 70. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Longa Duração e Manutenção no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 71. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Longa Duração e Manutenção no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 72. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais com a média do conjunto de Unidades de Longa Duração e Manutenção e o standard definido nos contratos ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 73. Comparação das horas mensais por cama dos nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa, assistentes sociais e psicólogos com a média do conjunto de Unidades de Longa Duração e Manutenção e o standard definido nos contratos .... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 74. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Cuidados Paliativos no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 75. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Cuidados Paliativos no mês de Março de 2007 ..... **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 76. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e fisioterapeutas com a média do conjunto de Unidades de Cuidados Paliativos e o standard definido nos contratos **Error! Bookmark not defined.**
Gráfico n.º 77. Comparação das horas mensais por cama dos nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa, assistentes sociais e psicólogos com a média do conjunto de Unidades de Cuidados Paliativos e o standard definido nos contratos ... **Error! Bookmark not defined.**

I. APRESENTAÇÃO

Em Abril de 2005, começa a desenvolver-se o projecto de desenho e implementação de um novo modelo de cuidados continuados para Portugal continental, com o objectivo de facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente às pessoas que necessitem não só de cuidados de saúde como também de apoio social. Com este novo modelo, pretende-se avançar num sistema de prestações públicas, adaptado às necessidades do cidadão e centrado no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos, pelo prestador mais adequado. As principais motivações que deram origem a este projecto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes, entre outros factores, do aumento da esperança de vida e o consequente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes.

Assim, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 (publicado em *D.R., 1.ª série, n.º109 de 6 de Junho)*, a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

A composição da RNCCI é definida no Decreto: "*constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da Segurança Social, a Rede Solidária e as autarquias locais."*

No dia 24 de Maio de 2007 celebrou-se o primeiro ano de existência da RNCCI. O lançamento oficial foi realizado pelo Primeiro Ministro no 21 de Abril de 2006. No sentido de se desenvolver o novo modelo através de uma avaliação contínua, que permita aperfeiçoar e adaptar a realidade aos princípios inicialmente definidos, surgiu a necessidade de se realizar uma análise extensa e profunda da situação, com o objectivo de avaliar os resultados obtidos no processo inicial de desenvolvimento e introduzir novas linhas de acção para melhorar o funcionamento da Rede.

Assim, o trabalho aqui apresentado, tenta compreender em que medida a etapa inicial de planeamento e implementação das experiências piloto da RNCCI se aproxima dos princípios definidos no modelo, nomeadamente, os de Integralidade, Globalidade, Interdisciplinaridade, Harmonia, Equidade e Inserção na Comunidade. Assim, procedeu-se à análise dos dados e informações disponíveis, incluindo também as

contribuições da equipa técnica da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), das regiões e dos participantes no *focus group*, realizado expressamente para se obter uma visão qualitativa e complementar ao processo desenvolvido até ao momento.

É necessário assinalar que, sem a colaboração dos diferentes agentes, que neste caso são protagonistas do desenvolvimento atingido, este trabalho não poderia ter sido realizado.

Assim, a contribuição da equipa da UMCCI, bem como a participação dos profissionais das equipas de Coordenação Regional (ECR) e Local (ECL) e dos profissionais clínicos das unidades e equipas prestadoras no exercício do *focus group*, permitiu obter uma visão adequada da situação actual. Por outro lado, o trabalho realizado pela UMCCI sobre os dados e informações relativos às propostas de admissão de utentes e a sua contribuição para a caracterização do processo de referenciação, bem como as declarações dos prestadores através do envio dos relatórios de informação mensais, foram de extrema importância. A partir destes dados foi então possível determinar com maior precisão o ponto de situação do funcionamento dos circuitos de referenciação, a caracterização dos utentes propostos, as características das unidades de internamento que estão a funcionar e dos utentes nelas atendidos.

O trabalho aqui apresentado tem como finalidade a caracterização da situação actual e o grau de desenvolvimento da RNCCI. O documento integra os resultados de uma monitorização realizada a partir do tratamento dos dados quantitativos e qualitativos disponíveis, que acrescenta aos resultados documentados uma relação de propostas de melhoria orientadas para o fortalecimento, alargamento e consolidação da Rede.

O presente documento é composto por 5 grandes capítulos:

I. Apresentação

II. Metodologia, onde é apresentada a estratégia, o alcance e as actividades-chave desenvolvidas no trabalho;

III. Análise da situação, que contempla:

III.1. A análise do novo modelo de cuidados continuados integrados relativamente às suas definições e enquadramentos conceptuais;

III.2 O planeamento da implementação das experiências piloto, onde são apresentados os resultados sobre a cobertura e alcance do plano de arranque inicial da RNCCI;

III.3. O processo de implementação das experiências piloto, capítulo que contém a revisão dos instrumentos utilizados para o desenvolvimento inicial da RNCCI, a caracterização e resultados sobre a evolução da implementação e impacto relativo ao volume de capacidade atingido na RNCCI pelas diferentes equipas e unidades;

III.4. Os resultados obtidos pela actuação das equipas de coordenação local e as unidades de internamento da RNCCI.

Este capítulo abrange os dados de pessoal e os dados sobre as despesas declaradas pelos prestadores, a partir da caracterização dos utentes admitidos na RNCCI, no período de Novembro 2006 a Abril 2007, e da análise dos dados referentes à actividade das unidades de internamento da Rede.

IV. Conclusões gerais sobre os resultados obtidos;

V. Propostas de evolução e melhoria.

As propostas são formuladas e orientadas, a título de recomendação, para superar os pontos críticos identificados e avançar em aspectos ainda não contemplados, no sentido de melhorar a implementação, consolidação e evolução da RNCCI no futuro.

Em **anexo** apresentamos os documentos complementares.

O alcance deste diagnóstico vem definido pelas informações e pelos dados disponíveis dentro do prazo previsto.

II. METODOLOGIA

Neste capítulo descrevemos os eixos fundamentais da abordagem das estratégias metodológicas, técnicas, procedimentos e instrumentos utilizados no desenvolvimento da análise de avaliação do desenvolvimento e implementação das experiências piloto da RNCCI.

O trabalho desenvolvido deve possibilitar o conhecimento da situação actual da RNCCI. A finalidade é conhecer e caracterizar o novo modelo de cuidados continuados integrados destinado a pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência, analisar a oferta, a capacidade instalada e as características das respostas existentes na actualidade.

O "*Relatório final da primeira fase de diagnóstico da situação actual – Implementação de um modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e progressivo desenvolvimento de Serviços Comunitários de Proximidade para a promoção e desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência*" (Setembro de 2005), permitiu conhecer as expectativas dos agentes-chave e a identificação das bases e pontos fortes a serem preservados ou potenciados no novo modelo; a introdução de premissas e elementos básicos para a definição do modelo de serviços comunitários de proximidade (perfis dos utilizadores, de serviços e de necessidades) e, finalmente, como já foi dito, preparar as bases para a introdução das experiências piloto que apoiassem e favorecessem o desenvolvimento do modelo de serviços comunitários de proximidade.

Nesta fase de caracterização das respostas existentes na actualidade no âmbito dos cuidados continuados integrados em Portugal Continental, procedeu-se à combinação de **técnicas qualitativas e quantitativas (sujeitas à disponibilidade da informação) amplamente aceites** que permitem não só identificar as necessidades de melhoria mas também auxiliam no desenho de soluções e promovem a sua implementação.

A abordagem metodológica aplicada é marcada por uma série de considerações e de estratégias gerais:

- ✓ **conhecimento do contexto:** conhecimento profundo das circunstâncias específicas, das características, estratégias e objectivos que configuram o modelo de cuidados continuados integrados em Portugal Continental;

- ✓ **adaptação das propostas às circunstâncias locais:** elaboração de propostas realistas e aplicáveis que incluem o desenvolvimento de instrumentos "*ad hoc*" de diagnóstico para poder analisar e identificar situações complexas que se efectivem na realidade e nos meios do desenvolvimento dos projectos;

- ✓ **transferência de competências e tecnologia:** um valor agregado fundamental é a capacidade de transferência de conhecimentos e de instrumentos para a melhoria do desempenho.

Assim, a abordagem geral em que se baseou a construção deste relatório teve como princípios:

- ✓ a participação activa dos actores implicados no mesmo;
- ✓ a existência de consenso nas respostas obtidas;
- ✓ a visão territorial das necessidades;
- ✓ a obtenção da visão e da lógica existente na rede actual de serviços;
- ✓ a identificação dos critérios de qualidade para os prestadores;
- ✓ a utilização, sempre que necessária, de referências de exemplos nacionais e internacionais.

Alcance do projecto

Para a elaboração do presente estudo realizaram-se actividades de participação e de consenso com a equipa da UMCCI, estruturadas através de reuniões e sessões de trabalho que permitiram a identificação conjunta dos objectivos e enquadramento do estudo.

Os conteúdos dos produtos relacionados com a obtenção de dados quantitativos foram elaborados em função da disponibilidade de dados e informações no momento de iniciar o seu tratamento com o fim de ser incluídos no presente documento..

Neste sentido, o volume de relatórios recebidos e o período de recepção de dados provenientes das entidades prestadoras, estabelecido até 23 de Maio de 2007, para a caracterização das unidades de internamento, condiciona o universo da amostra.

As inconsistências identificadas em algumas declarações ao nível de um aparente preenchimento incoerente de dados sugerem que, no caso de se verificarem resultados não ajustados à percepção dos implicados, sejam desenvolvidas análises aprofundadas específicas.

As contribuições qualitativas que formam parte desta análise sustentam-se nos documentos fornecidos pela equipa técnica da UMCCI, pelas ECL e nos resultados obtidos no exercício *focus group* (ver adiante).

Para a análise das unidades de internamento da RNCCI foram utilizados os standards referenciais definidos nos anexos dos contratos.

As propostas de melhoria incluídas são resultado de um processo conjunto de interacção com a UMCCI e o seu alcance está determinado pela possível viabilidade dos dados disponíveis nesta altura e resultados obtidos no trabalho da análise dos dados.

O alcance deste diagnóstico vem definido pelas informações e pelos dados disponíveis dentro do prazo previsto para sua realização.

Conteúdos e actividades do trabalho

O trabalho inclui diversos âmbitos de análise:

- ✓ recompilação dos documentos fornecidos pela UMCCI que incluem as normativas básicas elaboradas até ao momento;
- ✓ documentos técnicos relativos ao plano de implementação das experiências piloto;
- ✓ documentos técnicos relativos a orientações sobre a prestação de cuidados;
- ✓ material formativo utilizado nas actividades desenvolvidas nesta etapa.

Analise bibliográfica

Compilação e consulta das fontes, utilizado neste trabalho como material de consulta perante os resultados obtidos.

Caracterização das admissões na RNCCI

A caracterização das admissões na RNCCI foi realizada a partir da revisão dos dados já tratados e fornecidos pela equipa UMCCI, referentes às informações declaradas pelas ECL no período compreendido entre Novembro de 2006 a Abril de 2007.

A avaliação do grau de cumprimento das experiências piloto foi efectuada através da análise e tratamento de dados fornecidos pela UMCCI e através dos dados declarados no CADCON (ferramenta informática construída para a monitorização dos contratos).

Caracterização das actividades nas unidades de internamento da RNCCI

Análise da dotação de pessoal nas unidades de internamento da RNCCI

Análise das despesas declaradas pelos prestadores da RNCCI

A partir dos dados declarados pelos prestadores através dos relatórios de informação mensal, nomeadamente o RIM (Registo de Informação Mensal), foram desenvolvidas as seguintes actividades-chave:

- ✓ tratamento da base de dados;
- ✓ identificação de possíveis inconsistências nos dados recebidos;
- ✓ criação de amostras aparentemente consistentes;
- ✓ filtragem e tratamento dos dados;
- ✓ análise de resultados;
- ✓ elaboração de quadros e tabelas;
- ✓ elaboração de resultados.

Realização do exercício *focus group*

No dia 27 de Março do presente ano realizou-se, na sede da UMCCI, uma sessão de trabalho com um grupo de profissionais da RNCCI oriundos de diferentes níveis de prestação de cuidados, de diferentes regiões e dos sectores da saúde e de apoio social.

Esta sessão teve como objectivo a obtenção de informações qualitativas, designadamente a opinião do grupo de especialistas sobre a situação actual do modelo e a identificação dos pontos fortes e dos constrangimentos percebidos para obter uma visão partilhada da situação e das perspectivas de futuro. Os resultados deste exercício são apresentados no anexo 2.

Elaboração da análise de avaliação

Nesta última etapa procedeu-se à integração dos dados e resultados obtidos ao longo de todo o processo de diagnóstico, com a finalidade de elaborar um documento contendo a análise do ponto de situação actual.

A caracterização final foi baseada na documentação, dados compilados e na visão qualitativa das contribuições.

Em cada um dos capítulos apresentam-se e descrevem-se as fontes de dados utilizadas e, no caso dos dados quantitativos, as amostras incluídas.

III. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

III.1 – O NOVO MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL

1 - O enquadramento do novo modelo de cuidados continuados integrados em Portugal

1.1 - Enquadramento das tendências internacionais

Atendendo ao enquadramento do Programa de Governo, através das Grandes Opções do Plano para o período 2005-2006 (GOP 2006-2009), pretende-se:

- ✓ *"Reforçar a coesão,*
- ✓ *Reduzir a pobreza,*
- ✓ *Criar mais igualdade de oportunidades no âmbito da saúde,*
- ✓ *Criar condições que permitam envelhecer com saúde, optando por um Modelo Integrado de Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e em Situação de Dependência, que desenvolva a coordenação e a complementaridade entre o sector social e privado e da saúde;*
- ✓ *Adaptar as estruturas e o seu funcionamento à procura crescente de serviços de saúde, para responder às necessidades derivadas do envelhecimento da população e dos cidadãos em situação de dependência".*

Face à situação do considerável aumento de pessoas idosas (envelhecimento progressivo), às mudanças epidemiológicas consequentes das doenças crónicas, ao aumento das pessoas que vivem sozinhas, à procura constante de novas respostas aos problemas do envelhecimento e da dependência por parte da sociedade, às novas situações sociais e à crise, sinal de quebra em alguns lugares, do sistema de apoio informal, impõe-se a prioridade de desenvolver intervenções que possam dar resposta a necessidades mistas que combinam problemas ou circunstâncias de saúde e sociais.

Prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) sobre atender e proteger a dependência.

A persecução de tal aspiração pressupõe dispor de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva,

recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador.
Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. Tanto o Conselho de Europa, a OCDE ou a OMS (OMS, Relatório de *Planeamento e Organização dos Serviços Geriátricos (nº 548) Genebra 1974, p. 39*) têm vindo a recomendar aos países a implementação de sistemas de protecção social que respondam às necessidades emergentes nesta área.

Ainda que com múltiplas diferenças na concepção organizativa do desenvolvimento de novos modelos, muitos são os países europeus que, a partir de finais dos anos 80 e início dos anos 90 do século passado, iniciaram processos de implementação de novas redes de cuidados para dar cobertura às pessoas idosas ou que apresentam dependência. Na filosofia que pretendem aplicar, através de novas formas de cuidados e organização, encontram-se pontos de contacto muito semelhantes**.**

A destacar, em quase todos os casos, a necessidade e o objectivo de evoluir a partir do modelo clássico de cuidado dos doentes baseado no *Modelo Biomédico Tradicional,* com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, para um modelo de **avaliação e cuidado integral *(modelo funcional)*** que incorpore, além dos cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças dos utentes, o cuidado com as funções físicas, relativas à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais e os cuidados sociais (contexto familiar).

Assim, ainda que se encontrem diferentes fórmulas em desenvolvimento nos diferentes países, maioritariamente os novos modelos de cuidados incorporam novos paradigmas orientados para a prestação de cuidados numa óptica globalizadora das necessidades das pessoas que apresentam dependência que necessariamente passa por um **enquadramento intersectorial e multidisciplinar**.

Podem destacar-se, a modo de exemplo, as políticas desenvolvidas e muito avançadas nos Países Escandinavos, através dos *modelos de protecção pública*, baseados num *s*istema público de cobertura universal. Outros exemplos são o modelo do Reino Unido para os cuidados de pessoas idosas, a rede de cuidados da Holanda, com rácios muito elevados em cuidados domiciliários, alternativas à institucionalização das pessoas com dependência. A vizinha Espanha destaca-se pelo forte desenvolvimento de redes de cuidados de saúde e apoio social nas regiões da

Catalunha e Extremadura e, a Bélgica, pela extensa rede de recursos deste tipo. As políticas desenvolvidas nos últimos dez anos em países como a Áustria, Luxemburgo e Alemanha fazem da protecção e dos cuidados à dependência um dos pilares do desenvolvimento social, equiparados ao mesmo nível que as prestações por desemprego, acidentes de trabalho e pensões, sendo as prestações múltiplas com cobertura universal.

Todo este conjunto de iniciativas, encetadas há anos, está em consonância com o projecto de desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Portugal, projecto que, além de oferecer a oportunidade de cobrir um espaço, até hoje vazio no país, no âmbito social e da expressão da solidariedade pública, supõe colocar o país ao mesmo nível dos seus vizinhos europeus, no campo do desenvolvimento das políticas *de Bem-estar do Estado*.

1.2 – Antecedentes e situação de partida

Em Março de 2005, no início da nova legislatura, o modelo de cuidados continuados baseava-se nas directrizes contempladas no **Despacho Conjunto n.º 407/98,** de ***Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.*** Este despacho foi o resultado do trabalho levado a cabo conjuntamente pelas Direcções Gerais da Saúde e da Acção Social (criado por Despacho Conjunto de 5 de Junho de 1996, *publicado em D.R., 2ª série, n.º 148*) e foi formulado no ano de 1998. Nele estabeleciam-se as orientações para a instituição de um "modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/ acção social", dirigido "às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem". O principal objectivo desta intervenção era "fundamentalmente, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio."

A instituição do modelo baseava-se no “envolvimento de vários parceiros” (serviços de acção social, instituições particulares de solidariedade social e outras organizações não governamentais, misericórdias, mutualidades) e no “aproveitamento e racionalização dos recursos existentes”.

Nele foram definidos pela primeira vez os grupos alvo e tipos de equipamento bem como uma prestação de cuidados continuados realizada por uma equipa multidisciplinar, designada por equipa de cuidados integrados.

Foram considerados como grupos alvo as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravada por isolamento geográfico; doença crónica; situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio; deficiência física ou mental; alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e ou de apoio social; inexistência ou insuficiência de apoio diurno e ou nocturno.

Para o atendimento a estes grupos alvo, contemplaram-se três tipos de respostas:

- ✓ de apoio social (Serviço de apoio domiciliário, Centro de dia, Acolhimento familiar, Lar, Centro de actividades ocupacionais, Lar de apoio e Lar residencial e, no âmbito da saúde mental, Unidade de vida apoiada, Unidade de vida protegida, Unidade de vida autónoma, Fórum sócio-ocupacional);
- ✓ cuidados de saúde continuados;
- ✓ respostas integradas (Apoio domiciliário integrado -ADI e Unidade de apoio integrado - UAI).

No entanto, este modelo não foi desenvolvido de forma homogénea pelo território.

Posteriormente, no ano de 2002, através da Resolução do Conselho de Ministros (n.º 59/2002, publicado em *D.R., n.º 69 de 22 de Maio*), é definida a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (**RNCCI**) para desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social incluindo como tipologias de resposta: Apoio domiciliário integrado (ADI); Centro de promoção da autonomia, para prestação de cuidados diurnos; Unidade de apoio integrado transitório; Unidade de apoio integrado prolongado e Unidade de apoio integrado permanente.

No ano de 2003, através do **Decreto-Lei nº281/2003 de 8 de Novembro do Ministério da Saúde** (publicado em *D.R., n.º 259 de 8 de Novembro*) é reformulada a **rede de prestação de serviços de cuidados continuados no âmbito do sector da saúde**. Contemplava três tipologias de respostas: unidades de internamento (indiferenciadas), Unidade de recuperação global e Unidade móvel domiciliária; estas duas últimas modalidades nunca foram desenvolvidas.

Nenhuma das opções definidas para o sector da saúde nas diferentes normativas foi desenvolvida por completo na totalidade do território oferecendo a cobertura necessária e adequada.

A oferta de serviços de cuidados continuados apresentava uma grande variabilidade ao nível das respostas de internamento, as quais não possuíam clareza em relação aos cuidados a prestar, sem diferenciação de tipos de pacientes, grau de complexidade de necessidades a cobrir e diferenciação de tipo de serviço.

As respostas de internamento dentro do âmbito dos cuidados continuados eram oferecidas, nessa altura, através das unidades de internamento (UI) dos centros de saúde e nas unidades de apoio integrado (UAI), com um total de 85 centros e uma capacidade de 1.197 camas distribuídas de forma heterogénea nos diferentes distritos.

Foi planeado o reforço dessa oferta ao abrigo do Decreto-Lei nº281/2003 de 8 de Novembro do Ministério da Saúde com um Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas (29 de Maio de 2004) que incluía uma previsão de 49 acordos abrangendo um total de 363 lugares; mais os acordos de colaboração previstos que não foram todos desenvolvidos.

No modelo não estava definido um sistema homogéneo para as referências dos doentes. Os fluxos de entrada eram dirigidos pelos hospitais, à excepção das UAI onde existiam comités de avaliação interinstitucionais (saúde – social). Os resultados do Inquérito do Ministério da Saúde em 2005 mostraram o frágil apoio dos Centros de Saúde (CS) à prestação de cuidados continuados domiciliários (apenas 5,5% da população era abrangida).
No quadro n.º 1 é apresentado o resumo das características abrangidas pelo modelo definido através do Decreto-Lei n.º 281/2003 que marcaram o ponto de partida.

Quadro n.º 1. Resumo da situação de partida dos cuidados continuados em Portugal Continental em 2003

Resumo das principais características do modelo de cuidados continuados	
Características	**Decreto-Lei n.º281/2003, de 08 de Novembro**
Modelo e tipologia de cuidados	Intervenção de Saúde e Segurança Social dissociada. Sem tipologias específicas. Centrado em cuidados de saúde.
Destinatários	Cidadãos em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência.
Configuração	Rede como um conjunto de serviços prestadores de cuidados de recuperação, em interligação com a rede de prestação de cuidados primários e com os hospitais, mas sem definição da sua intercomplementaridade.
Modelo de implementação	Modelo sem critérios de cobertura territorial. Sem definição do processo de implementação.
Tipos e modelo de cuidados	Sem diferenciação de tipos de cuidados: Unidade de Internamento para o conjunto de destinatários que precisam de cuidados de internamento. Unidade móvel domiciliária e Unidade de recuperação global, sem implementação efectiva. Inexistência de oferta de serviços em cuidados paliativos, estando implementadas anteriormente três unidades hospitalares (IPO Porto, IPO Coimbra, Hospital Fundão). Sem instrumentos comuns para a gestão dos utentes.
Modelo de gestão	Segundo a entidade contratante e entidade prestadora. Diferentes tipologias de acordos, protocolos e contratos conforme a entidade contratante que não contemplavam objectivos nem metas de eficiência nem de qualidade. Sem definição do sistema de coordenação e direcção. Sem mecanismo de acompanhamento e avaliação definidos.
Modelo de financiamento	Sem verba específica. Múltiplo, segundo a tipologia do prestador e entidade contratante. Preços diferentes segundo as entidades. Sistema de pagamento às entidades segundo capacidade instalada e contratada.

1.3 - O processo de desenho do novo modelo

O processo de desenho e criação das bases de um novo modelo de Cuidados Continuados Integrados **(CCI)** culminando com a publicação no Diário da República do *Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho,* que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nasce como parte das metas do **Programa do Governo** para **definir e desenvolver as condições estratégicas e técnicas que permitam conduzir a *uma melhoria do sector da saúde* para responder às necessidades derivadas do envelhecimento da população e das pessoas com dependência** (Programa de Governo através das Grandes Opções do Plano (GOP 2006-2009) dentro da *2ª opção: Reforçar a Coesão, Reduzindo a Pobreza e Criando Mais Igualdade de Oportunidades* no âmbito da *Saúde: Um bem para as pessoas.) e incorporar as* **políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde (2004-2010)**.

O enquadramento conceptual do modelo situava-se na definição de alternativas que permitiram desenvolver **acções mais próximas dos cidadãos idosos e das pessoas em situação de dependência**, promovendo de forma adequada e com equidade, na sua distribuição territorial, a possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade. A maior proximidade em relação às pessoas implicava uma prestação de cuidados humanizada, através do potenciamento dos recursos locais e do ajustamento das respostas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e a perda de funcionalidade.

Neste sentido, a **Resolução do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005**, criou a **Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência** (constituída por Despacho Conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social) para **desenvolver um plano de acção com o objectivo de garantir a prática integrada dos cuidados continuados**, promovendo a criação de Serviços Comunitários de Proximidade e a indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e instituições de apoio social.

Mediante a **Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005**, foram definidos **os princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes**.

A Comissão, através da elaboração de um diagnóstico de situação apresentado em Setembro de 2005, identificou as necessidades não satisfeitas no que dizia respeito aos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência e propôs um modelo de intervenção para os cuidados.

O processo de trabalho foi realizado, desde o início, com uma perspectiva intersectorial entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. O trabalho culminou com a publicação em Diário da República (1º série, n.º 109, de 6 de Junho) do ***Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho,*** **que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).**

2 - Caracterização do novo modelo de CCI: a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

O alvo primário da RNCCI é garantir a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Além disso, com esta Rede, pretende-se a manutenção das pessoas dependentes no domicílio sempre que estejam garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários. A promoção do apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequado dos utentes, a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços e sectores e a progressiva cobertura a nível nacional também são parte dos objectivos basilares da Rede.

Os princípios pelos quais se rege a RNCCI são:

- ✓ a prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- ✓ a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços;
- ✓ a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;

- ✓ a proximidade na prestação dos cuidados;
- ✓ a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- ✓ a avaliação da situação de dependência do doente e definição de objectivos de funcionalidade e autonomia e a sua consequente manutenção;
- ✓ a participação das pessoas dependentes e respectivos familiares na elaboração do plano individual de intervenção;
- ✓ a co-responsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência;
- ✓ a eficiência e qualidade no serviço prestado.

A RNCCI contempla os direitos da pessoa e, desta forma, foi elaborada uma lista de direitos que pretende salvaguardar a sua condição social e humana:

- ✓ Dignidade;
- ✓ Preservação da identidade;
- ✓ Privacidade;
- ✓ Informação;
- ✓ Não discriminação;
- ✓ Integridade física e moral;
- ✓ Exercício da cidadania;
- ✓ Consentimento informado das intervenções efectuadas.

A RNCCI define como **destinatários alvo** dos cuidados a prestar os cidadãos que se encontrem numa das seguintes situações:

a) Dependência funcional, transitória decorrente de processo de Convalescença ou outro;
b) Dependência funcional prolongada;
c) Idosos com critérios de fragilidade;
d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
e) Doença severa ou crónica em fase avançada ou terminal.

As tipologias de utentes a cobrir e as tipologias de cuidados a oferecer pela RNCCI são definidas segundo um modelo integral, na medida em que aborda as necessidades médicas, psicológicas e sociais (bio-psico-sociais).

A RNCCI é constituída por **diferentes tipos de serviços, em conformidade com as diferentes necessidades das populações** e das localidades. Este é um novo conceito sustentado na qualidade técnica dos profissionais, na pertinência e oportunidade da aplicação dos cuidados e na liderança da gestão clínica.

A RNCCI distingue **diversas tipologias de cuidados**:

- de internamento;
- ambulatórios;
- equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

De entre as diferentes **tipologias de internamento** destacam-se os conceitos inovadores materializados em:

Unidade de Convalescença

Definida para a prestação de "*tratamento e supervisão clínica continuada e intensiva e cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico".* Orientadas para "*a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos. Destina-se a internamentos de curta duração com uma previsão até 30 dias consecutivos por cada admissão".* (artigo 13º, Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, *publicado em D.R. n.º 109, 1.ª série, de 6 de Junho*).

Unidade de Média Duração e Reabilitação

Concebida para a "*prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio social por situação clínica decorrente da recuperação de um processo agudo ou descompensação do processo patológico crónico a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável*". Como "*finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral"* a pessoa com situação transitória de autonomia potencialmente recuperável. E com uma "*previsão superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos de internamento por cada admissão".* (artigo 15º, *idem*).

Unidade de Longa Duração e Manutenção

É uma unidade de internamento, "*de carácter temporal ou permanente, para apoio social e cuidados de saúde de manutenção, a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio"*. "*Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos"* (artigo 17º, *ibidem*).

Unidade de Cuidados Paliativos (apoio durante o estado terminal da vida humana).

Definida para o "*acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva"* (artigo 19º, *ibidem*).

A prestação dos cuidados ambulatórios da RNCCI são previstos através da **Unidade de Dia e Promoção da Autonomia,** tendo como objectivo a reabilitação, recuperação e inserção do doente, é uma unidade "*para a prestação de cuidados integrais de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio"* (artigo 21º, *ibidem*).

As equipas hospitalares são constituídas pelas equipas de Gestão de Altas (EGA) e as equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP).

A **equipa de Gestão de Altas** é definida como "*uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem acompanhamento dos seus problemas de saúde e sociais quer no domicílio quer em articulação com as unidades de Convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar"* (artigo 23).

A **equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos** caracteriza-se como uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos (com no mínimo um

médico, um enfermeiro e um assistente social) "*com formação diferenciada em cuidados paliativos"* (artigo 25).

Os cuidados domiciliários são assegurados na RNCCI por equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e por equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

As **equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos** podem ser descritas como equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em cuidados paliativos que têm por finalidade *prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e longa durações e manutenção"* (artigo 29).

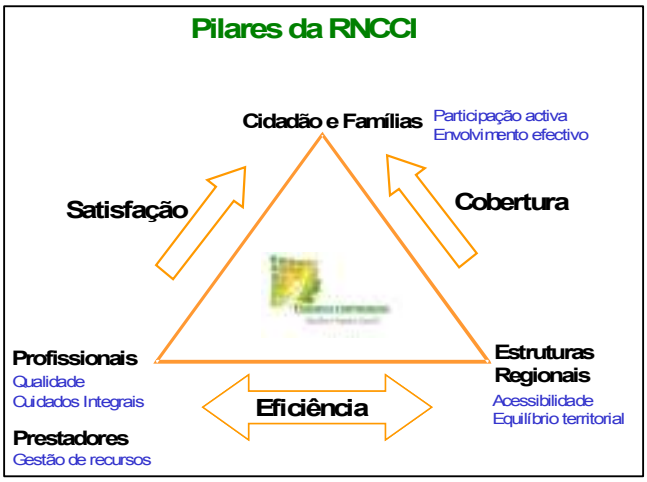
A **equipa de Cuidados Continuados Integrados** é uma "*equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados primários de saúde e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de Convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma.*" (artigo 27º ibidem).

2.1 - Modelo em rede: intersectorialidade e transversalidade

A concepção da RNCCI define por si só os seus agentes e pilares (figura n.º 1). A inter-relação entre todos eles e o desenvolvimento dos papéis de cada um constitui-se como factor chave para o sucesso.

Assim, identifica-se o **cidadão** como centro do modelo e com a responsabilidade de co-participar no sentido de auto-responsabilidade no próprio cuidado, com extensão às famílias e cuidadores e na comparticipação no momento em que sejam necessários internamentos prolongados na RNCCI para um período de tempo superior a 90 dias (tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) e uma substituição do próprio lar.

Figura n.º 1. Esquema dos agentes e das inter-relações principais na RNCCI



Os **profissionais** são verdadeiros protagonistas e responsáveis pela boa prestação dos cuidados a partir de uma nova óptica que requer o desenvolvimento de novas competências para enfrentar de forma adequada uma prestação de cuidados de qualidade que garanta a abordagem integral das necessidades e seja adequado aos problemas de saúde e sociais que apresentam os utentes.

Os **prestadores** são formados pelo conjunto de entidades responsáveis pela prestação de cuidados em cada unidade e equipa da RNCCI. Portanto, têm a obrigação de desenvolver uma gestão dos recursos adequada e eficiente que assegure resultados aos utentes atendidos, através da garantia e controlo das dotações de pessoal suficientes (em número e competência) dos recursos materiais e

das estruturas que garantam a qualidade e contribuam para a sustentabilidade da RNCCI.

As **estruturas regionais** administram as redes regionais actuando de forma efectiva na articulação, planeamento das necessidades e serviços (alargamento da Rede), financiamento e pagamento aos prestadores, acompanhamento continuado e avaliação e desenvolvem a gestão da referenciação e admissão na RNCCI através das equipas de coordenação local.

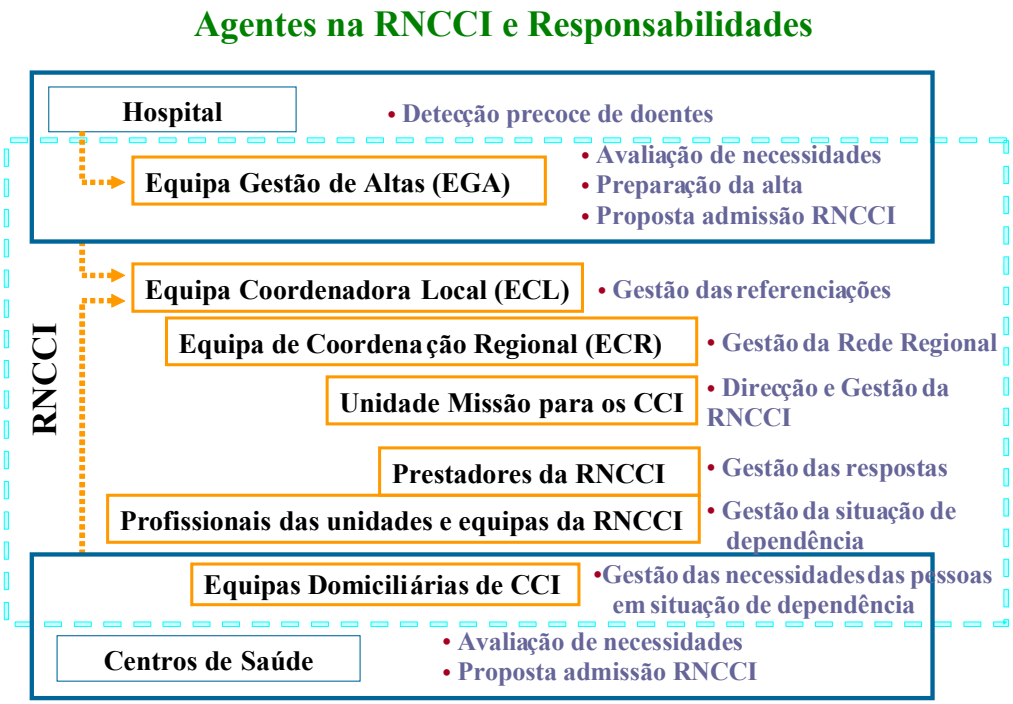
Assim, a RNCCI, **inserida no SNS**, prevê-se articulada com os cuidados primários, cuidados hospitalares e com a Segurança Social, constituindo um novo **nível intermédio e transversal de cuidados de saúde e de apoio social**, com intervenção entre os níveis de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Trata-se de um **modelo intersectorial**, com **responsabilidade partilhada** entre o Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS) e o Ministério da Saúde (MS), que promove uma **dinâmica de parcerias** regionais e locais entre entidades dos sectores público, privado e social para atingir uma **configuração de respostas plurais e capilares** através dos territórios.

A intersectorialidade e co-responsabilidade interministerial são expressas através da colaboração contínua entre o MS e o MTSS e concretizada com o desenvolvimento de uma estratégia única que abrange, entre outros elementos, um modelo de financiamento misto, a composição das equipas de coordenação regional e local mistas e o desenvolvimento de um planeamento territorial e nacional comum.

O funcionamento da RNCCI baseia-se num **modelo operativo descentralizado no âmbito regional** e assente numa clara separação de responsabilidades e funções dos diferentes níveis e agentes (figura n.º 2).

Figura n.º 2. Esquema da distribuição de responsabilidades na RNCCI



A Rede define a sua composição através de um **modelo de prestação diversificada com a participação de diferentes tipos de prestadores** e **articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados.**

2.2 - Modelo multidisciplinar e interdisciplinar com complementaridade entre agentes

A multidisciplinaridade está presente no desenho da RNCCI, na medida em que prevê para todas e cada uma das respostas uma composição de múltiplos perfis de profissionais que, através dum trabalho em equipa, podem atingir uma visão global e multidimensional das diferentes necessidades que apresentam os utentes.

A interdisciplinaridade é expressa pela necessidade de recorrer às competências e conhecimentos de vários profissionais, que garantam o desenvolvimento de processos

de cuidados ajustados às necessidades dos utentes, através da definição conjunta e complementar de um plano individual de cuidados, com metas e objectivos definidos.

A complementaridade está presente tanto no âmbito da actuação entre diferentes especialistas profissionais como na possível prestação de cuidados distintos em momentos diferentes a um mesmo utente, nomeadamente mobilidade na Rede, para garantir processos de cuidados completos e continuados no tempo, se necessário.

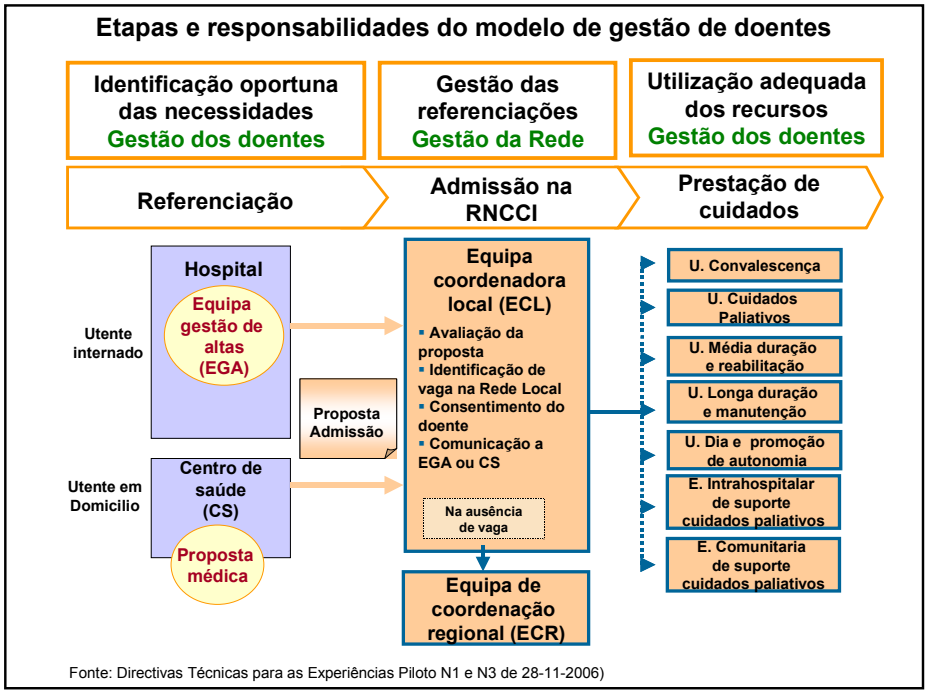
A colaboração entre os níveis de cuidados de saúde e destes com os serviços de acção social são indispensáveis e entendidos como factor simultaneamente essencial para garantir a flexibilidade e adaptabilidade das respostas às características regionais e locais e que pode ainda ser potenciado pelo envolvimento autárquico.

Mais, a complementaridade alonga-se até os núcleos das famílias e aos cuidadores através da sua participação activa no processo de cuidados. Os colaboradores voluntários da Rede são devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

2.3 - Modelo homogéneo da gestão de doentes

A RNCCI tem definido o modelo de gestão de doentes (figura n.º 3) através dos critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, e os critérios de exclusão da RNCCI.

Figura n.º 3. Fluxos de referenciação e admissão da RNCCI



Tal como estabelecido nas directivas técnicas para as experiências piloto publicadas (designadamente, directiva técnica n.º 1/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro e directiva técnica n.º 3/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro), a admissão e referenciação de doentes na RNCCI é coordenada e avaliada pelas Equipas de Coordenação Local.

Podem distinguir-se três etapas de intervenção com responsabilidades clarificadas e actuação de agentes diferentes:

- ✓ Referenciação;
- ✓ Admissão;
- ✓ Prestação de cuidados.

Assim, os fluxos de acesso e mobilidade na Rede definidos são apresentados de forma resumida na figura n.º 3.

O sistema definido baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da RNCCI; o mecanismo visa assegurar a

continuidade dos cuidados mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, sectores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade.

2.4 - Modelo de gestão específico da rede

O modelo de **gestão da RNCCI relativamente às relações com os prestadores** está definido e é homogéneo para cada tipologia de cuidados e tem instrumentos comuns para os diferentes tipos de prestadores. Assim, os acordos e contratos são uniformes segundo cada tipologia de cuidados com definição de metas de actividade nesta fase de experiências piloto e preços administrativos únicos fixados para cada tipologia de cuidados a prestar.

Há também que assinalar, nesta etapa de início de implementação das experiências piloto, a importância da resposta das entidades prestadoras e a importância das suas contribuições na definição final dos conteúdos e condições acordadas.

Os próprios instrumentos contratuais definem já nesta primeira etapa os elementos que permitem desenvolver um **sistema de acompanhamento e avaliação** das actuações dos prestadores. Assim, nos contratos/acordos, são definidas condições mínimas da prestação de serviços para pessoal, estrutura e instalações e um conjunto de dados e informações que mensalmente deverão ser reportados.

O próprio Decreto de criação da RNCCI refere-se à indispensabilidade do desenvolvimento dos processos de acompanhamento e avaliação das unidades e equipas da Rede que, de forma periódica, permitam uma apreciação que integre a auto-avaliação e a avaliação externa e assinala a importância do nível regional no seu desenvolvimento.

Relativamente ao **modelo de direcção e coordenação da RNCCI** são definidos três níveis de coordenação também incorporando a óptica intersectorial e multidisciplinar: Central, Regional e Local envolvendo profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e da segurança social (assistentes sociais) e elementos das autarquias locais.

A coordenação a nível nacional está a cargo da UMCCI e a coordenação operacional territorial regional e local (com composição interministerial da Saúde e Segurança Social) é realizada pelas equipas de coordenação regional e pelas equipas de coordenação local, respectivamente.

- **A Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)** constitui-se como a unidade central para o estabelecimento das directrizes e a condução inter-sectorial a nível nacional da nova Rede (Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 9 de Novembro; publicada no *Diário da República, 1ª Série, n.º 241 de 18 de Dezembro de 2006)* consolidando assim o apoio institucional à estratégia de implementação de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

- **As equipas de Coordenação Regional e Local** são responsáveis pela operacionalização da admissão de utentes na RNCCI, tutelam os mecanismos de articulação a nível territorial e potenciam a intersectorialidade a nível institucional e a coordenação local (Despacho nº 19040/2006, de 3 de Agosto; publicado no *Diário da República*, *2ª Série*, *nº 181 de 19 de Setembro de 2006)***.** Actualmente, existem 5 equipas de Coordenação Regional e 115 equipas de Coordenação Local.

2.5 - Modelo territorial e evolutivo

Relativamente à implementação e desenvolvimento, **a RNCCI prevê a gestão sob um modelo evolutivo e com desenvolvimento a um ajuste progressivo** tanto nos seus conteúdos, composição e instrumentos como na sua complexidade, **consensualizado entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Trabalho e da Solidariedade Social** que abrange o período 2006 até 2016.

Desde o lançamento do novo modelo foram definidas três fases básicas de implementação, iniciadas com o **desenvolvimento de experiências piloto.**

O desenvolvimento das diferentes respostas é definido sob uma óptica territorial onde o volume de unidades, equipas e a oferta de recursos da RNCCI é concretizada com critérios populacionais de cobertura.

Assim, a RNCCI prevê o seu desenvolvimento em três fases:

Fase I: inicial, entre 2006 e 2008;
Fase II: extensão do modelo previsto para o período 2009-2012;
Fase III: consolidação da RNCCI, de 2013 a 2016.

Através dos planos anuais regionais de implementação e alargamento da RNCCI é prevista a concretização das diferentes unidades e equipas a desenvolver.

2.6 - Modelo integral e pluridimensional de prestação de cuidados

Os cuidados prestados pela RNCCI visam promover simultaneamente a autonomia e a participação dos utentes da Rede no seu processo de cuidados, bem como reforçar as capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações.

Assim, o novo modelo **centra-se nos cuidados dos utentes e das famílias ou cuidadores** através de uma **prestação de cuidados personalizada**, com base numa **avaliação integral das necessidades (bio-psico-sociais)** e indicação terapêutica sistemática para cada doente (Plano Individual de Intervenção) realizada por equipas multidisciplinares.

A prestação de cuidados definida na RNCCI tem uma concepção pluridimensional abrangendo serviços de prevenção, reabilitação, readaptação, e reintegração social; visando a promoção da funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades; promovendo a inserção dos indivíduos com dependência funcional na comunidade e dando apoio na prevenção e educação em Saúde.

A metodologia de trabalho é baseada no **trabalho em equipa** e os instrumentos de utilização comuns previstos para a prestação dos cuidados são:

- ✓ Processo individual de cuidados;
- ✓ Registo de admissão;
- ✓ Informações de alta;
- ✓ Diagnóstico das necessidades (de saúde e sociais) da pessoa em situação de dependência;
- ✓ Plano individual de intervenção;
- ✓ Registo de avaliação semanal do plano individual de intervenção.

Os **procedimentos e instrumentos** para a avaliação das necessidades prevêem-se que sejam **estandardizados** com utilização de escalas de avaliação, registos, planos terapêuticos, etc. comuns.

Nas visitas de acompanhamento da equipa UMCCI, as experiências piloto identificaram a prática de avaliar o doente, tanto à entrada como à saída, de acordo com os critérios mínimos exigidos como a utilização das escalas de avaliação da dependência física e instrumental, observando-se também a utilização de outros instrumentos julgados úteis pelos profissionais.

No relatório das visitas da equipa UMCCI assinala-se também que a avaliação, incluindo a identificação de problemas e necessidades individuais, é multidisciplinar e observa-se, na maioria das unidades de internamento visitadas, que é prática comum o registo num processo único. No caso de existir dotação de assistente social na equipa da unidade, a avaliação social é realizada. Nem sempre a multidisciplinaridade está patente no Plano de Cuidados individual dos utentes nos casos observados, percebendo-se que este instrumento ainda não é uma ferramenta utilizada de forma eficiente.

2.7 - Modelo de financiamento próprio

A RNCCI dispõe de um modelo próprio de financiamento que é elaborado consoante a complexidade dos cuidados prestados e comparticipado pelo MS, MTSS e utentes, conforme a tipologia de cuidados.

O modelo de financiamento é baseado na **repartição dos encargos entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social** nas

respostas que contemplam a componente de apoio social (Despacho normativo n.º 12/2006, de 20 de Setembro (publicado no *D.R, 2ª série, n.º 197, de 12 de Outubro*). Assim, estão definidos os termos e as condições em que a segurança social comparticipa, por utente, nos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social na unidade de média e longa duração da RNCCI.

A Rede tem **preços provisórios** definidos para permitir o início das experiências piloto. A regulamentação de preços para as experiências piloto (Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro (publicada no *D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro)* define os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI para cada uma das tipologias de unidades de internamento e para as unidades de dia e promoção da autonomia.

Nos modelos de contrato para as unidades de internamento é definido um **modelo único de pagamento para a contraprestação dos cuidados ministrados pelas entidades** da RNCCI. O sistema de pagamento baseia-se na actividade realizada sob os **preços estabelecidos por utente e dia de internamento**.

2.8 - A gestão da qualidade: previsão de um modelo nacional

O Decreto-Lei de criação da RNCCI contempla o desenvolvimento e a aplicação de "*modelos de promoção e gestão da qualidade"* (artigo 38º) em cada uma das unidades e equipas da Rede.

A UMCCI, como equipa central, deverá estabelecer as bases do modelo a aplicar na RNCCI. A gestão da Qualidade define a necessidade de um modelo específico de qualidade integral: Estrutura, Processos e Resultados. Prevê instrumentos homogéneos.

2.9 - Resumo

Em 2006, com a introdução do novo Decreto-Lei, passou a formalizar-se uma **estratégia nacional única para Portugal Continental** para a prestação de cuidados às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência. Criou-se também um novo modelo de prestação de cuidados, **inserido no Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, que é operacionalizado através de uma **Rede nacional e intersectorial**, no sentido em que se integraram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social.

Fica definido um **novo nível de cuidados que atravessa de forma transversal o SNS e o Apoio social**. Assim, a RNCCI, através das equipas de Gestão de Altas, fica inserida nos hospitais e, mediante as equipas de Cuidados Continuados Integrados dos centros de saúde, interliga-se com o nível básico de cuidados. O novo modelo de cuidados assenta na concepção de uma composição e funcionamento em rede onde as diferentes tipologias de respostas transmitem a clássica organização parcelada entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários.

Neste sentido é preciso assinalar o papel estratégico da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para a modernização do SNS e para o seu desenvolvimento sustentado e sustentável.

Através do desenvolvimento dos seus novos paradigmas, a RNCCI promove a revisão do papel do nível hospitalar e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como ponto nevrálgico do SNS, apoiando assim a sua necessária modernização e adequação às novas necessidades emergentes de saúde do país. Nesta nova Rede de cuidados, cada nível e tipo de resposta tem o seu papel e tem que desenvolver responsabilidades definidas. Tal como é definido o novo Modelo de Cuidados Continuados Integrados, somente a actuação harmoniosa de todas as partes do sistema pode garantir o seu sucesso. Assim, os agentes da RNCCI expressaram o seu sentimento no exercício do *focus group* (Anexo 2), assinalando o **fortalecimento dos cuidados domiciliários** a partir dos profissionais dos centros de saúde como factor de sucesso e sustentabilidade da RNCCI.

A prestação de cuidados prevista na Rede define metas ambiciosas. Pretende uma **prestação de cuidados pluridimensionais** orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos

utentes e famílias. A destacar nos conteúdos da RNCCI a passagem para um **modelo de cuidados integral**, na medida em que a abordagem ao utente não se cinge apenas às necessidades estritamente médicas, mas também tem em conta as necessidades psicológicas e sociais.

Neste sentido, tão importantes serão as necessárias **dotações de novos recursos** para a sua estruturação como a introdução de **novas formas de trabalho e organização dos serviços e dos profissionais** que permitam um funcionamento coordenado e de acordo com as expectativas definidas. Neste ponto reside a **relevância do papel dos profissionais e das entidades prestadoras,** os quais constituem verdadeiros braços operativos do desenvolvimento da RNCCI.

O **trabalho em equipa e a transdisciplinaridade** foram identificados pelos agentes como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados. Assim, considerou-se que:

- ✓ O desenvolvimento da **competência clínica** adequada e específica nas diferentes tipologias de cuidados deve-se efectuar em paralelo com o alargamento da RNCCI;
- ✓ Os novos paradigmas do modelo e as suas inovadoras metodologias de trabalho implicam um enorme esforço na **formação de profissionais**.

O novo diploma estabelece **critérios territoriais e populacionais de cobertura** das respostas da Rede, aspecto relevante para assegurar respostas adequadas às necessidades e às características específicas, tanto dos utentes como das condições locais, procurando-se realizar uma utilização adequada dos recursos e a sua optimização.

A ampla gama de tipologias de cuidados que são definidos na RNCCI e que se prevê que se possam especializar em sub-tipologias de utentes ou problemas de saúde oferece um leque de respostas variado, adequando-se às diferentes necessidades e perfis de utentes que contribuem para uma cobertura ajustada e adaptável no tempo**.**

O facto de dispor de um **modelo próprio e definido de financiamento** é um elemento crucial para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI. Neste sentido, a comparticipação e co-responsabilização no desenvolvimento do modelo entre os

Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e utentes é um ponto-chave.

O modelo de gestão da RNCCI é bem definido, deverão aguardar-se etapas posteriores para poder analisar com mais elementos os seus pontos fortes e os aspectos críticos a melhorar. No capítulo III.3.1, sobre *Instrumentos para a implementação da Rede*, serão analisados os instrumentos-chave da gestão da RNCCI. Será a partir daí que se poderão identificar nestas etapas aspectos críticos e pontos de melhoria.

O início, através das experiências piloto, e **o enquadramento evolutivo do alargamento da RNCCI possibilita o acompanhamento da implementação dos novos paradigmas e conceitos na realidade de forma paulatina e permitirão avaliar contínua e progressivamente os ajustes que o modelo de partida precisa em cada etapa.**

O sistema, para operacionalizar o **acesso e a mobilidade na RNCCI, baseia-se no estabelecimento de critérios que visam a equidade** mas que precisam de uma clara concretização e adaptação a cada realidade local e a cada um dos momentos e graus de desenvolvimento da RNCCI.

III. 2 – PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI

1 - O processo evolutivo da implementação

A implementação da RNCCI efectuar-se-á de forma paulatina, num período total de 10 anos, tendo sido concebidas três grandes etapas de desenvolvimento, elaboradas em função de objectivos distintos (progressivos) de carácter qualitativo e quantitativo. No final da implementação da RNCCI, prevista para o ano de 2016, ter-se-ão atingido os rácios de cobertura definidos para cada tipologia de cuidados com base em experiências de sucesso a nível internacional e que são apresentados no quadro n.º 2.

As três fases de desenvolvimento da RNCCI são:

- ✓ **Fase 1 (de 2006 a 2008),** a qual tem como objectivo a **criação e consolidação de experiência** no âmbito da **prestação de cuidados continuados integrados**, bem como no âmbito do **planeamento, gestão e avaliação**. A nível quantitativo, no final deste período ter-se-á atingido **30% da cobertura** definida com base nos rácios utilizados;

- ✓ **Fase 2 (de 2009 a 2012),** na qual se prevê a **evolução a nível dos sistemas de informação e instrumentos**, possibilitando a obtenção de resultados. Para além disso, no final desta fase dever-se-á atingir **60% de cobertura**, segundo os rácios definidos;

- ✓ **Fase 3 (de 2013 a 2016),** na qual se prevê a **consolidação e estabilização do modelo**. No final desta fase, **a cobertura** em todo o território continental deverá ser **de 100%.**

O desenvolvimento da RNCCI é realizado a partir de **planos anuais de implementação**, baseados nas propostas de **planeamento regional das necessidades** e da aplicação dos rácios de cobertura mínimos definidos.

Seguidamente apresentam-se, por tipologia de cuidados, os rácios de cobertura mínimos definidos para cada uma das fases de implementação da RNCCI.

Quadro n.º 2 Rácios de cobertura, por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI

Rácios de cobertura, por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI			
Tipologia de cuidados	**FASE 1 (2006 – 2008)**	**FASE 2 (2009 – 2012)**	**FASE 3 (2013 – 2016)**
Unidade de Convalescença	0,6 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	1,2 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	1,8 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos
Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,7 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	1,3 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	2 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos
Unidade de Longa Duração e Manutenção	1,67 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	3,3 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	5 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos
Unidade de Cuidados Paliativos	0,2 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	0,4 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	0,6 camas por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	0,5 lugares por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	1 lugares por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos	1,5 lugares por 1.000 habitantes com idade ≥ 65 anos
Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	1 equipa por 250.000 habitantes	1 equipa por 250.000 habitantes	1 equipa por 250.000 habitantes
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	1 equipa por 150.000 habitantes	1 equipa por 150.000 habitantes	1 equipa por 150.000 habitantes
Equipa de Gestão de Altas	1 em cada hospital	1 em cada hospital	1 em cada hospital
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	1 em cada centro de saúde	1 em cada centro de saúde	1 em cada centro de saúde

Os rácios de cobertura definidos para cada uma das fases traduzir-se-ão na implementação, do número de camas, equipas e lugares das tipologias de cuidados da RNCCI apresentados no quadro seguinte.

Quadro n.º3. Plano de implementação da RNCCI por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI

Plano de implementação da RNCCI, por tipologias de internamento e fases de implementação				
Tipologia de cuidados		**FASE 1 (2006 – 2008)**	**FASE 2 (2009 – 2012)**	**FASE 3 (2013 – 2016)**
Unidade de Convalescença	**(n.º de camas)**	977	1.954	2.931
Unidade de Média Duração e Reabilitação	**(n.º de camas)**	1.139	2.117	3.257
Unidade de Longa Duração e Manutenção	**(n.º de camas)**	2.720	5.374	8.143
Unidade de Cuidados Paliativos	**(n.º de camas)**	326	651	977
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	**(n.º de lugares)**	814	1.629	2.443
Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	**(n.º de equipas)**	39	39	39
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	**(n.º de equipas)**	66	66	66
Equipa de Gestão de Altas	**(n.º de equipas*)**	82	82	82
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	**(n.º de equipas**)**	363	363	363
* 1 por hospital (Hospitais gerais, de nível 1 e de oncologia)				
** 1 por centro de saúde (a reorganizar aquando do diploma do Reagrupamento dos Centros de Saúde)				

2 - O planeamento inicial: experiências piloto

O ano 2006, no qual foi criada a RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/ 2006, de 06 de Junho, publicado no *D.R., 1ª série, n.º 109, de 06 de Junho*), constituiu o ano de arranque da RNCCI, assente em quatro âmbitos de actuação:

1. Fortalecimento institucional e garantia da liderança a nível territorial;
2. Reforço da articulação (intra e intersectorial);
3. Desenvolvimento dos planos regionais de implementação, traduzidos na definição de experiências piloto identificadas com base no diagnóstico de necessidades e rácios de cobertura definidos;
4. Actividades de formação.

Este capítulo centrar-se-á na descrição do ponto 3, isto é, do processo de planeamento e definição das experiências piloto, que traduzem a entrada em vigor da RNCCI no primeiro ano de vigência (artigo n.º 48 do Decreto-Lei n.º 101/ 2006, de 06 de Junho, publicado no *D.R., 1ª série, n.º 109, de 06 de Junho*). Não obstante, dever-se-á salientar que cada um dos pontos de actuação no ano 2006 é interdependente, estando um dependente da evolução de cada.

A concepção do arranque da RNCCI, a partir da implementação de experiências piloto, tem como objectivo possibilitar o teste do modelo de cuidados continuados integrados definido e a recolha da informação necessária à adaptação deste às diferentes realidades. A sua monitorização e avaliação são asseguradas pelos diversos níveis de coordenação da RNCCI, isto é, coordenação nacional, regional e local.

O Plano de implementação das experiências piloto proposto em 2006 foi resultado de um trabalho exaustivo de identificação e priorização estratégica de experiências piloto no qual intervieram responsáveis do sector da saúde e do social.

A proposta inicial foi elaborada e consensualizada por cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS) do território continental e respectivos Centros Distritais de Segurança Social (CD) e sujeita a revisão segundo critérios de viabilidade e priorização por um grupo de trabalho composto por membros da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência,

da Direcção-Geral da Segurança Social, do Instituto da Segurança Social, IP e dos Gabinete dos Secretário de Estado da Segurança Social e Adjunta e da Saúde.
A proposta realizada resultou de um trabalho exaustivo desenvolvido intersectorialmente que foi composto por três grandes vectores:

- ✓ **Levantamento das necessidades a cobrir,**
- ✓ **Identificação dos recursos existentes e avaliação da sua capacidade de adaptação/ reorganização e optimização e criação de novos recursos;**
- ✓ **Planeamento dos recursos e identificação das necessidades de adaptação estrutural e/ou funcional.**

e baseou-se nos seguintes critérios:

- ✓ a necessidade de adequação de instalações;
- ✓ o envolvimento dos responsáveis das instituições e dos profissionais;
- ✓ a criação de redes locais (integrando centros de saúde com equipas de cuidados continuados integrados de forma a assegurar os cuidados continuados domiciliários, equipas de gestão de altas nos hospitais da área de influência, unidades de Convalescença e unidades de média e longa duração);
- ✓ a existência de contratos anteriores, nomeadamente ao abrigo do protocolo com a União das Misericórdias Portuguesas, e as existentes unidades de apoio integrado (UAI).
- ✓ o financiamento do investimento nas unidades por candidatura aprovada pela saúde XXI.

Assim, a proposta de implementação das experiências piloto a desenvolver em 2006 e respectivo plano orçamental foi posteriormente aprovada por despacho conjunto dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, onde se definiu o elenco das experiências piloto (Despacho n.º 17516/2006, de 3 de Julho, publicado no *D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto*) e posteriormente alterado pelo Despacho n.º 1281/2007, de 1 de Dezembro (publicado no *D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro).*
As experiências piloto definidas englobaram todas as tipologias de cuidados previstas na RNCCI à excepção das unidades de dia e promoção da autonomia. No quadro seguinte apresenta-se a visão regional e distrital do plano de implementação das experiências piloto, por tipologias de cuidados.

Quadro n.º4. Plano de implementação das experiências piloto da RNCCI, por tipologias de cuidados, regiões e distritos

Plano de implementação das experiências piloto da RNCCI: visão regional e distrital, por tipologias de cuidados								
Região/ Distrito	**EGA**	**UC**	**UCP**	**UMDR**	**ULDM**	**ECCI**	**EISCP**	**ECSCP**
	N.ª equipas	**N.º camas**	**N.º camas**	**N.º camas**	**N.º camas**	**N.º equipas**	**N.º equipas**	**N.º equipas**
Braga	3	61	0	21	24	15	0	0
Porto	4	60	20	13	57	28	0	1
Vila Real	1	26	0	25	20	15	0	0
V. Castelo	1	30	0	30	17	12	0	0
Sub-total Norte	**9**	**177**	**20**	**89**	**118**	**70**	**0**	**1**
Aveiro	5	20	0	33	28	5	0	0
Castelo Branco	2	22	10	10	10	3	0	0
Leiria	3	0	0	0	0	0	0	0
Coimbra	3	30	0	24	60	5	0	0
Guarda	5	18	0	9	10	5	0	0
Viseu	2	15	10	15	40	5	0	0
Sub-total Centro	**20**	**105**	**10**	**91**	**148**	**23**	**0**	**0**
Lisboa	7	50	18	41	15	6	4	1
Santarém	4	20	0	20	30	6	0	0
Sub-total Lisboa e Vale do Tejo	**11**	**70**	**18**	**61**	**45**	**12**	**4**	**1**
Beja	2	20	0	0	0	14	0	1
Portalegre	2	0	0	0	0	15	0	1
Évora	1	25	0	45	10	14	0	1
Sub-total Alentejo	**5**	**45**	**0**	**45**	**10**	**43**	**0**	**3**
Faro	**2**	**42**	**0**	**23**	**50**	**2**	**0**	**0**
Sub-total Algarve	**2**	**42**	**0**	**23**	**50**	**2**	**0**	**0**
Total Continental	**47**	**439**	**48**	**309**	**371**	**150**	**4**	**5**

Legenda:

EGA – Equipa de Gestão de Altas
UC – Unidade de Convalescença
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EISCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em C. Paliativos
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em C. Paliativos

Fonte: Despacho n.º 17516/2006, de 3 de Julho e Despacho n.º 1281/2007, de 1 de Dezembro (publicados no D.R. 2ª série,

n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro).

No âmbito do processo de implementação da RNCCI, procedeu-se ainda **à avaliação das unidades de internamento menos diferenciadas, como é o caso dos Hospitais de Nível 1.**

Para cada Hospital de Nível 1 foi elaborado um relatório individual observando a capacidade instalada e as condições de exercício e as necessidades expressas da procura[1]. O estudo teve por alvo a população que durante o ano de 2004-2005 foi assistida no internamento, consulta externa e urgência.

O processo culminou na elaboração de um relatório de resumo[2] apresentado como **Anexo 1 deste relatório** (*Resumo executivo: Avaliação das unidades de internamento para integração na RNCCI – Hospitais de Nível 1*, Janeiro de 2006) com o objectivo de proporcionar uma análise comparativa dos Hospitais de Nível 1 que servisse de instrumento de trabalho e de suporte à tomada de decisão da UMCCI, tendo em vista o planeamento e a concepção da rede de cuidados a implementar.

Foram definidos **critérios de análise** que permitissem obter uma visão global das características do hospital e assim configurar um cenário de ajustamento à RNCCI. Entre estes critérios incluem-se:

1. **Localização:** Hospitais localizados em cidades com menos de 30.000 habitantes e em cidades que tenham outro hospital a menos de 60 minutos;
2. **Capacidade:** Hospitais com capacidade inferior a 100 camas e com espaços para fisioterapia e reabilitação;
3. **Produtividade actual:** Taxa de ocupação inferior a 70 % e demora média superior a 7 dias;
4. **Impacto actual da velhice:** Número de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos superior a 40% do total de altas;

---

[1] Esta análise circunscreveu-se à actividade assistencial destes hospitais e não abrangeu a avaliação da actividade assistencial de outras unidades prestadoras de cuidados de saúde concorrentes na região.

[2] Neste estudo não foi contemplada a análise dos antigos Hospitais de Nível 1 integrados, na data de elaboração, recentemente em Centros Hospitalares (CH), nomeadamente: do Hospital Conde Bertiandos, de Ponte de Lima (CH Alto Minho, E.P.E.); Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (CH Nordeste, E.P.E.); Hospital D.Luiz I, em Peso da Régua (CH Vila Real/ Peso da Régua, E.P.E.); Hospital do Fundão (CH da Cova da Beira, E.P.E.) e Hospital de S. Paulo em Serpa (CH Baixo Alentejo, E.P.E.).

5. **Impacto das doenças crónicas:** Número de altas do grupo de patologias marcadoras superior a 25% do total de altas e superior a 30% do total das altas em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Da aplicação do conjunto de critérios e resultados, concluiu-se que os seguintes Hospitais poderiam ser considerados como candidatos a reconversão para a RNCCI:

- ✓ Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo;
- ✓ Hospital São José – Fafe;
- ✓ Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede;
- ✓ Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça;
- ✓ Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche;
- ✓ Hospital Distrital de Pombal;
- ✓ Hospital Cândido Figueiredo – Tondela;
- ✓ Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar;
- ✓ Hospital José Luciano de Castro – Anadia;
- ✓ Hospital Oliveira de Azeméis;
- ✓ Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho;
- ✓ Hospital Visconde de Salreu – Estarreja;
- ✓ Hospital São João de Madeira;
- ✓ Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia;
- ✓ Hospital do Montijo.

Na possibilidade de reconversão, o estudo refere a necessidade de realização de propostas concretas, definindo, em conjunto com os responsáveis das respectivas Administrações Regionais de Saúde:

- ✓ **Plano funcional de reconversão,** onde se deverá especificar as necessidades de adequação estrutural; o reforço e o impacto em recursos humanos; as necessidades de dotação de equipamentos; a previsão económica do projecto;
- ✓ **Estudo de viabilidade,** quanto à reestruturação e adequação destes recursos face a outras opções existentes em cada distrito;
- ✓ **Avaliações de custo e benefício,** quanto à transferência das responsabilidades actualmente assumidas pelos hospitais candidatos à reconversão, para os centros hospitalares de referência ou mais próximos, em matéria dos cuidados hospitalares prestados.

3 – Resumo

Um dos pontos fortes do novo modelo de cuidados continuados integrados baseia-se no facto de se apresentar uma dinâmica de funcionamento partilhada que desenvolve consensualmente, entre o sector da saúde e social, propostas sob uma visão única, multidisciplinar integrando a perspectiva regional. Esta estratégia é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados com capacidade de adaptação temporal e territorial.

O facto do processo de implementação se basear em planos regionais anuais permite a identificação das propostas mais idóneas e o ajuste territorial do planeamento.

A experiência obtida a partir do desenvolvimento de experiências piloto neste primeiro ano de vigência da RNCCI constituiu uma oportunidade valiosa no conhecimento dos pontos fortes e nos constrangimentos existentes no processo de implementação e deverá constituir-se como a plataforma de conhecimento básica para a adaptação do modelo às especificidades territoriais e para a adaptação do modelo de gestão, do modelo de cuidados, do modelo de financiamento e do modelo de acompanhamento e avaliação.

No futuro próximo, esta experiência deverá ter permitido o reconhecimento dos planos de implementação anuais como coluna vertebral para o desenvolvimento de um modelo que consiga dar resposta às necessidades com base num planeamento rigoroso e na estreita monitorização da implementação e da constante prossecução e avaliação dos objectivos propostos, bem como de um modelo economicamente sustentável.

O estudo dos Hospitais de Nível 1, para avaliação da possibilidade de integração na RNCCI, constituiu uma primeira abordagem aos hospitais do SNS com um perfil passível de adaptação e de integração na RNCCI e permitiu, à luz dos critérios utilizados, assinalar os que, numa primeira fase, poderiam vir a ser objecto deste tipo intervenção e caso fosse esta a estratégia a adoptar para a implementação da Rede. Deve-se reforçar, porém, a necessidade de complementar esta análise com estudos de viabilidade económica, nomeadamente quanto à necessária reestruturação e

adequação destes recursos face a outras opções existentes em cada distrito bem como com avaliações de custo e benefício, designadamente quanto à transferência das responsabilidades actualmente assumidas pelos hospitais candidatos à reconversão, para os centros hospitalares de referência ou mais próximos, em matéria dos cuidados hospitalares prestados. Atendendo aos princípios que nortearam a criação da RNCCI, considera-se que esta é claramente, uma oportunidade para proceder ao reajustamento e reorganização dos serviços de internamento do SNS, constituindo o momento certo para introduzir as medidas correctivas e as melhorias na adequação da oferta às necessidades das populações.

Finalmente, referir que o alcance das metas definidas supõe implementar, até ao ano 2016, mais de 2.900 camas da tipologia de cuidados de Convalescença, 3.200 camas da tipologia de Média Duração e Manutenção, 8.000 de Longa Duração e Manutenção, 2.400 lugares de Unidade de Dia e Promoção da Autonomia, de mais de 900 camas de Cuidados Paliativos e da existência de equipas de gestão de altas em todos os hospitais do território continental bem como equipas de cuidados continuados integrados em todos os centros de saúde.

Assim, a próxima etapa, de aperfeiçoamento e ajuste do modelo, será fundamental para um crescimento sólido e sustentável do modelo.

III. 3 – O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO

1 - Os instrumentos para a implementação

1.1 - Contratos

Uma das bases de enquadramento do novo modelo de cuidados continuados integrados em Portugal assentou na vontade de realizar uma implementação sob a lógica da contratualização de serviços e da descentralização das responsabilidades a nível territorial.

Estas bases operacionais orientaram os instrumentos e elementos chave desenvolvidos durante o ano de 2006 para a implementação territorial da RNCCI, nomeadamente ao nível da elaboração de **modelos de relação contratual** (acordos/contratos), com a rede de prestadores, **específicos para cada tipologia de cuidados e homogéneos para as diferentes tipologias de prestadores**.

Por outro lado, procedeu-se à **descentralização das responsabilidades da contratualização sob uma visão intersectorial** já que assumem a qualidade de primeiros e segundos outorgantes dos contratos as **Administrações Regionais de Saúde** e, nas unidades mistas, é também competente para a contratualização do **Instituto de Segurança Social, I.P.**, que assume nestas tipologias a qualidade de segundo outorgante.

Para contratar com sucesso, o comprador deve estar apto a gerir adequadamente o processo de contratar e definir os objectivos do contrato; negociar os termos do contrato; preparar e implementar os contratos e monitorizar e avaliar o desempenho.

Neste sentido, foi criada, durante o primeiro semestre de 2006, uma equipa constituída com representantes da equipa técnica da Coordenação para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, da Agência de Contratualização de uma das Administrações Regionais de Saúde, de elementos do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e ainda membros do Instituto de Segurança Social, I.P. e da Direcção Geral da Segurança Social, para a definição dos termos dos instrumentos de contratualização, processo e sistemática de financiamento, procedimentos e plano de contratualização e definição dos requisitos mínimos de informação para o controlo da gestão e acompanhamento dos contratos.

Assim, os **conteúdos consensualizados para as minutas-tipo dos contratos** resumem-se nas seguintes áreas:

- ✓ Objecto do contrato;
- ✓ Admissão de utentes;
- ✓ Serviços a prestar;
- ✓ Período de internamento;
- ✓ Condições prévias da instituição (anexo 3 dos contratos, de orientações técnicas para a instituição relativas a recursos humanos, equipamentos, áreas funcionais e instalações);
- ✓ Obrigações do primeiro e segundo outorgantes;
- ✓ Obrigações da entidade (anexo 2 dos contratos, referente à facturação e pagamento; anexo 3, de orientações técnicas; anexo 4, de acompanhamento da actividade realizada e anexo 5, de acompanhamento das despesas);
- ✓ Procedimentos de alta;
- ✓ Normas de segurança e qualidade;
- ✓ Pagamento à instituição dos serviços prestados (anexo 1 dos contratos: produção contratada e remuneração);
- ✓ Facturação e pagamento (anexo 2 dos contratos);
- ✓ Acompanhamento e avaliação;
- ✓ Organização interna da instituição;
- ✓ Revisão e cessação do contrato;
- ✓ Período de vigência do contrato.

Uma vez consensualizadas as minutas-tipo dos contratos/acordos para cada uma das tipologias de internamento da RNCCI, foi elaborado um **plano de contratualização das experiências piloto aprovadas**, para celebração de contratos através das respectivas Administrações Regionais de Saúde e Instituto da Segurança Social, I.P., actividade que foi iniciada logo após a **publicação no Diário da República da Portaria conjunta dos Ministros das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde** (Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro, publicada no *D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro*) **que regula os preços provisórios dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI,** pelas unidades de internamento e de ambulatório da RNCCI.

A **celebração de contratos com as entidades prestadoras compete às equipas de Coordenação Regional**, nos termos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho (publicado em *D.R., 1º série, n.º 106 de 6 de Junho)*, bem como **o acompanhamento, avaliação e realização do controlo de resultados de execução**, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação.

A **celebração dos contratos no âmbito das experiências piloto de 2006 da RNCCI realizou-se com recurso aos procedimentos por negociação, consulta prévia ou de ajuste directo**, de acordo com o regime excepcional e transitório previsto no artigo único do Decreto-Lei n.º 100/2006, de 06 de Junho (publicado em *D.R., 1º série, n.º 106 de 6 de Junho),* cuja "estimativa de custo global por contrato, não considerando o IVA, seja inferior aos limiares previstos para aplicação das directivas comunitárias sobre contratação pública podem realizar-se, durante o presente ano económico, com recurso ao procedimento por negociação, consulta prévia ou de ajuste directo".

O processo de celebração de contratos das experiências piloto da RNCCI é apresentado no capítulo n.º 3.2. deste documento.

1.2 - Fontes de financiamento e preços provisórios

O **financiamento das unidades e equipas de RNCCI** está dependente das condições de funcionamento das respostas e **obedece ao princípio da diversificação de fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio**, aprovado em Portaria conjunta dos Ministros do Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro, publicada no *D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro*).

O **pagamento dos encargos decorrentes da prestação de serviços é específico para cada tipo de serviços prestados**, com preços adequados e revistos periodicamente. Os encargos são repartidos entre os sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia de cuidados. Assim:

- ✓ as tipologias da RNCCI de Convalescença, Cuidados Paliativos, as equipas de Gestão de Altas e as Intra-hospitalares e Comunitárias de Suporte em

Cuidados Paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde;

- ✓ são da responsabilidade dos sectores da saúde e da segurança social, em função dos cuidados prestados, as unidades de Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, as unidades de Dia e Promoção da Autonomia e as equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Os **encargos com os cuidados de saúde** prestados pelas unidades e equipas da RNCCI **fazem parte do orçamento da respectiva ARS** e os **encargos com os cuidados de apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.**

O **pagamento dos serviços prestados nas unidades de internamento da RNCCI é executado com base nos dias de internamento** realizados em conformidade com a produção contratada e a tabela de preços aprovada pela portaria supra referida. Os tempos de internamento que não correspondam aos limites estipulados para cada tipologia de unidade deverão ser objecto de autorização por parte da entidade contratante, mediante a fundamentação apresentada pela entidade prestadora, segundo o disposto no artigo 6.º da Portaria n.º 994/206.

Aos não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou nos casos em que haja um terceiro responsável, legal ou contratualmente, o valor correspondente aos cuidados prestados no âmbito das unidades da RNCCI é cobrado directamente aos responsáveis em consonância com a tabela de preços estipulada pela supra referida Portaria e que são apresentados no quadro seguinte.

Quadro n.º 5. Tabela de preços para as experiências piloto da RNCCI

Tabela de preços para as experiências piloto da RNCCI		**(em euros)**
Tipologia de cuidados	**Encargos com os cuidados de saúde**	**Encargos com os cuidados de apoio social**
I. Diárias de internamento por doente		
Unidade de Convalescença	83,30/utente/dia	-
Unidade de Média Duração e Reabilitação	42,95/utente/dia	17,35/utente/dia
Unidade de Longa Duração e Manutenção	6,66/utente/dia	27,34/utente/dia
Unidade de Cuidados Paliativos	83,30/utente/dia	-
II. Ambulatório		
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	427,81/valor global mês para 10-15 utentes	
Fonte: Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro, publicada no *D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro*		

A utilização das unidades de Média Duração e Reabilitação, de Longa Duração e Manutenção, das unidades de Dia e Promoção da Autonomia e equipas de Cuidados Continuados Integrados é comparticipada pelo utente em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar. Assim, a comparticipação da Segurança Social com os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social fixados em Portaria n.º 994/206 e o valor a suportar pelo utente, determinado nos termos do artigo 8º do Despacho normativo n.º 12/2006, de 20 de Setembro (publicado no *D.R, 2ª série, n.º 197, de 12 de Outubro*). Nos casos em que se pretenda a admissão em unidade da RNCCI com componente social, o utente será informado previamente do custo a ele imputável, segundo definido na minuta de "**Declaração de consentimento informado**" aprovada pela Senhora Secretária de Estado Adjunta e da Saúde (Directiva técnica n.º 6/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro).

Relativamente aos procedimentos correspondentes ao actual sistema de comparticipação, os participantes do *focus group* realizado a 27 de Março de 2007 identificaram limitações ao nível:

- ✓ **do cálculo da comparticipação dos utentes**, pela inexistência de um instrumento homogéneo de cálculo entre as equipas de Coordenação Local e os prestadores de cuidados;
- ✓ dos **fluxos para pedido de comparticipação de medicamentos e fraldas**, pela inexistência de um modelo de declaração definido;
- ✓ nos **fluxos de cálculo**, já que não consideram viável concentrar esta tarefa nas entidades prestadoras por estas não terem capacidade de aferir o rendimento fiscal do agregado familiar e ainda por as famílias se recusarem a fornecer os dados sobre os rendimentos para aferir a comparticipação;
- ✓ da aprovação da comparticipação por parte dos utentes e famílias.

Com a finalização das experiências piloto, está previsto proceder à **revisão dos preços** definidos provisoriamente para as entidades prestadoras da RNCCI durante o primeiro ano de vigência das experiências piloto, em função da aferição de preços realizada com base nos conhecimentos obtidos neste primeiro ano de implementação.

1.3 - O modelo de direcção e coordenação da RNCCI

1.3.1 - O nível central: a Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

As linhas de acção prioritárias definidas para o desenvolvimento dos cuidados de saúde aos idosos e às pessoas em situação de dependência, pela sua diversidade e multidisciplinaridade de actores, revelaram a necessidade de se criar uma estrutura de missão para a condução e lançamento do projecto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de implementação de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 28 da Lei n.º 4/2004, de 15 de Janeiro, na redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 51/2005, de 30 de Agosto, e nos termos da

alínea g) do artigo 199 da Constituição, o **Conselho de Ministros cria, na dependência directa do Ministro da Saúde, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)**, com a natureza de estrutura de missão, para a condução e lançamento do projecto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da RNCCI e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social (Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, de 9 de Novembro, publicada no *D.R, 1ª série. n.º 241 de 18 de Dezembro*).

A UMCCI é dirigida por um coordenador, assessorado por uma equipa, constituída no máximo por 15 elementos, estando ainda prevista a existência de um conselho consultivo, com actividade não remunerada, cuja composição e cujo funcionamento são definidos por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho e da solidariedade social e da saúde, no qual podem estar representados, designadamente, os prestadores, doentes, associações, famílias e outras entidades relevantes que participem na Rede, ao qual incumbe, quando solicitado pelo coordenador, emitir pareceres no âmbito das competências da UMCCI relacionados com definição, orientação e aferição das actividades desenvolvidas e a desenvolver.

Quadro n.º 6. Competências da UMCCI

Competências da UMCCI
a) Coordenar a Rede, b) Elaborar e propor a aprovação dos planos estratégicos anuais e plurianuais para o desenvolvimento dos Cuidados Continuados Integrados no País e elaborar os respectivos relatórios de execução; c) Promover a articulação entre os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde para o estabelecimento de critérios de certificação, acreditação e avaliação da qualidade das respostas da Rede, de acordo com o quadro de competências definido; d) Fazer cumprir os regulamentos de segurança e qualidade nos estabelecimentos da Rede, em estreita articulação com os organismos competentes; e) Promover a elaboração e permanente actualização de normas técnicas e guias de boas práticas para prestação de Cuidados Continuados Integrados; f) Propor, em articulação com os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, competentes em matéria de recursos humanos, o estabelecimento de orientações estratégicas e técnicas que contribuam para a identificação dos profissionais prestadores da Rede, a sua qualificação e incentivos ao desempenho; g) Promover, em articulação com os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, competentes em matéria de recursos humanos, a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e de cuidadores a envolver na prestação de Cuidados Continuados Integrados; *h*) Definir os modelos de financiamento dos Cuidados Continuados Integrados, em articulação com os organismos competentes dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde; *i*) Elaborar os termos de referência para a contratualização com as instituições públicas, privadas e sociais prestadoras de cuidados no âmbito da RNCCI, em articulação com os organismos competentes dos dois Ministérios envolvidos; *j*) Propor a celebração de contratos com as entidades prestadoras da RNCCI, bem como a respectiva denúncia em caso de infracções administrativas; *l*) Promover a concretização das estratégias e metas definidas no Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas e no Programa Nacional de Cuidados Paliativos; *m*) Tomar conhecimento das reclamações apresentadas pelos utentes nos estabelecimentos e instituições da RNNCI e propor medidas correctivas; *n*) Propor projectos de investigação em cuidados continuados integrados; *o*) Promover a criação de um sistema de informação para a gestão da RNCCI, a sua manutenção e permanente actualização, em articulação com os serviços e organismos competentes; p) Promover formas inovadoras de melhoria da articulação com outras Unidades de Prestação de Cuidados, nomeadamente com os cuidados de saúde primários; q) Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas e entidades privadas com ou sem fins lucrativos na gestão de Unidades de Cuidados Continuados Integrados; r) Desempenhar outras funções necessárias à respectiva missão, bem como todas as que lhe sejam atribuídas pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Fonte: Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, de 9 de Novembro, publicada no D.R, 1ª série. nº 241 de 18 de Dezembro

1.3.2 - O papel das estruturas e equipas regionais

A **RNCCI é operacionalizada em dois níveis, regional e local,** através das equipas coordenadoras regionais e locais. Esta estrutura visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis de coordenação da RNCCI, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem.

A nível regional, a coordenação da RNCCI é assegurada por 5 equipas constituídas por membros de cada Administração Regional de Saúde e dos Centros Distritais da Segurança Social (Despacho nº 19040/2006, de 3 de Agosto, publicado no *D.R., 2ª série, nº 181 de 19 de Setembro de 2006*), designados por três anos, renováveis, respectivamente pelos presidentes do conselho de administração das ARS e pelo presidente do conselho directivo do Instituto de Segurança Social, I.P.

A coordenação da equipa de Coordenação Regional é assegurada por um elemento da Administração Regional de Saúde, designado pelo respectivo presidente, e exerce as suas funções a tempo inteiras. Através da "Nota informativa n.º 2/CNSPICSD/2006, de 23 de Novembro", os elementos das equipas de Coordenação Regional foram nomeados.

As **equipas de coordenação regional actuam numa base regional**, tendo por referência a área de influência da respectiva administração regional de saúde.

No âmbito das **competências** previstas no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 100/2006, de 6 de Junho, as **equipas de coordenação regional** articulam com a coordenação a nível nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da RNCCI, tendo competências nas áreas de:

a) Planeamento e gestão:

- ✓ Elaborar a proposta de planeamento das respostas necessárias e **propor a nível central os planos de acção anuais** para o desenvolvimento da RNCCI e a sua adequação periódica às necessidades;
- ✓ **Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais** e respectivos relatórios de execução e submete-los à coordenação nacional;

- ✓ **Alimentar o sistema de informação** que suporta a gestão da RNCCI;

b) Contratação: promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a RNCCI;

1. **Monitorização e controlo:**

- ✓ **Garantir a equidade no acesso à RNCCI** e a adequação dos serviços prestados;
- ✓ **Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados** da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados integrados;
- ✓ **Garantir a utilização eficaz**, designadamente em termos orçamentais, da **capacidade instalada** nas unidades prestadoras contratualizadas;
- ✓ Promover as condições para **assegurar padrões de qualidade** no funcionamento e cuidados prestados pelas equipas e unidades da RNCCI bem como **avaliar qualidade** do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes;

2. **Articulação:**

- ✓ Com os níveis de coordenação nacional e local;
- ✓ Entre os vários parceiros que integram a RNCCI e com outras entidades que entendam pertinentes para o exercício das suas competências;

e) Formação: promover a formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados continuados integrados;

f) Divulgação: promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da RNCCI.

As competências atribuídas às equipas de coordenação regional indicam uma verdadeira descentralização dos poderes de planeamento, execução e gestão, avaliação e controlo.

As **equipas de Coordenação Regional são dimensionadas em função das necessidades e dos recursos existentes** e constituídas por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação, podendo exercer a sua função a tempo parcial. No quadro seguinte, apresenta-se a composição das equipas de coordenação regional, por perfis profissionais.

Quadro n.º7. Composição das equipas de Coordenação Regional

Número e composição das equipas de Coordenação Regional por perfis profissionais					
Região	**N.º médicos**	**N.º enfermeiros**	**N.º assistentes sociais**	**N.º outros profissionais**	**N.º total Profissionais**
Norte	1	1	1	3	**6**
Centro	1	1	2	3	**7**
Lisboa e Vale do Tejo	1	2	2	1	**6**
Alentejo	2	2	1	2	**7**
Algarve	1	1	1	2	**5**
N.º total	**6**	**7**	**7**	**11**	**31**

Fonte: UMCCI (31.05.07)

A operacionalização da RNCCI em dois níveis, regional e local, foi identificada no *focus group* (27.03.07) como um aspecto chave na RNCCI, tendo-se referido a sua importância ao nível do suporte dos profissionais através de orientações, informação técnica e respostas rápidas.

Neste exercício, os participantes identificaram a necessidade de progressos no sentido de:

- ✓ Estabelecer **mecanismos de acompanhamento e controlo**, para assegurar a correcta locação dos recursos **previstos;**
- ✓ **Uniformizar** os ritmos de funcionamento entre as equipas de coordenação regional (ECR);
- ✓ **Garantir a constância dos membros** das equipas;

- ✓ **Garantir a comunicação fluida entre equipas de coordenação regional e local**.

1.3.3 - O nível local: as equipas de Coordenação Local

A **coordenação da RNCCI a nível local é assegurada no território continental por equipas coordenadoras locais**, constituídas de modo multidisciplinar, e com desempenho interdisciplinar, integrando, pelo menos no sector da saúde, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), e do sector da segurança social, preferencialmente, um(a) assistente social e, sempre que necessário, um(a) técnico(a) da autarquia local designado pelo respectivo presidente da câmara municipal.

Foi elaborado um guia prático para a elaboração do regulamento interno das equipas coordenadoras locais (Directiva técnica n.º 5/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro).

Os elementos que constituem as equipas de coordenação local são designados pelo Presidente do Conselho da Administração Regional da Saúde, sob proposta do director do centro de saúde, pelo Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social, I.P., sob proposta dos directores do Centro Distrital de Segurança Social. **A coordenação da equipa de coordenação local é assegurada por um profissional do sector da saúde.**

São 115 as equipas de coordenação local constituídas até 30 de Junho de 2007 em todo o território nacional. O número e a composição das equipas de coordenação local pode ser consultado no quadro seguinte.

Quadro n.º 8. Composição das equipas de Coordenação Local

Número e composição das equipas de coordenação local: visão regional e distrital					
Região/ Distrito	**N.º equipas**	**N.º total profissionais**	**N.º médicos**	**N.º enfermeiros**	**N.º assistentes sociais**
Braga	5	15	5	5	5
Bragança	4	12	4	4	4
Porto	14	42	14	14	14
Vila Real	2	6	2	2	2
Viana do Castelo	4	12	4	4	4
Sub-total Norte:	**29**	**87**	**29**	**29**	**29**
Aveiro	5	15	5	5	5
Castelo Branco	3	9	3	3	3
Leiria	4	13	4	5	4
Coimbra	3	9	3	3	3
Guarda	3	9	3	3	3
Viseu	3	9	3	3	3
Sub-total Centro:	**21**	**64**	**21**	**22**	**21**
Lisboa	14	35	14	14	7
Santarém	2	6	2	2	2
Setúbal	4	8	4	4	0
Sub-total Lisboa e Vale do Tejo:	**20**	**49**	**20**	**20**	**9**
Beja	14	42	14	14	14
Portalegre	15	45	15	15	15
Évora	14	42	14	14	14
Sub-total Alentejo:	**43**	**129**	**43**	**43**	**43**
Faro	2	6	2	2	2
Sub-total Algarve:	**2**	**6**	**2**	**2**	**2**
Total Continental	**115**	**335**	**115**	**116**	**104**

Fonte: UMCCI (11.07.07)

No exercício de *focus group* (27.03.07) identificou-se a necessidade do ajuste da dimensão das equipas de coordenação local, a diminuição da carga administrativa e a clarificação do processo de substituição dos profissionais.

1.4 - Sistema de referenciação e admissão

Cada **equipa de Coordenação Local (ECL) é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação**, para além de verificar o cumprimento dos requisitos enunciados no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho.

Os **fluxos de referência de utentes** são definidos pela directiva técnica n.º 3 3/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro. Nesta directiva determina-se que **os utentes podem ingressar na RNCCI através do:**

a) **Hospital do SNS**, concretizado através da respectiva equipa de Gestão de Altas, mediante proposta à equipa Coordenadora Local da área de residência *preferencial* do utente (critério de proximidade). O planeamento da alta para utentes internados em hospitais com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social, com vista ao seu ingresso na RNCCI compete às equipas de Gestão de Altas;
b) **Domicílio** (ou outros locais de residência)
O ingresso deverá ser feito através de proposta médica fundamentada na sequência de diagnóstico de situação de dependência, apresentada à respectiva equipa coordenadora local dessa área;

A **admissão nas unidades da RNCCI** depende da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos. A admissão nas unidades da RNCCI é:

- ✓ Solicitada preferencialmente pelas equipas de gestão de altas nos casos das unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação, no seguimento do diagnóstico de situação de dependência pela equipa que preparou a alta hospitalar;
- ✓ Determinada pela equipa de coordenação local nos casos de internamento em unidades de Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção;
- ✓ Determinada por proposta médica no caso de unidades de Cuidados Paliativos e equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.

A admissão nas equipas da RNCCI é:

- ✓ Realizada por proposta médica no caso das equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos;
- ✓ Solicitada preferencialmente pelas equipas de Cuidados Continuados Integrados da área de abrangência ou das equipas de Gestão de Altas dos hospitais de referência da zona;
- ✓ A proposta de admissão nas equipas de Cuidados Continuados Integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde ou da ECL correspondente ou das equipas de Gestão de Altas do hospital de referência da zona;
- ✓ O responsável social da equipa de Coordenação Local da área é o responsável pela elaboração da proposta de cuidados de apoio social e do valor do cálculo de comparticipação do utente nas unidades da Rede.

A **admissão** em unidades de internamento ou de ambulatório e em equipas da RNCCI no âmbito das experiências piloto **está condicionada ao preenchimento de critérios de referenciação**, que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes nessas tipologias de serviços.

Para poder ser admitido em unidades da RNCCI o utente deve observar:

- ✓ Os requisitos enunciados no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho (ver quadro n.º 9);
- ✓ Pelo menos, um dos critérios de referenciação específicos de admissão na unidade em causa (definidos através da directiva técnica n.º 1/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro) e, simultaneamente, não se encontrar em qualquer das situações que dão lugar à exclusão;
- ✓ Prévio consentimento por escrito;
- ✓ Cumprimento dos fluxos de referência definidos, no âmbito das experiências piloto da RNCCI, para ingresso e mobilidade de doentes na Rede.

É **critério de admissão nas equipas da RNCCI** a existência de uma situação de dependência em que o doente tenha condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita.

Quadro n.º9. Critérios de admissão gerais nas unidades e equipas da RNCCI

Critérios de admissão gerais nas unidades e equipas da RNCCI
São destinatários das unidades e equipas da RNCCI as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações: ✓ Dependência funcional transitória decorrente de processo de Convalescença ou outro; ✓ Dependência funcional prolongada; ✓ Idosos com critérios de fragilidade; ✓ Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; ✓ Doença severa, em estado avançado ou terminal.

Fonte: Decreto-lei n.º 101/2006, publicado no *D.R, 1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho*

A referenciação de doentes deve ser acompanhada da documentação necessária, nomeadamente a avaliação clínica e social e objectivos terapêuticos.

Os **critérios de exclusão** em unidades da RNCCI são (Directiva técnica n.º 1/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro):

a) Doente com episódio de doença em fase aguda;
b) Doente que aguarde resposta a uma necessidade exclusivamente de apoio social;
c) Doente cujo objectivo do internamento seja o estudo diagnóstico;
d) Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, salvo no caso de pedido de admissão em unidade de Cuidados Paliativos;

A **transferência de utentes entre unidades da RNCCI** deve ser feita através de proposta fundamentada do responsável da unidade em que o utente está internado, dirigida à Equipa Coordenadora Local da área de residência do utente (critério de proximidade).

Foi desenvolvido um sistema para apoio ao trabalho da articulação dos pedidos de admissões de utentes na RNCCI entre as equipas de Gestão de Altas e as equipas Coordenadoras Locais (*Gestcare*).

No exercício do *focus group* (27.03.07), os participantes consideraram o **modelo de referenciação** como um bom instrumento para garantir a continuidade dos cuidados. Não obstante, foi identificada a necessidade de realizar melhorias ao nível dos:

- ✓ **Critérios de admissão e referenciação:**

  - Elaboração e difusão de um **manual de procedimentos** com enquadramento geral, consensualizado e adaptável a cada equipa e unidade da RNCCI;
  - **Uniformização dos formulários de pedidos de admissão** e dos parâmetros e dados a registar pelas equipas de coordenação local;
  - **Melhorar a definição dos critérios de admissão**, nomeadamente ao nível da definição de "cuidados de saúde e/ou cuidados de apoio social" e ao nível dos critérios de ingresso nas unidades de Longa Duração e Manutenção;
  - Necessidade de **uniformizar a aplicação dos critérios de referenciação** entre as equipas de Coordenação Local e entre estas e as equipas de Gestão de Altas. Fomentar o **rigor na sua aplicação**;
  - Facilitar o **desenvolvimento das directrizes e aplicação de critérios de referenciação e admissão** através da criação de mecanismos que promovam uma aproximação e uma comunicação fluida entre as equipas de Coordenação Local, as equipas de Gestão de Altas e os centros de saúde;
  - Necessidade de agilizar o processo entre o pedido de entrada para a RNCCI, a decisão e a data efectiva da entrada;
  - **Fortalecer a mobilidade dos utentes dentro da RNCCI** segundo as necessidades existentes nos diferentes momentos da doença, nomeadamente:
    - tornar mais célere a transferência entre as tipologias de internamento de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação;
    - maior precocidade na referenciação para o domicílio para a preparação das ajudas técnicas e das condições no domicílio;

- ✓ **Instrumentos de apoio à referenciação:**

- criação de um **instrumento único de avaliação bio-psico-social** como registo básico de apoio às equipas de coordenação local que solucione o problema actual de multiplicidade de modelos e formulários para a referenciação e registo de dados, sem uniformização de parâmetros a registar;
- necessidade de **uniformizar a informação constante na referenciação para o domicílio e para as unidades de internamento** já que se detectam problemas na informação transmitida no primeiro caso, caracterizada como bastante incompleta;
- desenvolver um **sistema de transmissão da informação que assegure a confidencialidade** (criação de um código interno de rede) e garanta a boa difusão da informação (foram detectados problemas de legibilidade da informação transmitida via fax);
- Desenvolvimento de um sistema que se ajuste e englobe os conteúdos necessários ao trabalho desenvolvido pelas equipas de Coordenação Local e equipas de Gestão de Altas (identificação de constrangimentos na utilização do *Gestcare*).

Finalmente, as vagas existentes em cada uma das unidades da RNCCI de cada região são colocadas nos web-sites das Administrações Regionais de Saúde correspondentes. Na maior parte das regiões o número de vagas é apresentado em função do sexo. A disponibilização da informação do número de vagas deverá ser diária, não obstante, foram detectadas incidências a esse nível. Por seu turno, não está disponível essa informação para a região de Lisboa e Vale do Tejo por motivos de construção do web-site.

1.5 - A gestão de altas

Entre os princípios que sustentam a RNCCI, encontra-se o de garantir "a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede". Desta forma, foram criados no âmbito da RNCCI mecanismos/ recursos específicos que velem pela complementaridade das intervenções, a transversalidade e a continuidade dos cuidados de modo a melhorar a

qualidade do processo de cuidados; optimizar e racionalizar o uso de recursos e serviços e melhorar os resultados.

Entende-se por **planeamento da alta** o conjunto de acções organizadas de preparação e administração da alta do utente desde o centro de internamento ao recurso que seja mais indicado. Os **dois conceitos chave em torno ao de planeamento da alta são**:

- ✓ preparação da alta como parte integrante do plano de cuidados;
- ✓ envolvimento de profissionais dos vários níveis de cuidados (hospitais, centros de saúde, unidades e equipas da RNCCI) na preparação da alta.

O processo de planeamento de alta deverá aplicar-se a todos os doentes que, previsivelmente, irão necessitar de cuidados de reabilitação / manutenção, no contexto da doença subjacente e da sua envolvente social, imediatamente após um internamento hospitalar, para tratamento de uma situação aguda. Acrescem todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência (ver critérios de admissão e exclusão nas unidades e equipas da RNCCI, capítulo anterior).

O planeamento e gestão de altas deverá ser activado a partir do momento em que o utente dá entrada numa unidade de internamento. Assim:

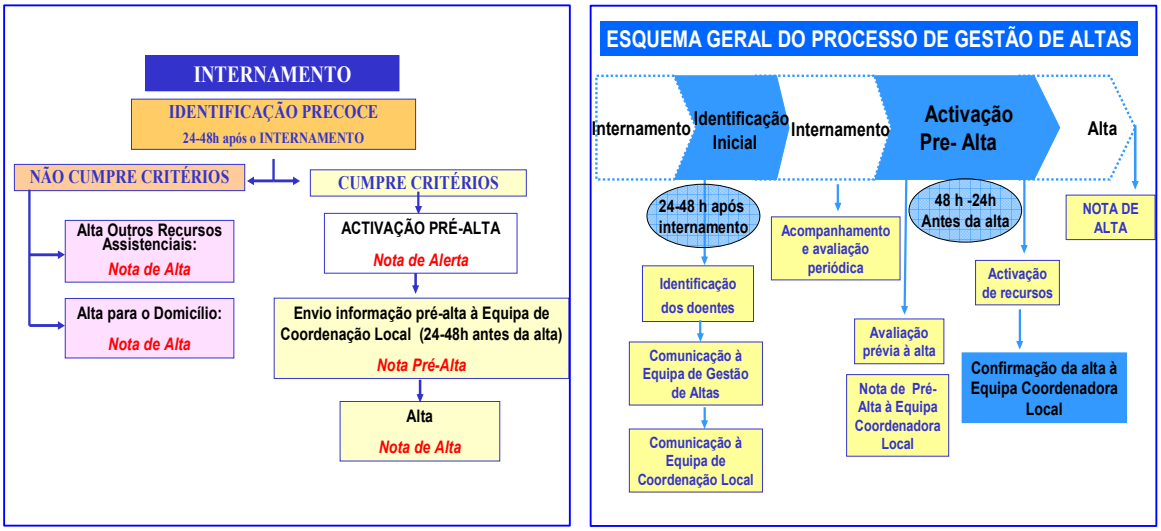
- ✓ **No âmbito hospitalar**, são as **equipas de Gestão de Altas** que asseguram o planeamento da alta hospitalar de doentes internados em hospitais de agudos que careçam de cuidados de saúde e de apoio social, com vista ao seu ingresso na RNCCI (Manual de Planeamento e Gestão de Altas, Directiva técnica n.º 2/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro);
- ✓ **No âmbito das unidades e equipas da RNCCI**, e esgotado o prazo de internamento estabelecido e não atingidos os objectivos terapêuticos, a preparação e planeamento da alta deve ser realizada pelo responsável da unidade ou equipa, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da RNCCI mais adequada. Este planeamento deverá ser iniciado com a antecedência suficiente que permita a elaboração da informação clínica e social que habilite a concepção do plano individual de cuidados e a sequencialidade da prestação de cuidados aquando do ingresso do utente

noutra unidade ou equipa da RNCCI (Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, publicado *em D.R., 1.ª Série, n.º 109, de 6 de Junho)*

Em ambos os casos a alta deverá assim ser preparada desde a data do internamento, para garantir os melhores resultados para o utente, sendo obrigatório dar conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência.

Na figura seguinte apresenta-se o processo e circuitos da preparação e planeamento da alta.

Figura n.º 4. Processo e circuito de gestão de altas



Fonte: Manual de Gestão de Altas, Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, Maio de 2006

Como se pode observar na figura anterior, a **equipa de Gestão de Altas** é um elemento de charneira na articulação dos recursos intra e extra hospitalares. As suas **funções** encontram-se definidas no Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (publicado *em D.R., 1.ª Série, n.º 109, de 6 de Junho*) e são, designadamente as de:

- ✓ articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação das altas hospitalares;
- ✓ articulação com as equipas Coordenadoras Locais da RNCCI;

- ✓ articulação com as equipas prestadoras de Cuidados Continuados Integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

Os documentos que acompanham o processo são a **nota de pré-alta ou proposta de ingresso na Rede** (enviada à equipa de Coordenação Local entre 24 a 48 horas de antecedência à alta) e a **nota de alta no momento da alta hospitalar e da admissão na unidade da rede autorizado pela ECL**, na qual deverão constar (Manual de Gestão de Altas, Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, Maio de 2006):

- ✓ Nota de alta médica – deve incluir a situação clínica, o estado funcional e outras situações de dependência, bem como a medicação a fazer nessa data;
- ✓ Nota de alta de enfermagem – deve incluir a avaliação das necessidades após a alta, pensos, tratamentos;
- ✓ Nota do serviço social;
- ✓ Nota do nutricionista, psicólogo clínico, etc.;
- ✓ Instruções de ensino ao doente, sempre que necessário;
- ✓ Cópia dos exames complementares de diagnóstico ou outros;
- ✓ Informações sobre o programa de *follow-up* e sobre a marcação já feita das próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento do doente;
- ✓ Identificação clara de todos os profissionais intervenientes no processo da alta.

Na sua articulação com as equipas de Gestão de Altas para transferência de doentes, **as equipas de Coordenação Local devem informar aquelas da sua decisão quanto ao pedido de admissão em unidade da RNCCI– no prazo máximo de 48 horas após lhe ter sido comunicada pela equipa de Gestão de Altas a pré-alta.** Por sua vez, as equipas de Gestão de Altas devem ser sempre informadas em tempo útil e previamente à data prevista para a transferência do doente.

As **equipas de Gestão de Altas são constituídas, no mínimo, por 3 elementos:** médico, enfermeiro e técnico de Serviço Social. A sua nomeação é da responsabilidade do Conselho de Administração do hospital.

No quadro seguinte apresenta-se o número e composição das equipas de Gestão de Altas constituídas até 30 de Junho de 2007, por região e distrito.

Quadro n.º10. Número e composição das equipas de Gestão de Altas constituídas até 30 de Junho de 2007

Número e composição das equipas de Gestão de Altas: visão regional e distrital					
Região/ Distrito	**N.º equipas**	**N.º total profissionais**	**N.º médicos**	**N.º enfermeiros**	**N.º assistentes sociais**
Braga	5	16	6	5	5
Bragança	3	9	3	3	3
Porto	9	29	10	10	9
Vila Real	2	6	2	2	2
Viana do Castelo	1	3	1	1	1
Sub-total Norte:	**20**	**63**	**22**	**21**	**20**
Aveiro	5	14	5	4	5
Castelo Branco	2	7	4	1	2
Leiria	4	15	4	6	5
Coimbra	3	9	5	3	1
Guarda	1	3	1	1	1
Viseu	2	6	2	2	2
Sub-total Centro:	**17**	**54**	**21**	**17**	**16**
Lisboa	12	41	13	15	**13**
Santarém	4	12	4	4	**4**
Setúbal	5	24	7	10	**7**
Sub-total Lisboa e Vale do Tejo:	**21**	**77**	**24**	**29**	24
Beja	2	6	2	2	2
Portalegre	2*	6	2	2	**2**
Évora	1	3	1	1	**1**
Sub-total Alentejo:	**5**	**15**	**5**	**5**	5
Faro	2	6	2	2	**2**
Sub-total Algarve:	**2**	**6**	**2**	**2**	2
Total Continental	**65**	**215**	**74**	**74**	**67**

*** Duas EGA na** Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas)

Fonte: UMCCI (11. 07.07)

Assim, em todo o território continental foram constituídas 65 equipas de Gestão de Altas, que reúnem um total de 215 profissionais. A maior parte são compostas por 3 profissionais, tal como definido, no entanto, a análise da composição das equipas

revelou a inexistência de assistentes sociais em 7 equipas, segundo dados da UMCCI (11.07.07).

No exercício de *focus group* realizado a 27 de Maio de 2007 identificou-se, não obstante, **a necessidade de alargar a constituição e formação do n.º de elementos das equipas de Gestão de Altas em função do volume de altas existente no hospital.**

A nível hospitalar, os participantes identificaram ainda a necessidade de iniciar o planeamento da alta no momento da entrada em urgências.

Os **participantes do *focus group* identificaram ainda as seguintes ocorrências no planeamento e preparação das altas**:

- ✓ Reforçar a necessidade de realizar o pedido de admissão ou alta na RNCCI antes das 48 horas previsíveis do momento da alta;
- ✓ Constrangimentos na utilização dos actuais mecanismos de transmissão da informação;
- ✓ Existência de pedidos de admissão na RNCCI que constituíam altas precoces dos hospitais;
- ✓ Necessidade de agilizar o processo entre o pedido de entrada para a RNCCI, a decisão e a data efectiva da entrada;
- ✓ Deficiências na preparação da alta por parte das unidades de internamento da RNCCI;
- ✓ Problemas de informação, parca em termos clínicos, de enfermagem e sociais *versus* opinião de que a quantidade de informação transmitida na referenciação é demasiado extensa;
- ✓ Heterogeneidade entre os critérios de avaliação utilizados pelas equipas de Gestão de Altas e de Coordenação Local;
- ✓ Pouca sensibilidade por parte dos **hospitais** no envio de doentes para Convalescença, o que tem desencadeado uma baixa taxa de ocupação na maioria das unidades desta tipologia (Relatório geral das visitas a unidades de cuidados continuados – experiências piloto, UMCCI, Maio 2006)

As **equipas de Gestão de Altas** foram consideradas pelos participantes do *focus group* como **um elemento fundamental de apoio no processo de cuidados do utente e um elemento de referência para os familiares/ cuidadores**, contribuindo

para a diminuição de duplicação de trâmites entre diferentes profissionais e ou serviços.

Como **pontos fortes no processo de planeamento e gestão de altas e de referenciação,** os participantes do *focus group* referiram a **célere adopção das novas modalidades de trabalho por parte dos membros das equipas** de Gestão de Altas e de Coordenação Local bem como a existência de uma boa colaboração (formal e informal).

1.6 - Os critérios de qualidade

No Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (publicado *em D.R., 1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho*) determina-se que os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das equipas e unidades da RNCCI são fixados por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde.

Os critérios de qualidade deverão constituir um elemento vertebral da evolução da RNCCI no futuro. Embora nesta fase inicial de implementação da RNCCI o sistema de qualidade seja ainda incipiente, o desenvolvimento da RNCCI no futuro deverá aprofundar esta dimensão. A experiência adquirida até ao momento fornece já algumas pistas relativas às necessidades de desenvolvimento futuro nesta área bem como área chaves de intervenção.

Entre os critérios de qualidade encontram-se critérios gerais relativos às instalações, equipamentos e acessibilidade; a documentação e procedimentos assistenciais; os protocolos desenvolvidos; os recursos humanos existentes; a existência de um sistema de recolha das reclamações e sugestões; a avaliação da satisfação dos utilizadores; os mecanismos de garantia da continuidade assistencial. De salientar que nesta fase embrionária da RNCCI entre as questões mais relevantes no âmbito da qualidade se encontra a prestação de cuidados em consonância com os princípios definidos no modelo.

1.6.1 - Instalações e equipamentos

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da RNCCI, bem como os relativos à construção de raiz e à remodelação e adaptação dos edifícios, são objecto de regulamentação por Portaria do(s) Ministro(s) competente(s) em razão da matéria, o mesmo acontecendo para a regulamentação das condições e requisitos de funcionamento das unidades da RNCCI (artigos 41º e 42º, Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, publicado *em D.R., 1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho)*. O regime de fiscalização e licenciamento é estabelecido em diploma próprio (artigo 43º, *ibidem*).

Em colaboração com a Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES) foi elaborado um manual de *Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados* (Agosto 2006/Rev.2) onde se definem os aspectos gerais arquitectónicos das unidades da RNCCI; as instalações técnicas e equipamentos (gerais, eléctricos, mecânicos, de água e esgotos). Este manual visa colmatar uma lacuna a este nível e aplica-se ao período das experiências piloto e até à elaboração de legislação própria que não deve exceder o ano de 2007.

Nas **visitas realizadas pela UMCCI às unidades de internamento da RNCCI, conclui-se** ("Relatório geral das visitas a unidades de cuidados continuados – experiências piloto", UMCCI, Maio 2006) pela:

- ✓ Elevada qualidade da maioria das instalações, especialmente nas regiões Norte e Centro;
- ✓ Incerteza quanto à existência de contratos adequados de manutenção e reposição em caso de avaria, em especial os aparelhos de suporte de vida (devido à sua recente aquisição);
- ✓ Garantia, na maioria dos casos, das condições de acessibilidade a cadeiras-de-rodas e apoios para pessoas com dificuldades de mobilização;
- ✓ A preocupação com a eliminação de barreiras arquitectónicas, o acesso a ajudas técnicas como elevadores de doentes, materiais de apoio para fisioterapia e terapia ocupacional e, em algumas, de equipamento para banho assistido;
- ✓ Existência de sistemas automáticos de detecção e de combate a incêndios e de portas corta-fogo;

- ✓ Necessidade de maior sensibilização para a necessidade de desobstrução das saídas de emergência.

1.6.2 - Prática clínica

Por **cuidados continuados integrados** entende-se o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na **recuperação global,** entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa **promover a autonomia** melhorando a funcionalidade da pessoa em **situação de dependência**, através da sua **reabilitação, readaptação e reinserção** familiar e social (Decreto-lei, n.º 101/2006, de 06 de Junho, publicado em *D.R., 1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho)*.

Tal como se mencionou acima, neste momento de implementação da RNCCI importa assegurar a qualidade da prestação de cuidados de acordo com o modelo definido, os quais deverão ser facilitados através da existência de condições mínimas para tal desígnio, tais como, a existência de equipas dotadas dos profissionais e perfis profissionais definidos, assegurando a sua formação contínua no âmbito das premissas do modelo; na promoção do desenvolvimento de uma avaliação verdadeiramente integral do utente e da consequente elaboração e prossecução dos objectivos traçados no plano terapêutico. O apoio à consecução destes objectivos deverá ser realizado a partir da elaboração e implementação de instrumentos facilitadores, tais como instrumentos de avaliação consensualizados que não constituam um constrangimento à prática clínica mas sim um apoio, pelo que hão-de cumprir critérios como a facilidade na utilização e na avaliação dos resultados.

As visitas realizadas às unidades de internamento da RNCCI por membros da UMCCI dão uma valiosa contribuição para o conhecimento do trabalho executado pelas equipas já que permitem a interacção com os profissionais e as dificuldades sentidas por estes, bem como a identificação dos pontos fortes identificados e a reforçar no futuro.

Segundo o relatório elaborado a partir das visitas realizadas, a **carência de alguns perfis profissionais nas unidades da RNCCI** revela-se, como um constrangimento no seguimento dos objectivos terapêuticos, nomeadamente ao nível da reabilitação, dada a **carência de terapeutas da fala, ocupacionais e fisioterapeutas**. Por outro

lado, a **escassez de horas dedicadas pelos médicos** a algumas das unidades, reflecte-se, por exemplo, na agitação psico-motora de alguns doentes que não é controlada segundo os critérios terapêuticos adequados. No exercício do *focus group* corrobora-se a **necessidade de revisão das dotações de alguns profissionais** bem como a de **criação de mecanismos** (auditorias) **que assegurem o cumprimento do horário dos profissionais nas horas previstas.**

As **lacunas observadas** nas unidades de internamento visitadas dão-se, segundo o Relatório, ao nível:

- ✓ da implementação de **planos de controlo de infecção** (lavagem e desinfecção das mãos, da definição de políticas ou mesmo na operacionalização dos procedimentos);
- ✓ da utilização de **normas de orientação clínica e/ou protocolos terapêuticos;**
- ✓ o **registo e monitorização dos diagnósticos**, **avaliações sociais e psicossociais**;
- ✓ da **monitorização de *outcomes;***
- ✓ da área da **medicação,** ao nível do armazenamento, da administração ou do seu registo, recomendando-se a elaboração de procedimentos que visem evidenciar a correcta administração da medicação.

Entre os documentos produzidos no âmbito da qualidade na prestação de cuidados continuados integrados encontram-se:

- ✓ Directiva técnica n.º 4/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (processo individual de cuidados);
- ✓ Nota informativa n.º 5/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (recomendações para o uso de fármacos);
- ✓ "Prestação de cuidados de saúde nas unidades de Convalescença: enquadramento das unidades de Convalescença na RNCCI" (Setembro 2006);
- ✓ "Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Harmonização em Cuidados Continuados Integrados: sobre o contexto organizacional de prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social no âmbito do modelo de cuidados continuados integrados". Março 2007;

- ✓ “Modelo para avaliação da qualidade das unidades de internamento e outras respostas de cuidados às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência”, Instituto da Qualidade em Saúde.

1.6.3 - Formação

A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se, segundo o Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (publicado no *D.R.,1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho)* por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial, contínua e específica (no caso de cuidados paliativos), prestados por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados e de qualidade.

No relatório de visitas dos membros da UMCCI às unidades de internamento é louvado o investimento feito pelos prestadores na garantia da formação contínua dos profissionais.

Diagnosticou-se a **necessidade de formação contínua dos profissionais em áreas chave na prestação de cuidados** (controlo de infecção, gestão de risco, entre outros), tendo-se referido a especial importância de desenvolver actividades de **sensibilização dos auxiliares para a importância da execução das boas práticas ao nível do controlo da infecção**. A formação contínua foi também identificada durante o *focus group* como um dos instrumentos chave para a consolidação do modelo de cuidados continuados integrados.

No mesmo Relatório, a dedicação e o entusiasmo dos profissionais das equipas da RNCCI são apontados como elementos cruciais para a resolução de algumas das insuficiências de formação dos prestadores.

1.6.4 - Comunicação

Nas visitas realizadas pelos membros da UMCCI às unidades de internamento verificou-se a presença e disponibilidade em lugar visível de folhetos informativos (guias de acolhimento), das ementas, do regulamento interno, do livro de reclamações,

da carta dos direitos e deveres dos doentes, das escalas de profissionais e respectivos contactos.

1.6.5 - Gestão de risco e higiene, saúde e segurança no trabalho e gestão de resíduos

Nesta área, as visitas realizadas permitiram constatar a preocupação com a mitigação dos factores de risco, quer ocupacionais quer de segurança, para a generalidade dos ocupantes das instalações, doentes ou outros.

No entanto, segundo o mesmo relatório, é necessário:

- ✓ **implementar sistemas de gestão mais consistentes** (na avaliação do risco e na higiene e segurança no trabalho);
- ✓ **elaborar planos de emergência interna**, **na formação da prevenção e combate a incêndios e na evacuação de doentes**, sobretudo os mais dependentes;
- ✓ **desenvolver formação em suporte básico e/ou avançado de vida**: algumas das unidades não possuem este equipamento;
- ✓ **prestar maior atenção à limpeza das instalações**, ao nível da sua manutenção, e sobretudo, da forma como é efectuada, para prevenir o risco de quedas.
- ✓ avançar no sistema de **segurança contra a intrusão e a fuga de doentes**;
- ✓ introduzir melhorias no circuito dos resíduos no interior de algumas das unidades.

1.7 - O modelo de cuidados sob a nova perspectiva da RNCCI

O novo modelo de cuidados continuados integrados assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência à dignidade, à preservação da identidade, à privacidade, à informação, à não discriminação, à integridade física e moral, ao exercício da cidadania e ao consentimento informado das intervenções efectuadas.

Neste sentido, a **prestação de cuidados formula-se, no âmbito do modelo, através da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade**; da **humanização e personalização dos cuidados**, no ***empowerment* do utente e da família/cuidador** no processo de cuidados, na **abordagem bio-psico-social**, através de uma **avaliação integral das necessidades** da pessoa e da consequente **elaboração de um plano individual de cuidados** com a definição de objectivos de funcionalidade e autonomia. Neste capítulo é analisada a prossecução destes princípios, através das informações qualitativas provenientes das visitas efectuadas por membros da UMCCI e do exercício de *focus group*.

Segundo o estabelecido no Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (publicado no *D.R.,1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho)* e na directiva técnica n.º 4/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro, é obrigatória a existência de um **processo individual de cuidados continuados** da pessoa em situação de dependência, do qual devem constar o registo de admissão, as informações da alta, o diagnóstico de necessidades, o plano individual de cuidados e o registo de avaliação semanal do plano de intervenção e eventual aferição do mesmo.

Relativamente à **avaliação**, no "Relatório geral das visitas a unidades de cuidados continuados – experiências piloto" (UMCCI, Maio 2006), refere-se **estar implementada a prática de avaliar o doente, tanto à entrada como à saída, de acordo com os critérios mínimos exigidos pela UMCCI**, bem como a utilização das escalas de avaliação da dependência física e instrumental preconizadas, sendo usados também outros instrumentos julgados úteis pelos profissionais. Segundo o mesmo, **a avaliação é multidisciplinar e encontra-se, na maioria das unidades, registada num processo único**.

No exercício do *focus group* identificou-se a necessidade de criar instrumentos de apoio à prática clínica e proceder à **definição consensualizada dos indicadores de avaliação** que permitam **gerar evidência** sobre a praxis na RNCCI. Deverão ainda, segundo a opinião dos participantes, ser aplicados **instrumentos homogéneos para a avaliação do grau de dependência do utente.** Carece-se de instrumentos para a avaliação cognitiva do utente e do desenvolvimento e implementação de um **sistema de registo que permita codificar os sintomas e os sinais**.

Quanto ao **plano individual de cuidados**, refere-se no mesmo relatório, que **nem sempre a multidisciplinaridade está patente**, **não sendo ainda este uma**

ferramenta organizada e revista com regularidade que inclua claramente o doente e cuidadores informais na sua elaboração, referindo-se **a necessidade de trabalhar mais na elaboração de planos de cuidados e na sua revisão com a periodicidade necessária** à situação clínica e social do doente **e que resultem de um trabalho interdisciplinar**. O **processo individual de cuidados** de cuidados necessita de melhoria nos registos tanto em quantidade como em qualidade.

Relativamente à **privacidade** na prestação dos cuidados, segundo o Relatório de visitas, existe a preocupação em assegurá-la tanto ao nível da prestação dos cuidados como na manutenção dos registos em local próprio. Já ao nível da **segurança do doente** refere-se no relatório a existência de "*um longo caminho a percorrer*".

No que se refere à **comunicação** nas visitas efectuadas identificou-se a:

- ✓ **inexistência de procedimentos** escritos e divulgados que uniformizem a **partilha de informação e a comunicação**: com o utente e seus familiares/cuidador; entre profissionais e instituições;
- ✓ indefinição de procedimentos para a comunicação com utentes com défices visuais, auditivos ou cognitivos, ou com pessoas de nacionalidade, etnia ou religião diferentes do padrão predominante no contexto português.

O **trabalho com as famílias/cuidadores** para a promoção do envolvimento efectivo no plano de cuidados e uma adequada compreensão do novo modelo foram identificados pelos participantes do *focus group* como aspectos a aprofundar na prestação de cuidados. Este trabalho deverá ser efectuado assim que o utente é proposto para ingresso na RNCCI ou mudança de tipologia, revelando-se especialmente importante nos casos de referenciação para as unidades de internamento com comparticipação do utente, constituindo o **consentimento informado** uma ferramenta chave neste âmbito.

1.8 - Regulamentação técnica e legislativa

Apresenta-se, no quadro seguinte, a relação da regulamentação técnica e legislativa produzida no âmbito da criação da RNCCI até à data de 31 de Maio de 2007.

Quadro n.º11. Regulamentação técnica e legislativa elaborada até 31 de Maio de 2007

Regulamentação técnica e legislativa
1. – Decreto-lei n.º100/2006, de 6 de Junho (publicado no *D.R. 1ª série, n.º 109, de 6 de Junho)* que define o regime de contratação de empreitadas de obras publicas e de aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados ao desenvolvimento das experiências piloto em execução.
2. – Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (publicado no *D.R. 1ª série, n.º 109, de 6 de Junho*), que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
3.- Despacho n.º 17516/2006, de 3 de Julho e Despacho n.º 1281/2007, de 1 de Dezembro (publicados no *D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro)* os quais definem o elenco das experiências piloto.
4.- Despacho n º 19040/2006, de 3 de Agosto (publicado no *D.R.*, *2ª série*, *nº 181 de 19 de Setembro de 2006)*, que define a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível regional e a nível local.
5.- Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro (publicada no *D.R., 1ª série , nº 181, de 19 de Setembro)* que define os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI.
6.- Despacho normativo n.º 12/2006, de 20 de Setembro (publicado no *D.R, 2ª série, n.º 197, de 12 de Outubro*) define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa, por utente, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social na unidade de média duração e longa duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
7.- Despacho normativo n.º 8854/2007, de 16 de Maio (publicado no *D.R., 2.ª série, n.º* de apoio aos encargos decorrentes da fase inicial de implementação das unidades de internamento.
8.- Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 9 de Novembro (publicada no *D.R, 1ª série,. n.º 241 de 18 de Dezembro*) que cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).
<u>Directivas Técnicas para as experiências piloto:</u>
1.- Directiva técnica n.º 1/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (critérios de referenciação de doentes);
2 - Directiva técnica n.º 2/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (manual de planeamento e gestão de altas);
3 - Directiva técnica n.º 3/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (fluxos de referência de utentes);
4 - Directiva técnica n.º 4/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (processo individual de cuidados);
5 - Directiva técnica n.º 5/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (guia prático para a elaboração do regulamento interno das equipas coordenadoras locais);
6. Directiva técnica n.º 6/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (modelos de declaração de consentimento informado).
7. Directiva Técnica n.º1 /UMCCI/2007, de 13 de Março (fluxos de referência de utentes – complementar à Directiva Técnica n.º3, de 28 de Novembro)

Quadro n.º11. Regulamentação técnica e legislativa (continuação)

Regulamentação técnica e legislativa *(continuação)*
Notas informativas para as experiências piloto: 1 – Nota informativa n.º 2/CNSPICSD/2006, de 23 de Novembro (nomeação dos elementos das equipas coordenadoras regionais da RNCCI); 2.- Nota informativa n.º 3/CNSPICSD/2006, de 23 de Novembro (nomeação dos elementos das equipas coordenadoras locais da RNCCI); 3. - Nota informativa n.º 4/CNSPICSD/2006, de 23 de Novembro (nomeação dos elementos equipas de gestão de altas da RNCCI); 4. - Nota informativa n.º 5/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro (recomendações para o uso de fármacos). 5. - Nota informativa n.º 1/UMCCI/2007, de 1 de Fevereiro (transporte de utentes no âmbito das experiências piloto da RNCCI); 6. - Nota informativa n.º 2/UMCCI/2007, de 1 de Fevereiro (pagamento dos cuidados de saúde no âmbito das experiências piloto a beneficiários de subsistemas de saúde).
Documentos Técnicos: **1.- Documento da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência sobre a prestação de cuidados de saúde nas unidades de Convalescença: Enquadramento das unidades de Convalescença na RNCCI. Setembro 2006.** **2.- Manual da Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde: Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados (Agosto 2006/Rev.2).** **3. - Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Harmonização em Cuidados Continuados Integrados: sobre o contexto organizacional de prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social no âmbito do modelo de CCI. Março 2007.** **4. - "Modelo para avaliação da qualidade das unidades de internamento e outras respostas de cuidados às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência", Instituto da Qualidade em Saúde.**

1.9 - O processo de acompanhamento e avaliação

1.9.1 - Acompanhamento directo das unidades (visitas da UMCCI e ECR)

O acompanhamento directo ao desenvolvimento da RNCCI tem-se realizado através de visitas a unidades, sessões e reuniões com as diferentes equipas de Coordenação Regional e equipas de Coordenação Local da RNCCI e reuniões com os prestadores.

Nesta fase inicial de implementação da RNCCI através de experiências piloto revela-se especialmente importante o acompanhamento da actividade das unidades e equipas através de visitas sob uma perspectiva de apoio e formação no sentido de melhorar os processos e resultados em consonância com os princípios estabelecidos no modelo de cuidados continuados. Este acompanhamento, realizado nesta fase, pela coordenação nacional e regional tem constituído um elemento chave na identificação dos problemas decorrentes da implementação do novo modelo, na busca das soluções mais idóneas e no suporte e apoio dos profissionais.

No *focus group* os participantes identificaram este acompanhamento próximo como um factor chave para o progresso do modelo nesta primeira fase e na consolidação de um modelo interactivo e de base participativa.

No futuro, será necessário desenvolver instrumentos que permitam homogeneizar os âmbitos de observação a contemplar nas visitas, que constituam modelos homogéneos para as mesmas tipologias de cuidados e possibilitem a medição dos resultados.

Por outro lado, no âmbito de um modelo tendencialmente descentralizado, as equipas de coordenação regional deverão progressivamente assumir maior protagonismo nesta actividade de avaliação resultados e na avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados nas unidades e equipas da RNCCI.

As visitas a unidades têm-se ainda revelado importantes, nesta fase inicial de desenvolvimento da RNCCI, na identificação de recursos potencialmente adaptáveis e com possibilidades de reconversão em recursos da RNCCI. Um dos exemplos deste trabalho de campo foram as visitas realizadas aos Hospitais de Nível 1 que, complementados com critérios de análise de produtividade e outros permitiram obter uma visão global das características e assim configurar-se como elementos de suporte à tomada de decisão para planeamento da RNCCI.

1.9.2. Acompanhamento da referenciação (Gestcare)

O **Gestcare** é uma aplicação que recolhe a informação social e clínica necessárias à referenciação dos doentes para as várias tipologias da RNCCI. Permite avaliar, de um modo directo:

- ✓ a origem da referenciação
- ✓ o intervalo de tempo entre a referenciação e a resposta
- ✓ o n.º de admissões nas várias unidades, por origem (EGA e ECL), por sexo, por idade, por patologia;
- ✓ o n.º de não admissões nas várias unidades, por causa de não admissão (inclui recusa do utente).

Durante o exercício do *focus group* identificou-se a necessidade de corrigir o suporte actual desta ferramenta já que existem dificuldades ao nível da partilha e transmissão de informação. Para além disso, os conteúdos deverão ser adaptados ás necessidades de informação das equipas de Gestão de Altas e das equipas de Coordenação Local.

1.9.3. Controlo administrativo dos contratos

Para apoiar o controlo administrativo dos contratos foi criado em Microsoft Excel, o aplicativo informático designado de **Controlo Administrativo dos Contratos (CADCON)**, o qual tem como objectivos específicos:

- ✓ Apoiar o desenvolvimento dos Planos de Implementação Regionais para a implementação da RNCCI através das experiências piloto 2006;
- ✓ Acompanhar e monitorizar o Plano de Implementação das experiências piloto 2006 e a execução dos contratos correspondentes.

Os objectivos operacionais **subjacentes são a produção de uma ferramenta que permita obter de forma automatizada as informações para efectuar a monitorização dos aspectos e conteúdos administrativos e económicos dos contratos.**

Ë um instrumento que está desenhado no sentido de permitir a sua utilização por parte da estrutura territorial bem como a integração de dados a nível central e permite:

- ✓ **Obter dados do ritmo e volume da extensão das experiências** quanto ao volume de camas e internamentos: conhecer, portanto, o ritmo (real) da

implementação do plano de implementação de 2006 para cada unidade, por tipologia de unidades e territórios (nível regional e distrital);

- ✓ **Obter dados sobre a execução de contratos** quanto ao volume de actividade apresentada, aprovada e liquidada, relativamente a todos os utentes do SNS. Conhecer, neste contexto:

    - A **evolução da actividade** gerada pelas diferentes unidades e o seu impacto económico, seja para cada unidade, tipologia de unidade ou território (região e distrito);
    - A **componente dos contratos já executada**, de acordo com os dados acumulados dos diferentes meses;
    - Obter **dados dos valores executados** em termos de obras e equipamentos, ou seja, conhecer os investimentos e sua evolução.

A ferramenta foi apresentada e distribuída às equipas de Coordenação Regional, acompanhada por um "Manual de utilizador do CADCOM" (UMCCI; Janeiro de 2007).

A utilização do aplicativo não foi sistemática e verificaram-se problemas ao nível do preenchimento e cumprimento dos prazos de entrega estipulados (mensal), o que dificultou o acompanhamento do ritmo de crescimento da RNCCI, da execução de contratos, da evolução da actividade e da componente financeira.

No *focus group* identificou-se a **necessidade de fortalecer a utilização da ferramenta ao nível das ECR.**

1.9.4. Registo de informação mensal

Para proceder ao acompanhamento, registo e monitorização dos resultados das actividades desenvolvidas nas unidades prestadoras, prevista em obrigação contratual através do envio mensal dos documentos dos anexos 4 e 5 dos contratos, constitui-se uma ferramenta de Registo de Informação Mensal (RIM) de modo a que a UMCCI dispusesse de um instrumento que possibilite a agregação da informação enviada por

cada um dos prestadores e, desta forma, emitir relatórios de cariz nacional sobre a capacidade instalada, limitações da rede e produção/actividade verificada.

A sua criação teve como objectivo, para além disso, introduzir na RNCCI um instrumento único, para prestadores e UMCCI, potenciando a integridade dos dados pela diminuição das introduções manuais de dados, da exclusiva responsabilidade dos prestadores.

A ferramenta foi desenvolvida em MS Access de forma a permitir o fácil acesso e utilização, eliminando dificuldades de instalação e utilização.

Os **objectivos operacionais** orientaram-se no sentido de produzir uma ferramenta que permitisse obter de forma tão automatizada quanto possível as informações/dados, geradas nas unidades e equipas que da RNCCI, relativas à actividade contratada. Estes dados são os que as equipas Coordenadoras Locais, Regionais e a UMCCI necessitam para efectuar o acompanhamento, monitorização e avaliação da actividade prestada em cada uma das unidades, estando o **pagamento mensal às unidades prestadoras** dependente da recepção destes dados e informações exigidos no clausulado dos diferentes modelos de contrato e nos seus anexos por parte da ARS, bem como da sua análise, conferência e autorização de pagamento.

De modo geral, a ferramenta foi concebida de forma a permitir:

- ✓ Registar os dados do resumo da actividade realizada nas unidades prestadoras, como as altas mensais, os diagnósticos principais e secundários, o resumo da actividade, a proveniência dos utentes, o motivo da alta, do destino dos utentes saídos e das causas de não admissão na unidade;
- ✓ Registar os dados que permitam o acompanhamento do funcionamento das unidades prestadoras, nomeadamente:
  - Dados do prestador (n.º contrato, designação, contactos, responsável, etc.);
  - Altas mensais;
  - Diagnósticos principais e secundários na admissão;
  - Índices de dependência (na admissão e alta) dos utentes;
  - Custos com pessoal, mercadorias e fornecimentos e serviços externos.

A unidade, temporal, base para o preenchimento, agregação e declaração de dados é o mês.

Após a concepção da ferramenta, procedeu-se à sua distribuição pelas unidades prestadoras da RNCCI, bem como à apresentação e treino na sua utilização aos níveis regional e central. Produziu-se e distribui-se um "Manual do utilizador do RIM" (UMCCI, Janeiro de 2007) para apoio à utilização do instrumento.

Imediatamente após a sua distribuição, detectaram-se problemas de ordem técnica no funcionamento da ferramenta e de utilização. Entretanto foi adoptada uma nova ferramenta, cujos conteúdos foram revistos no sentido da sua adequação aos dados e informações previstas nos anexos dos contratos.

Por outro lado, verificaram-se **incidências no processo de declaração** e que são fundamentalmente de dois tipos:

- ✓ **Heterogeneidade no formato dos aplicativos de registo** (utilização de diversos tipos de formatos de registo);
- ✓ **Incumprimento do processo de declaração,** através de três formas:
  - Não envio das declarações;
  - Envio das declarações fora dos prazos estipulados;
  - Envio acumulado de declarações de meses distintos.

Estas incidências revelam a necessidade de **avançar na melhoria e preenchimento sistemático, envio e integração dos dados, assim como na revisão dos conteúdos dos parâmetros actualmente previstos** no sentido de:

- ✓ Reforçar o rigor no preenchimento dos registos mensais de declaração para melhorar a consistência dos dados;
- ✓ Melhorar o cumprimento dos prazos de envio dos registos por parte das entidades prestadoras da RNCCI;
- ✓ Promover um preenchimento completo dos diferentes campos do registo;
- ✓ Rever e melhorar os actuais campos e parâmetros de registo;
- ✓ Rever o actual procedimento de envio dos dados;
- ✓ Reforçar a necessidade de trabalhar com um modelo único de formulário que facilite a integração dos dados das diferentes entidades e territórios;

- ✓ Realizar formação para assegurar e esclarecer a natureza dos dados a declarar.

No exercício de *focus group* os participantes identificaram como elementos a melhorar a solução do peso actual das aplicações, facilitando o envio dos dados, a ampliação dos campos incluídos para melhorar a monitorização dos contratos e a divulgação periódica dos dados declarados.

1.10 - Resumo

O **ano 2006 marca a criação da RNCCI e a implementação das experiências piloto** que permitem testar o modelo e apresentar propostas para a sua adequação e consolidação no futuro. Entre 2005 e 2006, foram realizados progressos em diversos âmbitos (coordenação, planeamento, financiamento, prática assistencial) os quais, naturalmente, foram acompanhados por dificuldades que tentamos expor no presente relatório, apresentando as propostas de melhoria correspondentes.

Em 2006 estabeleceram-se as bases técnicas e operativas que permitiram o seu desenvolvimento e garantirão a sustentabilidade de um modelo que introduz lógicas inovadoras através da:

- ✓ **adopção da lógica da contratualização** de serviços (uso de modelos de contratos homogéneos para cada uma das tipologias da RNCCI);
- ✓ **descentralização das responsabilidades** a nível territorial;
- ✓ da **elaboração de planos anuais de implementação** e respectiva orçamentação sob proposta intersectorial e de nível regional e local à apreciação da entidade coordenadora nacional;
- ✓ a **definição de preços diferenciados por tipologia de cuidados**;
- ✓ a introdução de **instrumentos de gestão e prática clínica homogéneos**;
- ✓ a **composição multidisciplinar dos recursos humanos**;
- ✓ a **articulação com as redes de apoio social e de cuidados de saúde**;
- ✓ a **diversificação de parceiros**.

Pese às qualidades intrínsecas do modelo definido, poder-se-ia afirmar que **uma das bases mais sólidas é o carácter progressivo da sua implementação**, no qual a articulação e o consenso criam as bases para uma implementação paulatina e que é acompanhada, não adiantada, pelos instrumentos necessários à sua sustentabilidade e desenvolvimento.

Assim, durante o final do ano de 2005 e o ano de 2006 foi elaborada legislação e regulamentação e foi efectuada a articulação e atingido o consenso necessário à:

- ✓ **criação da RNCCI**;

- ✓ **criação da estrutura para a coordenação e controlo nacional do desenvolvimento da RNCCI**;

- ✓ **análise da capacidade de adequação das respostas actuais para unidades de internamento da RNCCI;**

- ✓ **definição do elenco das experiências piloto (plano de implementação e respectiva orçamentação)** e sua **implementação**;

- ✓ **elaboração dos instrumentos de contratualização;**

- ✓ **definição dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social** prestados no âmbito das experiências piloto bem como dos termos e das **condições em que a segurança social comparticipa, por utente, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social** na unidade de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção;

- ✓ **criação e implementação dos instrumentos de apoio à coordenação e articulação;**

- ✓ **definição dos instrumentos de apoio à prática clínica;**

- ✓ **o enquadramento para a constituição, organização e as condições de** funcionamento das **equipas que asseguram a coordenação da RNCCI** a nível regional e a nível local;

- ✓ a **elaboração de directivas técnicas** relativas à definição:
  - dos critérios de referenciação dos utentes;
  - dos fluxos de referência dos utentes;
  - dos processos de planeamento e gestão de altas;
  - do processo individual de cuidados;
  - do regulamento interno das equipas de Coordenação Local;
  - do modelo para o consentimento informado dos utentes;

- ✓ a elaboração de **notas informativas** relativas à:
  - nomeação dos elementos das equipas de Coordenação Local, Regional e de Gestão de Altas;

- recomendações para o uso de fármacos;
- pagamento dos cuidados de saúde no âmbito das experiências piloto a beneficiários de subsistemas de saúde;

✓ a **elaboração de orientações técnicas relativas à prática clínica e às condições das instalações e equipamentos da RNCCI;**

✓ o **desenvolvimento de programas formativos em função das necessidades específicas de formação em cuidados continuados e paliativos;**

✓ o **desenvolvimento de novas categorias profissionais para a RNCCI;**

✓ **comunicação estratégica da RNCCI.**

Não obstante, foram identificadas áreas de melhoria ao nível:

✓ **da contratualização:** introdução de incentivos nos contratos e sistema de pagamento que estimulem a eficácia e a qualidade das unidades e equipas da RNCCI;

✓ **financiamento:** rever os preços provisórios das experiências piloto, sobretudo nas unidades de internamento de Longa Duração e Manutenção;

✓ **Complemento de pagamento:** para medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material clínico para tratamento de feridas

✓ **comparticipação**:
- necessidade de desenvolver acções de esclarecimento e sensibilização da família;
- criação e implementação de instrumentos homogéneos de cálculo;
- realizar o estudo de aproximação das possibilidades económicas familiares antes do utente chegar às tipologias mistas de cuidados de internamento da RNCCI;

✓ **admissão e referenciação**:

- Uniformizar os formulários de pedido de admissão e referenciação na RNCCI;
- Desenvolver (esclarecer) os critérios de admissão e homogeneizar a sua interpretação entre as equipas. Fomentar a articulação entre as tipologias de cuidados de uma mesma área de abrangência e aumentar a área de abrangência das ECL de modo a ter maior capacidade de actuação tendo pelo menos uma rede completa (distrital) de respostas de cada tipologia. Neste sentido, completar com a dedicação a tempo completo dos profissionais. O número de profissionais deverá rever-se segundo a actividade previsível;
- Agilizar a mobilidade dos utentes dentro da RNCCI;
- Elaborar um *manual de procedimentos*, uniforme e de flexível adaptado a cada área, contemplando:
  - A mobilidade dos utentes dentro da RNCCI e a referenciação entre as diversas tipologias de cuidados;
  - O estabelecimento de um mecanismo de reserva de camas para internamento preferencial em caso de agudização de doentes internados na RNCCI;
  - A pré-comunicação da referenciação do utente;
  - a referenciação no caso de utentes com residência em áreas fronteiriças tendo em conta as circunstâncias territoriais e a oferta da RNCCI em cada momento;
- Aplicar o mesmo circuito e rigor nas referenciações para unidades de internamento que nas referenciações para cuidados domiciliários;
- Melhorar os aspectos relativos à componente social na referenciação dos utentes;
- Implementar a comunicação via e-mail entre as EGA, Centro de Saúde e ECL, com a introdução de códigos de acesso para garantir a confidencialidade dos dados e informações;
- Introdução da figura de *gestor do utente*, que deverá ter um papel fundamental no circuito de referenciação e no planeamento da alta. Considera-se que deveriam ser os profissionais das ECL a desenvolver este papel;

✓ **Planeamento da alta:**

- Iniciar a partir do momento que o utente com necessidade de cuidados continuados é admitido num nível assistencial;

- ✓ **Composição das equipas de gestão de altas:** ajustar à magnitude e volume de altas de cada hospital;

- ✓ **Organização das equipas de coordenação local:** clarificar o processo de substituição de profissionais nas ECL (feriados, baixas, etc.); progredir na elaboração do regulamento interno;

- ✓ **Qualidade**:
  - Elaboração de planos de controlo de infecção e formação dos profissionais;

- ✓ **Instrumentos**:

  Configurar um sistema de informação integrado, robusto e partilhado (que permita a transferência de informação evitando duplicações entre níveis e agentes); que gere indicadores e informação para os diferentes níveis e agentes da RNCCI (nível central, regional, local, prestadores e unidades e equipas) e que possa ser partilhado pelos diferentes níveis de cuidados do SNS (Hospital – EGA, EISCP; Centro de Saúde – USF, UCC-ECCI)
  - Diferenciar:
    - Instrumentos para a avaliação da quantidade e qualidade dos cuidados prestados (controlo de gestão dos prestadores);
    - Instrumentos para avaliação dos fluxos de utentes da RNCCI;
    - Instrumentos para avaliar as necessidades dos utentes;
    - Instrumentos para avaliar o trabalho com os utentes (avaliação dos resultados da aplicação dos planos de cuidados individuais)
  - Identificar as necessidades básicas de informação e partilha para avaliar e realizar o acompanhamento nos diferentes âmbitos assinalados das necessidades para realizar e desenvolver estudos específicos e investigação;
  - Adoptar instrumentos de fácil utilização, consensualizados, com amplo consenso internacional, e validados em Portugal;
  - Acordar e consensualizar:
    - O cumprimento dos prazos mensais de declaração, segundo o previsto nos acordos celebrados;

- Um modelo homogéneo de declaração para todas as entidades prestadoras, que recolha a toda informação prevista nos anexos 4 e 5 dos acordos celebrados.

2 - O processo de implementação das novas tipologias de cuidados

A implementação da RNCCI, criada por Decreto-Lei n.º101/ 2006 de 06 de Junho (publicado no *D.R., 1ª série, n.º 190 de 06 de Junho de 2006*), é realizada de forma progressiva e concretiza-se, no primeiro ano de vigência, através de experiências piloto, definidas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Despacho n.º17516/2006, de 3 de Julho e Despacho n.º1281/2007, de 1 de Dezembro (publicados no *D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro*).

As experiências piloto definidas para o primeiro ano de vigência da RNCCI, englobam todas as tipologias de cuidados da RNCCI à excepção da tipologia de ambulatório: Unidade de Dia e Promoção da Autonomia.

2.1 - Experiências piloto implementadas

2.1.1. Tipologias de internamento

A **implementação das experiências piloto para as tipologias de internamento** (Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção e Cuidados Paliativos), efectuou-se a partir da **celebração de acordos** entre cada uma das entidades prestadoras da RNCCI e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) da área territorial correspondente. Este processo iniciou-se em Outubro de 2006 e estendeu-se ao longo do primeiro semestre de 2007.

No quadro seguinte pode observar-se o **n.º de acordos celebrados entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Abril de 2007, bem como o n.º de camas contratadas**, segundo dados fornecidos à UMCCI pelas Equipas de Coordenação Regional (01.05.07).

Quadro n.º12. Número de acordos celebrados e número de camas contratadas, por tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007)

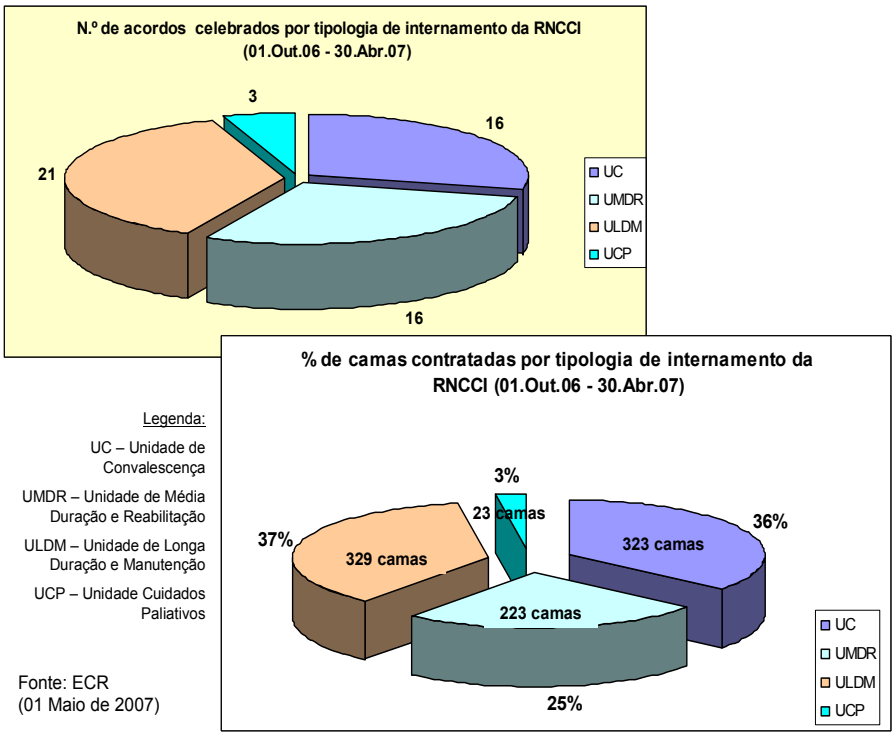
N.º de acordos celebrados e n.º de camas contratadas, por tipologia de internamento da RNCCI (01 Outubro 2006 a 30 de Abril de 2007)					
	Tipologia de Internamento				
Indicadores	**Unidade de Convalescença**	**Unidade de Média Duração e Reabilitação**	**Unidade de Longa Duração e Manutenção**	**Unidade de Cuidados Paliativos**	**TOTAL**
N.º de acordos celebrados	16 *	16	21	3 *	**56**
N.º de camas contratadas	323 *	223	329	23 *	**898**

* À data de conclusão do presente relatório, foi celebrado acordo com o Hospital do **Arcebispo** João Crisóstomo, em Cantanhede, para a tipologia de internamento de Convalescença (36 camas), tendo já entrado em funcionamento.

** À data de conclusão do presente relatório, foi celebrado acordo com o Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, E.P.E., no Porto, para unidade de internamento de Cuidados Paliativos, a qual entrou em funcionamento com um total de 20 camas.

Fonte: Equipas de Coordenação Regional (01.05.07)

Gráfico n.º 1. Distribuição dos acordos celebrados, número e percentagem de camas contratadas, por tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007)



Legenda:

UC – Unidade de Convalescença

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

Fonte: ECR
(01 Maio de 2007)

O número total de acordos celebrados até 30 de Abril de 2007 é de 56, dos quais:

- ✓ **21** da tipologia de internamento de **Longa Duração e Manutenção**;
- ✓ **16** da tipologia de **Convalescença** e da tipologia de **Média Duração e Reabilitação**;
- ✓ **3** da tipologia **Cuidados Paliativos**.

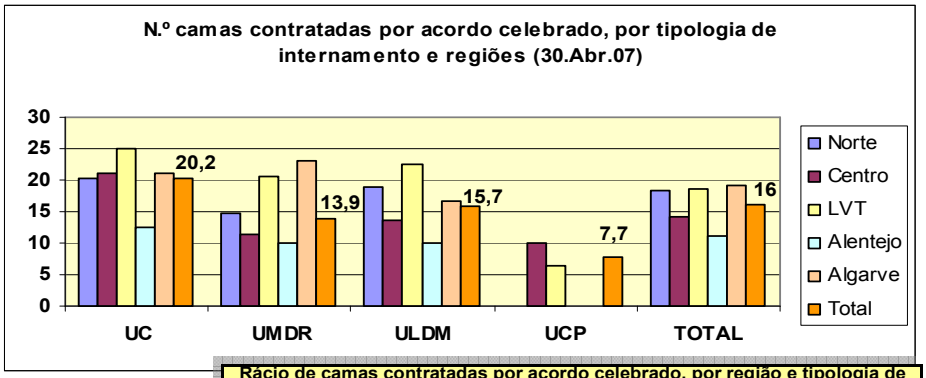
Os 56 acordos celebrados supõem a **contratação de um total de 898 camas** até 30 de Abril de 2007, das quais:

- ✓ **329** da tipologia de internamento de **Longa Duração e Manutenção**, o que representa 37% das camas contratadas;
- ✓ **323** da tipologia de **Convalescença**, o que supõe 36% do total de camas contratadas;

- ✓ **223** da tipologia de **Média Duração e Reabilitação** (25% das camas contratadas);
- ✓ **23** da tipologia **Cuidados Paliativos** (3% do total de camas contratadas).

À data de conclusão do presente relatório, foi celebrado acordo com o Hospital do Arcebispo João Crisóstomo, em Cantanhede, para a tipologia de internamento de Convalescença (36 camas), tendo já dado entrada em funcionamento. Foi ainda celebrado acordo com o Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, E.P.E., no Porto para implementação de uma unidade de Cuidados Paliativos, tendo a unidade já entrado em funcionamento, com um total de 20 camas. Assim, o total de camas contratadas é de 954.

Figura n.º 5. Rácio de camas contratadas por acordo celebrado, por região e tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007)



Legenda:

UC – Unidade de Convalescença

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

Fonte: ECR (01 Maio de 2007)

Rácio de camas contratadas por acordo celebrado, por região e tipologia de internamento da RNCCI (30.Abr.07)

Região	UC	UMDR	ULDM	UCP	TOTAL
Norte	20,2	14,8	19	-	**18,2**
Centro	21	11,4	13,5	10	**14,3**
LVT	25	20,5	22,5	6,5	**18,6**
Alentejo	12,5	10	10	-	**11**
Algarve	21	23	16,7	-	**19,2**
Total	**20,2**	**13,9**	**15,7**	**7,7**	**16**

O número médio de camas contratadas por acordo celebrado é, no total das tipologias de internamento, de 16 camas (ver figura n.º 5). **A tipologia de internamento com o maior número de camas por acordo é a de Convalescença**

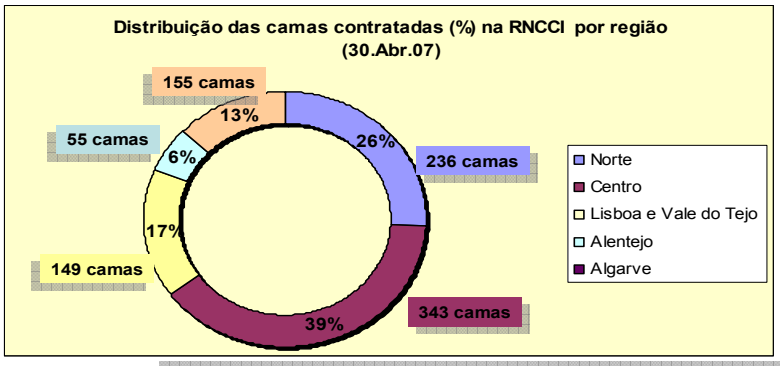
(média de 20,2 camas por acordo no continente do país) e, **a mais baixa, Cuidados Paliativos, com uma média de 7,7 camas por acordo no total continental.**

Por regiões, observa-se que **a região do Algarve apresenta o maior rácio de camas por contrato celebrado (19,2 camas) e, o menor rácio encontra-se na região do Alentejo, com uma média de 11 camas por acordo celebrado.**

O número médio de camas por acordo celebrado é um factor a contemplar no planeamento territorial dos recursos de internamento da RNCCI por questões de eficiência e qualidade nos cuidados prestados e sustentabilidade financeira do modelo.

Relativamente à **capacidade contratada por regiões** (ver figura n.º 6), a do **Centro é a que acumula o maior n.º de camas contratadas (39% do total)**, seguida da região Norte (26%), de Lisboa e Vale do Tejo (17%); do Algarve (13%) e Alentejo (6%).

Figura n.º 6. Distribuição (em % e n.º) das camas contratadas da RNCCI, por região e tipologia de internamento (30 de Abril de 2007)



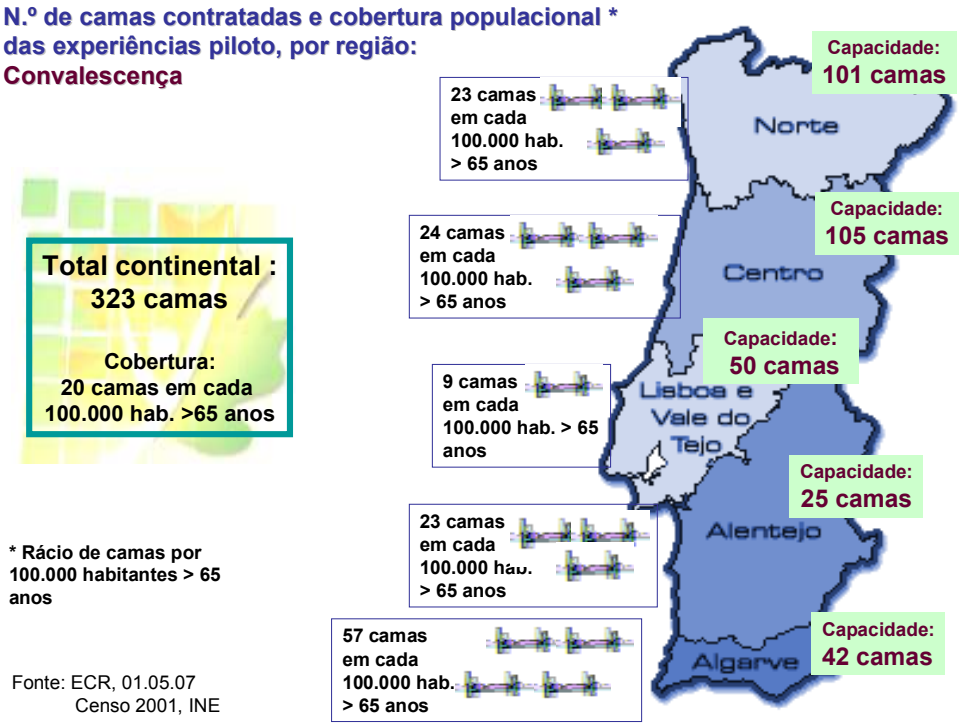
N.º de camas contratadas, por tipologia de internamento da RNCCI (01.Out.06 – 30.04.07)

Região	Tipologia de internamento (N.º camas contratadas)				TOTAL	%
	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos		
Norte	101	59	76	0	**236**	26,3%
Centro	105	80	148	10	**343**	38,2%
Lisboa VT	50	41	45	13	**149**	16,6%
Alentejo	25	20	10	0	**55**	6,1%
Algarve	42	23	50	0	**115**	12,8%
Total	**323**	**223**	**329**	**23**	**898**	**100,00%**

Fonte: ECR (01 Maio de 2007)

Nas figuras que se seguem, pode observar-se o impacto da implementação das experiências piloto das tipologias de internamento ao nível da cobertura da população de cada âmbito regional.

Mapa n.º 1. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 Abril de 2007, por região na tipologia de internamento de Convalescença



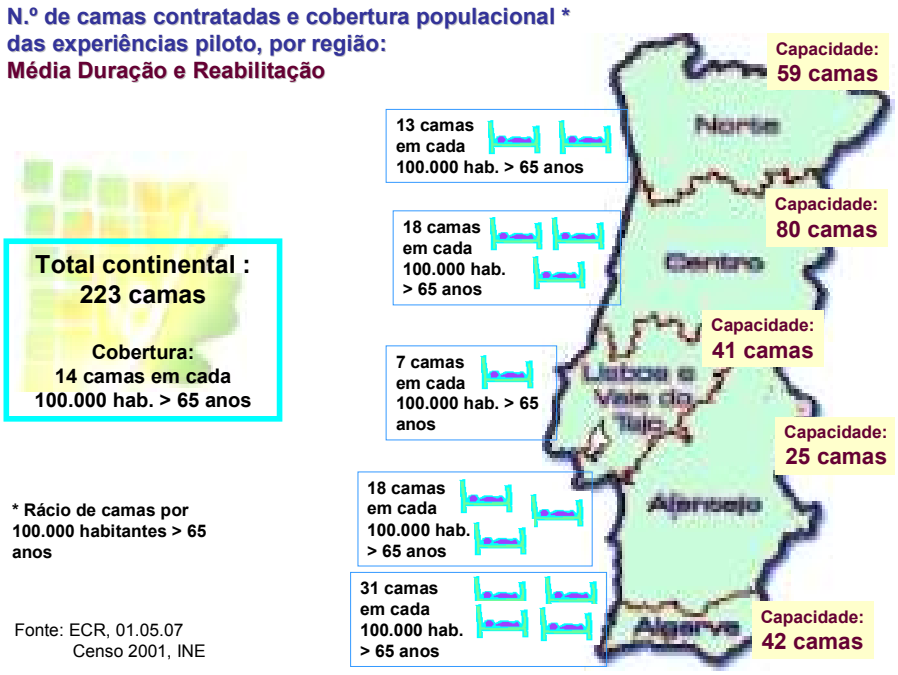
A implementação das experiências piloto da tipologia de internamento de Convalescença (experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007) possibilitou **a existência de 20 camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos** (ECR, 01.05.07).

Não obstante, apresentam-se variações exclusão entre as regiões do continente de Portugal, com a região de Lisboa e Vale do Tejo a apresentar o menor rácio de camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos (9 camas) e o Algarve a apresentar a maior proporção (57 camas).

As 57 camas por 100.000 habitantes idosos existentes no Algarve na tipologia de internamento de Convalescença aproximam a região da **meta estabelecida para o final da Fase 1 de Implementação da RNCCI, prevista para 2008 e com um rácio estipulado de 60 camas por 100.000 habitantes idosos. Neste ano, o total de camas de cuidados de Convalescença** que deverão estar implementadas em todo o continente do país é de **977 camas.** Por sua vez, **no final da segunda fase da RNCCI (prevista para 2012), deverão existir um total de 120 camas desta tipologia por 100.000 habitantes idosos** (o que significa 1.954 camas em todo o país segundo dados do Censo 2001, INE).

Finalmente, a RNCCI **deverá estar plenamente desenvolvida em 2016, o que significa, no caso da tipologia de Convalescença, a existência de 180 camas por 100.000 habitantes idosos** segundo os rácios definidos pela UMCCI. Desta forma, prevê-se a existência, na data, de um total de **2.931 camas contratadas** (segundo as previsões realizadas com base nos dados populacionais oriundos do Censo de 2001, INE).

Mapa n.º 2. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007, por região na tipologia de internamento de Média Duração e Reabilitação



A **implementação das experiências piloto da tipologia de Média Duração e Reabilitação** entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Abril de 2007 permitiu atingir o valor de **14 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos.**

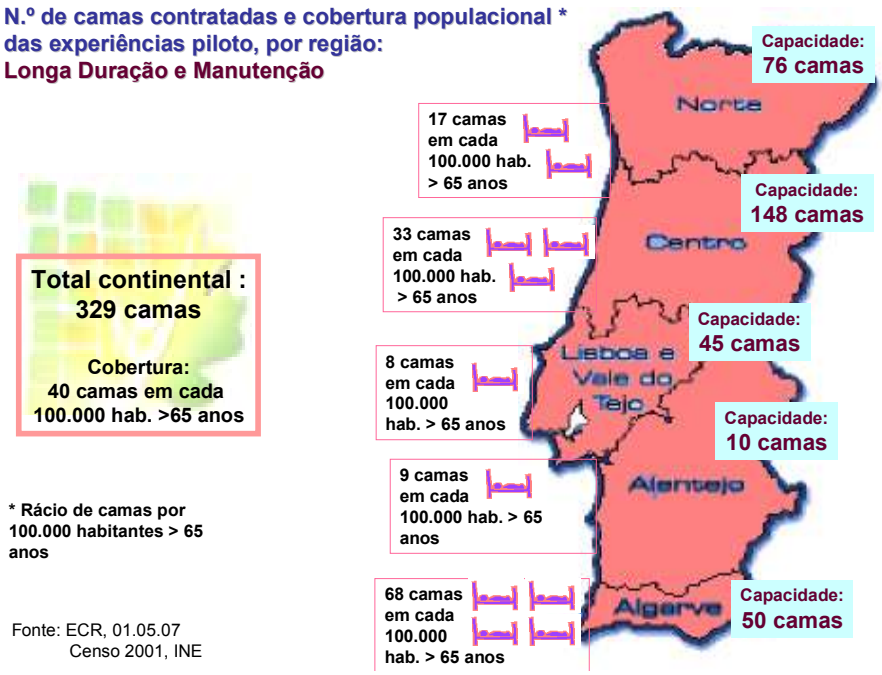
De novo, as regiões com maior e menor rácio são, respectivamente, Algarve e Lisboa e Vale do Tejo. Assim, a região do Algarve apresenta o maior rácio, com 31 camas da tipologia de Média Duração e Reabilitação por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos e, a região de Lisboa e Vale do Tejo, com 7 camas.

A **meta estabelecida quanto a rácio de camas da tipologia de Média Duração e Reabilitação para o final da fase 1 de desenvolvimento da RNCCI**, prevista para 2008, é a existência de **70 camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos**, o que se deverá traduzir na existência de um total de 1.139 camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos.

Já no **final da segunda fase de implementação da RNCCI, prevê-se a existência de 130 camas por cada 100.000 idosos**, o que equivale à existência de 2.117 camas desta tipologia em todo o território continental.

A tipologia de Média Duração e Reabilitação deverá estar plenamente desenvolvida, **no final da terceira fase da RNCCI; com a existência de 200 camas por 100.000 idosos**, o que significa um total de 3.257 camas desta tipologia em todo o território continental, segundo dados do Censo de 2001, INE.

Mapa n.º 3. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007, por região na tipologia de internamento de Longa Duração e Manutenção



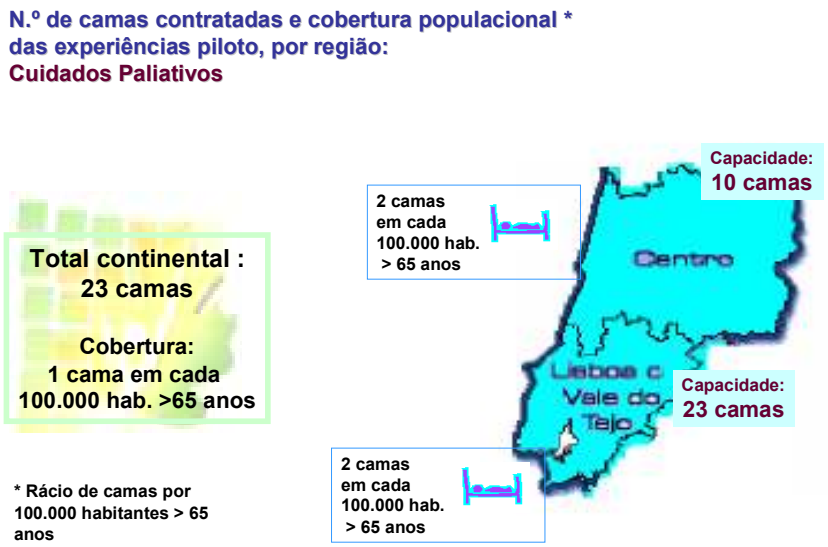
O número total de camas contratadas até 30 de Abril de 2007 da tipologia de internamento **Longa Duração e Manutenção** é de 329 camas, o que se traduz numa **cobertura de 40 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos**, segundo dados do Censo 2001 (INE).

A região com maior número de camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos é a do Algarve, com 68 camas. As regiões com a menor cobertura (menos de 9 camas por 100.000 habitantes idosos) são as do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo.

A meta definida pela UMCCI para o **final da primeira fase de desenvolvimento da RNCCI** prevê a **existência de 167 camas por cada 100.000 idosos**, o que se traduzirá na existência de 2.720 camas no território continental. **Em 2012, final da segunda fase de implementação da RNCCI; o rácio previsto é de 330 camas por cada 100.000 habitantes** com idade igual ou superior a 65 anos (5.374 camas no

território continental) e, de **500 camas por cada 100.000 habitantes idosos (8.143 camas) no final da implementação da RNCCI; prevista para o ano 2016.**

Mapa n.º 4. Número de camas contratadas e cobertura populacional das experiências piloto desenvolvidas até 30 de Abril de 2007, por região: Cuidados Paliativos



Fonte: ECR, 01.05.07
Censo 2001, INE

O n.º de camas contratadas em todo o território continental até 30 de Abril de 2007 da tipologia Cuidados Paliativos é de 23, o que significa a existência de **1 cama desta tipologia de cuidados por cada 100.000 habitantes idosos.** As regiões em que esta tipologia de cuidados foi desenvolvida foram Lisboa e Vale do Tejo e Centro, ambas com uma cobertura de 2 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos.

A fase 1 da RNCCI deverá colmatar com a existência de 20 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos (326 camas em todo o território continental). A **segunda fase deverá finalizar com a existência em todo o território continental de um total de 651 camas desta tipologia** (40 em cada 100.000 habitantes idosos) e, finalmente, a **RNCCI deverá estar completa para esta tipologia de cuidados com um total de 977 camas em Portugal Continental** (60 camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos).

2.1.2. Equipas

A **prestação de cuidados na RNCCI é ainda assegurada por equipas**:

- **hospitalares** (equipas de Gestão de Altas e equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos) e;
- **domiciliárias** (equipas de Cuidados Continuados Integrados e equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos).

Por sua vez, a **coordenação regional e local é ainda assegurada por equipas**, respectivamente, **de Coordenação Regional e de Coordenação Local**.

No quadro apresentado em seguida pode-se observar **o número de equipas de prestação de cuidados e de coordenação constituídas** no período compreendido entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Junho de 2007.

Quadro n.º13. Número de equipas da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Junho de 2007)

N.º de equipas constituídas entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Junho de 2007						
Região	**Prestação de cuidados**				**Coordenação**	
	Equipas hospitalares		**Equipas domiciliárias**		**Regional**	**Local**
	EGA	**EISCP**	**ECSCP**	**ECCI**	**ECR**	**ECL**
Norte	20	1	0	0	1	29
Centro	17	1	0	83	1	21
Lisboa e Vale do Tejo	21	4	1	6	1	20
Alentejo	5 (*)	0	0	43	1	43
Algarve	2	0	0	6	1	2
Total	**65**	**6**	**1**	**138**	**5**	**115**

*** No Alentejo existem 2 EGA na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano(H. de Portalegre e H. de Elvas)**

Fonte: ECR/ UMCCI (11.07.07)

Legenda:
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EISCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECR – Equipa de Coordenação Regional
ECL – Equipa de Coordenação Local

Quadro n.º14. Cobertura populacional das equipas hospitalares e domiciliárias da RNCCI constituídas até 30 de Junho de 2007

TIPOLOGIA DE CUIDADOS	DADOS DE IMPLEMENTAÇÃO	NORTE	CENTRO	LISBOA E VALE DO TEJO	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL	Metas Fase 1 de Implementação 2006 - 2008	Metas Fase 2 de Implementação 2009- 2012	Metas Fase 3 de Implementação 2013 - 2016
EGA	N.º equipas constituídas	20	17	21	5	2	**65**	**meta 2008: 100% dos hospitais**	**meta 2012: 100% dos hospitais**	**meta 2016: 100% dos hospitais**
	% hospitais (gerais e de nível I e oncológicos) com EGA	95,2%	65,4%	95,5%	100,0%	100,0%	**90,3%**			
EISCP	N.º equipas constituídas	1	1	4	*	0	**6**	**39 equipas** (meta 2008:	**39 equipas** (meta 2012:	**39 equipas** (meta 2016:
ECSCP	N.º equipas constituídas	0	0	1	0	0	**1**	**66 equipas** (meta 2008: 1 por cada 150.00 habitantes)	**66 equipas** (meta 2012: 1 por cada 150.00 habitantes)	**66 equipas** (meta 2016: 1 por cada 150.00 habitantes)
	N.º habitantes abrangidos	0	0	100.816 (>65 anos: 11.956 hab.)	0	0	**100.816**			
ECCI	N.º equipas reforçadas	0	83	6	43	6	**138**	**363 Centros de Saúde** meta 2008: 100 % de centros de saúde	**363 Centros de Saúde** meta 2012: 100 % de centros de saúde	**363 Centros de Saúde** meta 2016: 100 % de centros de saúde
	% centros de saúde abrangidos	0%	76%	7%	100%	38%	**38%**			

Fonte: ECR/ UMCCI (11.07.07)

Legenda:
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EISCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliatiavos
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

A constituição de **65 equipas de Gestão de Altas até à data de 30 de Junho de 2007** traduz-se **na cobertura de 90,3% dos hospitais (gerais, oncológicos e de nível 1) públicos existentes no território continental.** O objectivo para o final da fase 1 de implementação da RNCCI é que todos os hospitais disponham deste recurso.

Até **30 de Junho de 2007 foram constituídas 6 equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos**: 4 na região de Lisboa e Vale do Tejo (Hospital de Santa Maria EPE, Hospital Pulido Valente EPE, IPO, FG e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE); 1 na região Centro (Hospital do Fundão) e outra na região Norte (Hospital de São João). Nas regiões do Alentejo e do Algarve não foram constituídas quaisquer experiências piloto desta tipologia, embora no Alentejo (segundo informações da ECR do Alentejo) esteja prevista a entrada em funcionamento no mês de Julho de 2007 de 3 equipas de Suporte em Cuidados Paliativos que serão de tipologia mista (intra-hospitalar e comunitária).

No ano de 2008, a meta estabelecida pela UMCCI é a existência de 1 equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados paliativos por cada 250.000 habitantes, mantendo-se este rácio como referência ao longo de todo o desenvolvimento da RNCCI.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo foi constituída a única **equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos** implementada até 30 de Junho de 2007, cobrindo um total de 100.816 habitantes.

A cobertura definida para a tipologia de cuidados equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos é de 1 habitante por 150.000 e prevê-se que em 2008, ano em que se concluirá a primeira fase de implementação da RNCCI, esta meta já terá sido alcançada.

Finalmente, **foram reforçadas um total de 138 equipas de Cuidados Continuados Integrados dos centros de saúde:** no Alentejo foram reforçadas as equipas de todos os centros de saúde, atingindo-se uma cobertura de 100%; na região Centro foram reforçadas 76% das equipas dos centros de saúde; em Lisboa e Vale do Tejo 7% e, no Algarve, 38%. A nível nacional 49% das equipas dos Centros de Saúde foram reforçadas. A meta estabelecida para 2008 é o reforço de 100% das equipas dos centros de saúde existentes no território continental, pelo que os esforços a desenvolver a curto prazo se centrarão nas regiões que não atingiram este ano 50% dos centros de saúde existentes na sua área de referência com equipas reforçadas: regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

Deve-se referir que **não está disponível informação documentada de actividades das equipas prestadoras, à excepção do Algarve no caso das equipas de cuidados continuados integrados.**

2.1.3 Visão distrital

O desenvolvimento de acções mais próximas para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas e/ou em situação de dependência, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial é um dos objectivos definidos no Plano Nacional de Saúde (Plano Nacional de Saúde 2004-2010, DGS).

Em consonância com este objectivo, a RNCCI é composta por *unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da Segurança Social, a Rede Solidária e as autarquias locais* (Decreto-Lei n.º101/ 2006 de 06 de Junho, publicado no *D.R., 1ª*

série, n.º 190 de 06 de Junho de 2006). A criação de redes locais de cuidados é assim, um dos objectivos a perseguir no processo de planeamento e desenvolvimento da RNCCI.

Neste sentido, apresenta-se neste capítulo a visão distrital do processo de implementação das experiências piloto efectuado entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Abril de 2007 (no caso das unidades de internamento) e até 30 de Junho de 2007 (no caso das equipas de RNCCI), em cada uma das regiões do território continental, tentando-se assim fornecer um retrato territorial da implementação da RNCCI e contribuir para a identificação das necessidades futuras de desenvolvimento local de respostas. Os dados relativos ao número de equipas prestadoras constituídas neste período provêm dos dados declarados pelas equipas de Coordenação Regional (11.07.07). À excepção da região do Algarve, não estão disponíveis dados de actividade das equipas prestadoras da RNCCI.

Neste primeiro ano de desenvolvimento da RNCCI, naturalmente existirão grandes diferenças territoriais na implementação de respostas, as quais deverão ser equacionadas num futuro próximo, ajustando-se paulatinamente o equilíbrio territorial na distribuição das respostas com base nas necessidades existentes.

Nas figuras que se seguem apresenta-se a visão distrital das respostas da RNCCI constituídas até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e até 30 de Junho de 2007 (equipas) em cada região de Portugal Continental.

Mapa n.º 5. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Norte até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e até 30 de Junho de 2007 (equipas)

Fonte: ECR: Unidades de Internamento (01.05.07)/ Equipas (11.07.07)

Na região Norte foram implementadas até 30 de Junho de 2007 equipas de Gestão de Altas em todos os distritos, totalizando, a nível regional, 20 equipas.

No Hospital de São João foi constituída e entrou em funcionamento uma equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Relativamente às unidades de internamento, desenvolveram-se até 30 de Abril de 2007 as tipologias de internamento de Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção mas não em todos os distritos. Assim, os distritos do Porto e Braga apresentam as três tipologias enquanto que o distrito de Vila Real apresenta duas (Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) e, o de Viana do Castelo, uma (Longa Duração e Manutenção). O distrito de Bragança carece de tipologias de internamento da RNCCI. Por outro lado, nenhum dos distritos apresenta respostas de internamento para Cuidados Paliativos.

Assim, face à perspectiva da criação de mini-redes locais com várias tipologias de respostas, detecta-se a necessidade a curto-prazo do desenvolvimento de:

- ✓ Respostas de internamento no distrito de Bragança (todas as tipologias), de Vila Real (tipologia de Convalescença) e Viana do Castelo (tipologia de Convalescença e Média Duração e Reabilitação);
- ✓ Respostas em Cuidados Paliativos: unidades de internamento e equipas de suporte (comunitárias e intra-hospitalares);
- ✓ Respostas de ambulatório: Unidades de Dia e Promoção da Autonomia;
- ✓ Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Mapa n.º 6. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Centro até 30 de Abril de 2007(unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas)

Fonte: ECR: Unidades de Internamento (01.05.07)/ Equipas (11.07.07)

Na região Centro, todos os distritos possuem unidades de internamento das tipologias de Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção à excepção dos distrito de Leiria (sem tipologias de internamento da RNCCI). O distrito de Castelo Branco conta ainda com uma unidade de Cuidados Paliativos.

Em todos os distritos foram constituídas até 30 de Junho de 2007 equipas de Gestão de Altas (no total, 17 equipas) e, no total regional, foram reforçadas 83 equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECR, 11.07.07).

Finalmente, a região Centro conta ainda com uma equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (Hospital do Fundão).

Assim, parece necessário o desenvolvimento na região Centro de:

- ✓ Respostas de internamento da RNCCI (todas as tipologias), no distrito de Leiria;
- ✓ Respostas de ambulatório: Unidades de Dia e Promoção da Autonomia;
- ✓ Respostas em cuidados paliativos: equipas (comunitárias e intra-hospitalares) e unidades de internamento;
- ✓ Reforço de equipas Cuidados Continuados Integrados.

Mapa n.º 7. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Lisboa e Vale do Tejo até 30 de Abril de 2007(unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas)

Fonte: ECR: Unidades de Internamento (01.05.07)/ Equipas (11.07.07)

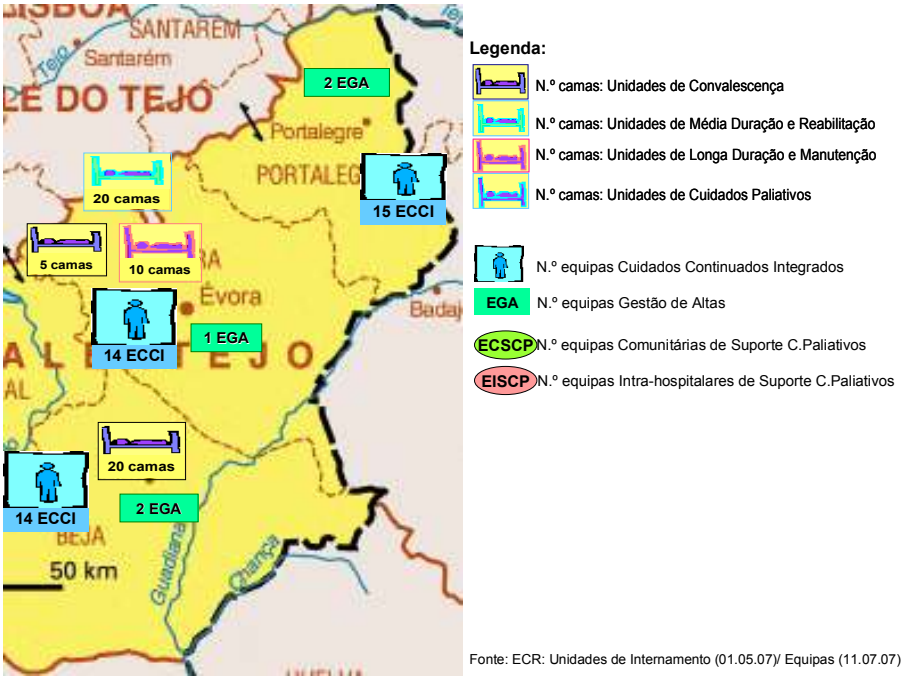
Na região de Lisboa e Vale do Tejo foram desenvolvidas, até 30 de Junho de 2007, todas as tipologias de cuidados da RNCCI no distrito de Lisboa à excepção da tipologia de ambulatório Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (tipologia não contemplada em nenhum dos planos regionais de implementação das experiências piloto da RNCCI). A região é a que apresenta o maior número de equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (4 equipas no distrito de Lisboa). Por outro lado, dispõe ainda de uma equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. O número de equipas de Cuidados Continuados Integrados (circunscrito ao distrito de Lisboa) é de 6.

Por sua vez, o distrito de Santarém conta com duas tipologias de internamento (Convalescença e Longa Duração e Manutenção) e quatro equipas de Gestão de Altas.

O distrito de Setúbal conta com cinco equipas de Gestão de Altas.

Neste sentido, o planeamento a curto-prazo de desenvolvimento de respostas na região de Lisboa e Vale do Tejo deverá contemplar a necessidade do desenvolvimento de tipologias de internamento no distrito de Setúbal (todas as tipologias) e no de Santarém (pelo menos, Média Duração e Reabilitação) e, como mínimo, de equipas de Cuidados Continuados Integrados para prestação de apoio domiciliário (distritos de Setúbal e Santarém e alargamento do reforço no distrito de Lisboa).

Mapa n.º 8. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Alentejo até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas)



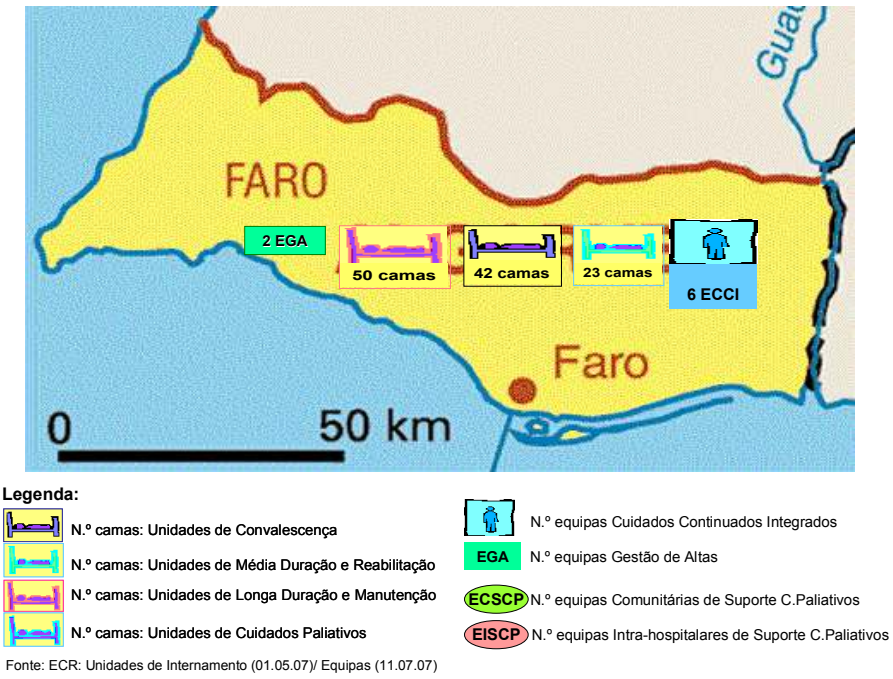
Na região do Alentejo o processo de implementação das experiências piloto até 30 de Abril de 2007 permitiu a constituição das tipologias de Convalescença nos distritos de Évora e Beja e de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção no distrito de Évora.

O distrito de Portalegre não possui qualquer tipologia de internamento factor que deverá ser considerado no planeamento a curto-prazo, juntamente com o desenvolvimento das tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção no distrito de Beja.

Nesta região existe uma cobertura de 100% de hospitais públicos com equipas de Gestão e de Altas e de centros de saúde com equipas de Cuidados Continuados Integrados segundo as declarações da ECR. No entanto, não se dispõe de informação da sua actividade. As equipas de cuidados continuados integrados provêm do antigo modelo Apoio Domiciliário Integrado (ADI).

Assim, será fundamental que o reforço das redes locais se processe a partir do desenvolvimento das tipologias de internamento não existentes nos três distritos; no desenvolvimento de tipologias de ambulatório (Unidade de Dia e Promoção da Autonomia) e de equipas de Suporte em Cuidados Paliativos (Intra-hospitalares e Comunitárias).

Mapa n.º 9. Visão distrital das experiências piloto da RNCCI implementadas na região Algarve até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas)



A região do Algarve, composta por apenas um distrito, apresenta todas as tipologias de internamento à excepção de Cuidados Paliativos. Sendo que existem equipas de Gestão de Altas nos dois hospitais públicos da região (cobertura de 100%), o planeamento futuro deveria considerar a extensão do reforço das equipas de Cuidados Continuados Integrados, o desenvolvimento de unidades de ambulatório (Unidade de Dia e Promoção da Autonomia) e o desenvolvimento de respostas de Cuidados Paliativos (equipas e internamento).

Assim, o desenvolvimento da RNCCI com base no princípio de criação de mini-redes locais pode assumir dois formatos principais, os quais não são mutuamente exclusivos:

- ✓ Completar o processo de implementação das tipologias de cuidados que compõem a RNCCI num mesmo distrito, através do desenvolvimento de tipologias ainda não existentes;
- ✓ Iniciar novas tipologias de cuidados em distritos não dotados até ao momento destas.

Como se disse, ambas estratégias poderão coexistir, estando sempre este processo de planeamento e implementação condicionado pelas especificidades existentes em cada território.

Por outro lado, importa nesta fase inicial de desenvolvimento da RNCCI, primar pela existência das várias tipologias de respostas sem que, no entanto, tal signifique assumir grandes dimensões (em número de camas ou lugares ou número de população coberta). Esta estratégia permitirá dar espaço ao processo de ajuste intra e interinstitucional a nível local (necessário e indispensável na introdução de um novo modelo de cuidados), permitindo assim a consolidação dos conhecimentos através da experimentação dos processos e métodos com base num núcleo constituído pelas diversas tipologias de cuidados e ágil na sua inter-relação.

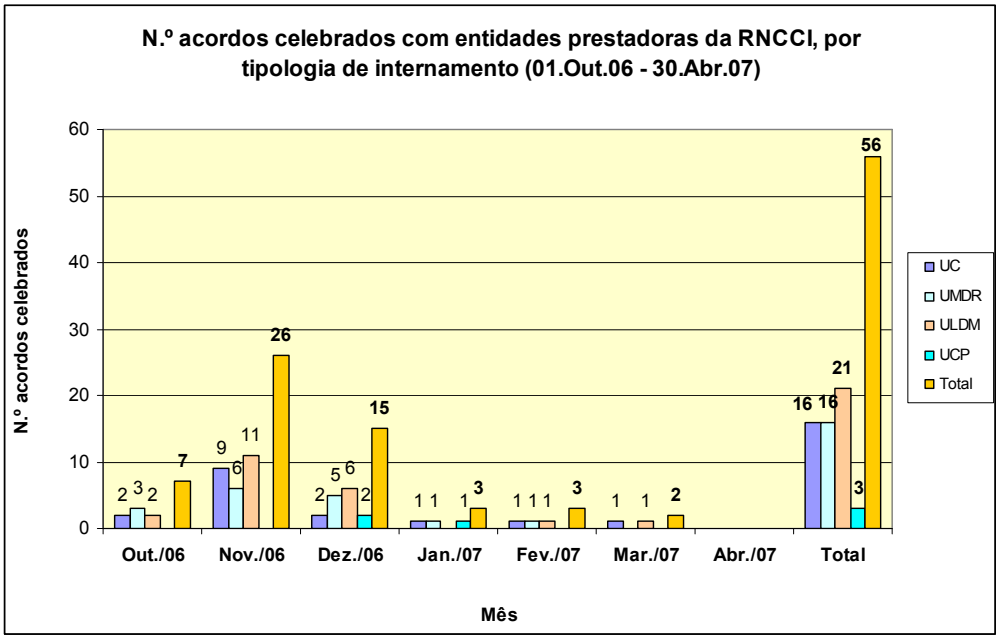
2.2 - Evolução da implementação das tipologias de internamento da RNCCI

2.2.1 - Evolução da celebração de acordos

A implementação das Experiências Piloto das tipologias de internamento da RNCCI efectuou-se de forma progressiva ao longo do último trimestre de 2006 e primeiro semestre de 2007.

No gráfico apresentado em seguida pode-se observar o número de acordos estabelecidos ao longo de cada mês do período compreendido entre Outubro de 2006 e Abril de 2007, diferenciando-se os acordos celebrados por tipologia de internamento da RNCCI.

Gráfico n.º 2. Evolução de acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, por tipologia de internamento (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007)



Nota: A SCM de Tomar (Longa Duração e Manutenção) não iniciou funcionamento

Fonte: ECR (01 Maio de 2007)

Legenda:

UC – Unidade de Convalescença

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

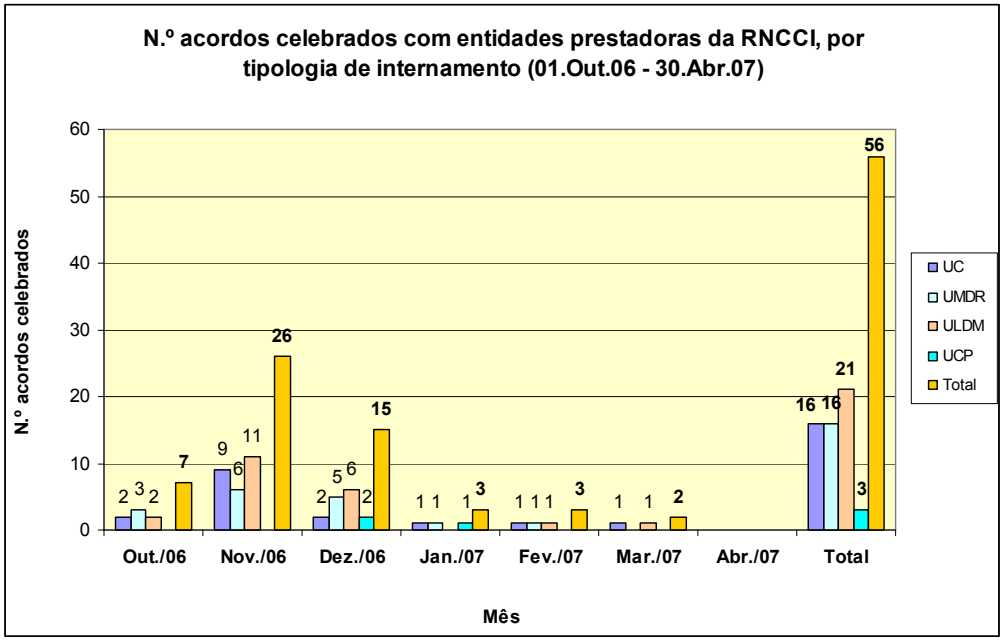
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

A maioria dos acordos (85,7%) celebrou-se durante o último trimestre de 2006 (um total de 48 acordos), o que possibilitou a entrada em funcionamento da maioria das unidades ainda durante o ano de 2006.

2.2.2 - Evolução da capacidade instalada

Gráfico n.º 3. Evolução da capacidade instalada (n.º camas contratadas), por tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007)



Nota: A SCM de Tomar (Longa Duração e Manutenção) não iniciou funcionamento

Fonte: ECR (01 Maio de 2007)

Legenda:
UC – Unidade de Convalescença
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UCP – Unidade Cuidados Paliativos

Durante o último trimestre de 2006, o número de acordos celebrados correspondeu à contratação de um total de 759 camas, o que significa 84,5% do total de camas contratadas até 30 de Abril de 2007.

2.3 - Entidades prestadoras das tipologias de internamento da RNCCI

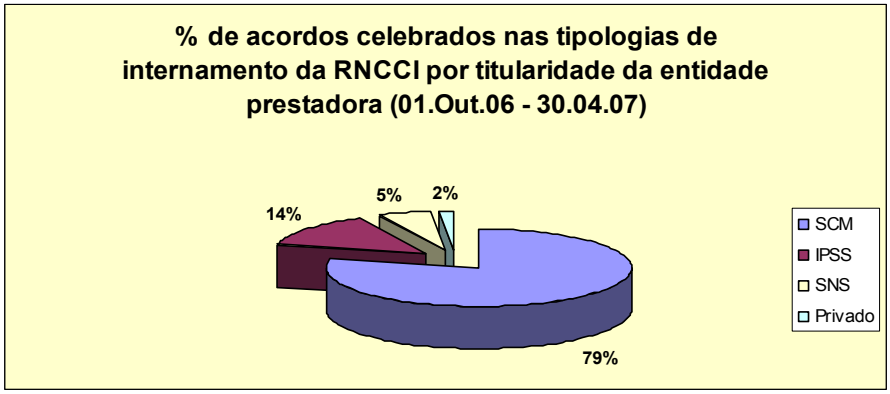
A RNCCI assenta na oferta de diferentes tipologias de cuidados através do estabelecimento de parcerias públicas, sociais e privadas.

As entidades promotoras da RNCCI revestem uma das seguintes formas (Decreto-Lei n.º101/ 2006 de 06 de Junho - publicado no *D.R., 1ª série, n.º 190 de 06 de Junho de 2006*):

a) Entidades públicas de dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
c) Entidades privadas com fins lucrativos;
d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Na figura seguinte, apresenta-se o número de acordos celebrados entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Abril de 2007 titularidade da entidade prestadora e tipologia de internamento da RNCCI.

Figura n.º 7. Percentagem e número de acordos celebrados por titularidade da entidade prestadora e tipologia de internamento da RNCCI (01 de Outubro de 2006 a 30 de Abril de 2007)



Tipologia de internamento	N.º entidades prestadoras por titularidade			
	SCM	IPSS	SNS	Privado
Unidade de Convalescença	12	1	2	1
Unidade de Média Duração e Reabilitação	13	3	-	-
Unidade de Longa Duração e Manutenção	18	3	-	-
Unidade de Cuidados Paliativos	1	1	1	-
Total	**44**	**8**	**3**	**1**

Legenda:
SCM – Santa Casa da Misericórdia
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
SNS – Sistema Nacional de Saúde
Privado – Entidade privada com fins lucrativos

Fonte: ECR (01 Maio de 2007)

A **entidade prestadora das tipologias de internamento da RNCCI com maior número de acordos celebrados é a Santa Casa da Misericórdia**, com um total de 44 acordos, o que corresponde a **79% do total de acordos celebrados**. Seguem-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social, com um total de 14 acordos celebrados, as entidades do Serviço Nacional de Saúde (com um total de 3 acordos, celebrados nas tipologias de internamento da responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde). Finalmente, foi celebrado um acordo com uma entidade privada com fins lucrativos.

2.4 - Cumprimento do plano das experiências piloto

O primeiro ano de vigência da RNCCI realizou-se a partir de experiências piloto, definidas interministerialmente (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde) e cujo elenco foi definido no Despacho nº17 516/2006 e Despacho nº1281/2007, publicados no D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro.

No quadro apresentado de seguida pode-se apreciar o plano de implementação das experiências piloto, por regiões e por tipologias de cuidados da RNCCI:

Quadro n.º 15. Plano de implementação das experiências piloto da RNCCI por região e tipologias de cuidados

Plano de implementação das Experiências Piloto da RNCCI							
Tipologia de cuidados		**Região**					**Total**
		Norte	**Centro**	**Lisboa e Vale do Tejo**	**Alentejo**	**Algarve**	
Internamento (N.º camas)	**Unidade de Convalescença**	177	105	70	45	42	**439**
	Unidade de Cuidados Paliativos	20	10	18	0	0	**48**
	Unidade de Média Duração e Reabilitação	89	91	61	45	23	**309**
	Unidade de Longa Duração e Manutenção	118	148	45	10	50	**371**
Equipas hospitalares (N.º equipas)	**Equipa de Gestão de Altas**	9	20	11	5	2	**47**
	Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	0	0	4	0	0	**4**
Equipas comunitárias (N.º equipas)	**Equipa de Cuidados Continuados Integrados**	70	23	12	43	2	**150**
	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	1	0	1	3	0	**5**

Fonte:

Despacho nº17 516/2006 e Despacho nº1281/2007, publicados no *D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro)* os quais definem o elenco das experiências piloto

A taxa de implementação das experiências piloto designadas pode-se constatar no quadro apresentado de seguida.

Quadro n.º16. Execução do plano de implementação das experiências piloto da RNCCI até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas), por tipologia de cuidados

Execução do plano de implementação das Experiências Piloto da RNCCI até 30 de Abril de 2007 (unidades de internamento) e 30 de Junho de 2007 (equipas)				
Tipologia de cuidados		**Experiências Piloto**		
		Constituídas	**Previstas**	**%**
Internamento * (N.º camas)	**Unidade de Convalescença**	323	439	**73,6%**
	Unidade de Cuidados Paliativos	23	48	**47,9%**
	Unidade de Média Duração e Reabilitação	223	309	**72,2%**
	Unidade de Longa Duração e Manutenção	329	371	**88,7%**
Equipas hospitalares ** (N.º equipas)	**Equipa de Gestão de Altas**	65	47	**138,3%**
	Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	6	4	**150,0%**
Equipas comunitárias ** (N.º equipas)	**Equipa de Cuidados Continuados Integrados**	138	150	**92,0%**
	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	1	5	**20,0%**

* ECR: 01 de Maio 2007 (tipologias de internamento)

** ECR: 11 de Julho de 2007 (equipas)

Fonte:

Despacho nº17 516/2006 e Despacho nº1281/2007, publicados no *D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro)* os quais definem o elenco das experiências piloto

Como se pode observar no quadro anterior, a implementação das tipologias de cuidados da RNCCI superou os padrões previstos apenas no caso das equipas de Gestão de Altas (138,3%).

No caso das equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, o número de equipas criadas até 30 de Junho de 2007 (6 equipas) supera o número previsto. No caso das equipas Comunitárias, foi constituída apenas uma equipa, pelo que a taxa de execução desta tipologia foi de 20%.

A tipologia de internamento com a maior taxa de execução é a de Longa Duração e Manutenção, com 88,7% da capacidade instalada prevista. As tipologias de internamento de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação apresentam taxas de implementação de, respectivamente, 73,6% e 72,2%.

Assim, e como se pode observar, entre todas as tipologias de cuidados definidas, a tipologia de internamento Cuidados Paliativos é a que obtém uma percentagem de implementação mais baixa (segundo dados das ECR de 01 de Maio de 2007), de 50% do previsto.

A **percentagem de execução das tipologias de internamento dos Planos Regionais de Implementação das Experiências Piloto até à data de 30 de Abril de 2007**, segundo dados das ECR (01.05.07), **foi para as tipologias de internamento**:

- ✓ 58% na região Norte;
- ✓ 100% na região Centro;
- ✓ 50% em Lisboa e Vale do Tejo;
- ✓ 55% no Alentejo e;
- ✓ 100% no Algarve.

No caso das equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados, a sua implementação ficou aquém do previsto (138 equipas constituídas das 150 previstas), pelo que a sua implementação deverá constituir uma das maiores prioridades da UMCCI conjuntamente com a MCSP, as ARS e o Instituto de Solidariedade, I.P., na fase alargamento da RNCCI e até 2008.

2.5 - Os recursos utilizados

2.5.1 - Recursos económicos

A RNCCI é criada a partir do estabelecimento de parcerias e da reconversão /readaptação das instituições do Serviço Nacional de Saúde, garantindo um melhor aproveitamento e rentabilização dos recursos existentes. Para prosseguir tal desiderato, na implementação da RNCCI são previstas verbas para obras de adaptação[3], aquisição de equipamentos, de unidades móveis, de viaturas não medicalizadas de transporte, de infra-estruturas informáticas, de telecomunicações, de serviços de consultadoria e de apoio ao desenvolvimento e operacionalização dos vários sistemas de informação a instalar (designadas, de seguida, como despesas de "investimento"). Estas despesas de investimento são integralmente assumidas pelo Ministério da Saúde para a RNCCI.

Tal e como previsto no Decreto-Lei n.º101/2006 de 06 de Junho, que cria a RNCCI, as Equipas de Coordenação Regional elaboram anualmente planos de acção regionais para o desenvolvimento da RNCCI, os quais são propostos a nível central e têm uma componente financeira (previsão orçamental). As propostas elaboradas para o ano de 2006 culminaram no Plano de Implementação das experiências piloto, que constitui uma proposta do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde *(Proposta interministerial dos planos regionais de implementação 2006 das Experiências Piloto para o desenvolvimento da RNCCI, de Agosto de 2006)*. Engloba uma previsão orçamental, de custos de investimento e funcionamento para o ano 2006.

A quantia prevista em 2006 para o desenvolvimento das experiências piloto, de 19.722.336,38, englobava 7.281.820,77 euros em conceito de despesas de investimento (da responsabilidade da saúde) e de 10.108.382,99 euros em custos de funcionamento com cuidados de saúde e de 2.339.241,0 euros em custos de funcionamento com cuidados de apoio social. Nestes últimos encargos, de apoio social, está já incluída a comparticipação financeira do utente.

---

[3] A Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde elaborou um manual de: *Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados* (Agosto 2006/Rev.2).

A informação financeira que é apresentada neste relatório relativa à implementação das experiências piloto provém do Instituto de Gestão e Informação Financeira (IGIF), do Ministério da Saúde, nomeadamente as verbas transferidas para cada uma das Administrações Regionais de Saúde. Estas verbas correspondem somente à componente da saúde. Far-se-á ainda, a partir das declarações de actividade realizadas pelas entidades prestadoras da RNCCI, uma previsão dos custos de funcionamento existentes até à data.

Assim, até final de Dezembro de 2006, as verbas transferidas pelo IGIF para as cinco (ARS), referentes às despesas de investimento do ano 2006, foram de 6.795.293,46 euros, o que supõe 93,3% da previsão orçamental realizada para esse ano (*Proposta interministerial dos planos regionais de implementação 2006 das Experiências Piloto para o desenvolvimento da RNCCI, de Agosto 2006*).

Relativamente aos custos de funcionamento relativos aos encargos com cuidados de saúde, o IGIF procedeu à transferência de um total de 2.364.617,51 euros até final de Dezembro de 2006, o que supõe 23,4% da previsão orçamental realizada para o ano 2006 e que considerava, no caso das tipologias de internamento, uma taxa de ocupação de 85% (*Proposta interministerial dos planos regionais de implementação 2006 das Experiências Piloto para o desenvolvimento da RNCCI, de Agosto 2006*). De salientar que a taxa de execução do Plano de Implementação das Experiências Piloto nas tipologias de internamento atingia, em Dezembro de 2006, 65% do previsto em número de camas contratadas.

Assim, até final de Dezembro de 2006, o valor global das transferências realizadas pelo IGIF para o pagamento das despesas de investimento e de funcionamento (em cuidados de saúde) relativas a 2006 foi de 9.159.910,97 euros, dos quais 74,2% se destinaram a despesas de investimento e 25,8% a despesas de funcionamento.

No ano 2007, foram ainda transferidos do IGIF para as ARS um total de 1.045.010,55 euros em conceito de despesas de investimento (até à data de 16 de Maio de 2007).

Assim, no período 2006 e até 16 de Maio de 2007, o IGIF procedeu à transferência de um total de 10.204.921,52 euros, dos quais 77% em conceito de encargos de

investimento (7.840.304,01 euros) e, 23% de funcionamento em cuidados de saúde (2.364.617,51 euros).

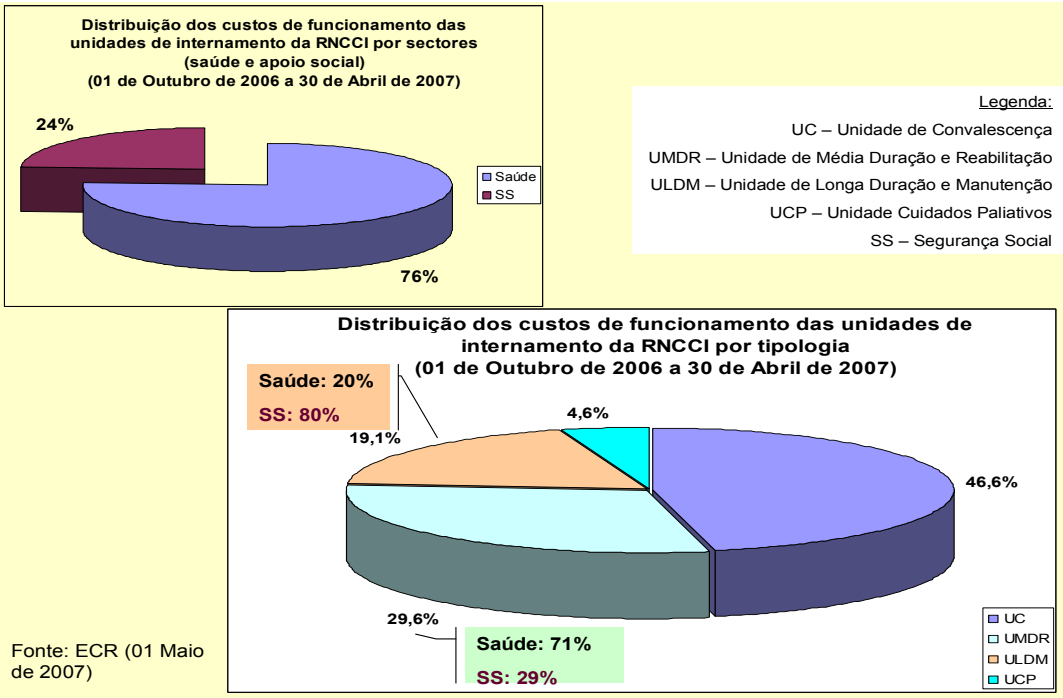
Para a monitorização administrativa e económica dos acordos celebrados a nível regional e nacional, foi desenvolvida uma aplicação informática em formato Excel, designada CADCOM (Controlo Administrativo dos Contratos). Esta ferramenta deverá ser utilizada pelas equipas de Coordenação regional que deverão proceder ao seu preenchimento mensal e enviá-la para a UMCCI, a qual procede à integração central das informações regionais. Não obstante, a ferramenta não foi utilizada como previsto, detectando-se problemas tanto a nível do cumprimento dos prazos estipulados de envio da informação económica e administrativa dos contratos (mensal) como no preenchimento da informação.

Para poder realizar uma aproximação dos valores já comprometidos com a actividade prestada nas unidades em funcionamento realizamos uma estimativa a partir desses dados tomando como referência os dias de internamento declarados pelos prestadores no período compreendido entre Outubro de 2006 e Abril de 2007.

O cálculo baseia-se nas declarações efectuadas pelas entidades prestadoras de um total de 48 unidades (que efectuaram declarações mensais relativas aos meses compreendidos entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 através do Registo de Informação Mensal, RIM, num total de 49.094 dias de internamento declarados) e nos custos de funcionamento das Experiências Piloto, aplicando os preços estabelecidos em Portaria nº994/206 de 6 de Setembro (publicada no D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro).

Segundo o cálculo, de carácter aproximativo já que não cobre o universo da actividade por inexistência de declarações, os custos de funcionamento atingiram aproximadamente o valor de 2.942.478,00 euros, dos quais 2.239.952,29 euros (76%) corresponderam a encargos com cuidados de saúde e 702.525,71 euros (24%) a encargos com cuidados de apoio social (ver gráfico n.º 4). Estima-se que comparticipação do utente nos encargos de apoio social no mesmo período se tenha situado entre 35% e 45% (UMCCI, 17.07.07).

Gráfico n.º 4. Estimativa de custos de funcionamento das unidades de internamento da RNCCI entre 01 de Outubro de 2006 e 30 de Abril de 2007 e distribuição por sectores e tipologia de internamento



Fonte: ECR (01 Maio de 2007)

No gráfico anterior observa-se que a maior percentagem de custos (46,6%) se destina à tipologia de internamento de Convalescença, seguido dos custos de funcionamento da tipologia de Média Duração e Reabilitação (29,6%), Longa Duração e Manutenção (19,1%) e Cuidados paliativos (4,6%).

Relativamente à participação nos custos de funcionamento nas tipologias mistas (cuidados de saúde e de apoio social), os custos com cuidados de saúde são a fatia maioritária na tipologia de internamento Média Duração e Reabilitação (71%) e, na tipologia de Longa Duração e Manutenção, os encargos com apoio social ocupam a maior parte dos custos de funcionamento (80% do total).

2.5.2 - Recursos humanos

Na medida em que as necessidades das pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência são multidimensionais, os cuidados a prestar terão necessariamente de resultar de uma abordagem integral das suas necessidades. Neste sentido, a RNCCI assenta na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade dos cuidados, entendendo-se pela primeira a *complementaridade de actuação entre as diferentes especialidades profissionais* e, pela segunda, a *definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados* (Decreto-Lei n.º101/ 2006 de 06 de Junho, publicado no *D.R., 1ª série, n.º 190 de 06 de Junho de 2006*).

Assim, a RNCCI é composta por diversos profissionais, que cruzam várias disciplinas de saberes e que permitem assegurar, em função da avaliação individual e integral das necessidades do utente, a prestação de:

- ✓ Cuidados médicos;
- ✓ Cuidados de enfermagem;
- ✓ Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- ✓ Actividades de manutenção e de estimulação;
- ✓ Apoio psicossocial;
- ✓ Higiene, conforto e alimentação;
- ✓ Animação sociocultural;
- ✓ Alimentação;
- ✓ Educação para a saúde;
- ✓ Apoio nas actividades básicas e instrumentais da vida diária.

Assim, em função das várias tipologias de utentes passíveis de serem admitidos na RNCCI e finalidades de cada tipologia de cuidados da RNCCI, foram definidas equipas de profissionais diferenciadas em função das especificidades de cada tipologia de cuidados. A característica transversal a todas as tipologias de cuidados é a existência de profissionais do sector da saúde e do sector social.

No quadro seguinte apresenta-se a composição mínima de recursos humanos de cada equipa da RNCCI.

Quadro n.º17. Recursos humanos definidos para as equipas da RNCCI: composição mínima (n.º) por perfis profissionais

Recursos humanos das equipas da RNCCI: composição mínima por perfis profissionais (n.º)				
Tipologia de cuidados	**Perfis profissionais**			
	Médico	**Enfermeiro**	**Assistente Social**	**Psicólogo**
Equipa de Gestão de Altas	1	1	1	-
Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	1	1	-	1
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	1	1	-	-
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	1	1	1	-
Equipa de Coordenação Local	1	1	1	-
Equipa de Coordenação Regional	1	1	1	-

Fonte: Decreto-Lei n.º101/ 2006 de 06 de Junho, publicado no *D.R., 1ª série, n.º 190 de 06 de Junho de 2006*

Relativamente aos recursos humanos existentes nas entidades prestadoras da RNCCI, os acordos elaborados pela UMCCI (específicos para cada tipologia de internamento e homogéneos para todos os prestadores), estabelecem que a instituição prestadora deverá:

- ✓ *Assegurar o nível técnico-assistencial e a capacidade e as condições de prestação de serviços necessários e adequados à especificidade e características da procura, que permitam maximizar a qualidade dos serviços contratados em conformidade com o Anexo 3 (Cláusula V, condições prévias da instituição);*
- ✓ *Assegurar que os recursos permitam o desenvolvimento integral da actividade no horário contínuo de 24 (vinte e quatro) horas durante 7 (sete) dias por semana (Cláusula VII, Obrigações da entidade);*
- ✓ *Garantir no exercício da actividade de prestação de cuidados de saúde (cuidados na unidade no caso das tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) da unidade um quadro de recursos humanos qualificados, conforme o estabelecido no Anexo 3 ao presente contrato (Cláusula VII, Obrigações da entidade);*

- ✓ *Garantir a supervisão e a formação, inicial e contínua, dos recursos humanos afectos à unidade (Cláusula VII, Obrigações da entidade);*
- ✓ *No prazo máximo de 30 dias documenta devidamente os recursos humanos previstos (Anexo 3) (Cláusula VIII, Organização interna);*

No anexo 3 dos acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, são definidos os perfis profissionais existentes em cada uma das tipologias de internamento bem como o n.º de horas mensais a dedicar. Segundo o estabelecido nos acordos, as orientações expostas ao nível de dotação de recursos humanos para a prestação de serviços *"podem ser adaptadas, com a necessária flexibilidade, em função do número de utentes de cada unidade, sem prejuízo de ser um número suficiente para assegurar os cuidados necessários aos utentes no período das vinte e quatro horas"* (*Acordos tipologias de internamento, UMCCI, 2006).* Deve-se salientar que o modelo de acordos do qual emanam estas orientações foi elaborado no âmbito das experiências piloto e poderá ser revisto após a avaliação de vários indicadores e da conclusão pela sua adequação (ou não) à real actividade e necessidades expressas pelos utentes e entidades prestadoras da RNCCI.

De seguida apresentam-se as dotações de recursos humanos estabelecidas nos contratos elaborados para as experiências piloto em cada uma das tipologias de internamento da RNCCI.

Quadro n.º 18. Recursos humanos das tipologias de internamento da RNCCI: orientações para a prestação de serviços incluídas nos acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, por tipologia de internamento e perfil profissional

Recursos humanos nas tipologias de internamento da RNCCI: orientações incluídas nos acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, por tipologia de internamento e perfil profissional				
	Tipologia de internamento			
Perfis profissionais	**Unidade de Convalescença[1]**	**Unidade de Média Duração e Reabilitação[1]**	**Unidade de Longa duração e Manutenção[1]**	**Unidade de Cuidados Paliativos [2]**
	N.º de horas mensais	N.º de horas mensais	N.º de horas mensais	**N.º de horas mensais**
Médicos	420 h (7 dias/semana, 14 h/dia)	308 h (5 dias)	60 h (5dias)	**210 h (5 dias)**
Enfermeiros	1.568 h (7 dias/semana, por turnos de 3-2-2)	1.120 h (7 dias/semana, por turnos de 2-2-1)	420 h (7 dias/semana)	**1568 h (7 dias)**
Fisiatra	28 h (7h/semana)	28 h (7h/semana)	7 h	**14 h**
Fisioterapeuta	350 h (7 dias/semana) [3]	280 h (7 dias/semana)	-	**105 h (7 dias)**
Dietista	120 h (5 dias/semana)	30 h (2 dias/semana)	30 h (2 dias/semana)	**-**
Nutricionista	-	-	30 h (5 dias)	**30 h (5 dias)**
Terapeuta Ocupacional	-	75 h (5 dias/semana)	70 h	**-**
Psicólogo Clínico	-	-	70h	**70 h**
Assistente Social	154 h (5 dias/semana)	87 h (5 dias/semana)	49 h	**87 h (5 dias)**
Auxiliar de Acção Médica	1.120 h (7dias/semana, por turnos de 2-2-1)	1568 h (7 dias/semana, por turnos de 3-2-2)	-	**1120 h (7dias)**
Ajudantes de Acção Directa	-	980 h (7 dias/semana)	1960 h (7 dias)	**-**
[1] Para unidades de 30 camas, [2] Para unidades de 10-15 camas, [3] Inclui Terapeuta da Fala				
Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos componentes logísticos das Unidades				

(serviços internos ou de *outsourcing*).

O **primeiro ano de vigência da RNCCI envolveu aproximadamente 2.500 profissionais** (RIM. Novembro 2006 – Abril 2007 e ECR, 30.05.07), entre os quais, aproximadamente 30% são profissionais ligados a serviços de apoio para garantia do funcionamento logístico das unidades e equipas da RNCCI.

Entre os profissionais de assistência clínica e/ou apoio social, aproximadamente:

- ✓ **10%** dedica-se a **actividades de coordenação regional e local**;
- ✓ **13%** presta cuidados nas **equipas** da RNCCI (Gestão de Altas e Suporte em Cuidados Paliativos);
- ✓ **77% presta cuidados nas tipologias de internamento da RNCCI**.

2.5.3 - Formação

O modelo de cuidados continuados integrados assenta nos paradigmas de recuperação global e da manutenção por período que se prolonga para além do necessário para o tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva. Baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada para a prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social e assenta em novas formas de funcionamento:

- ✓ Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com o sistema de segurança social;
- ✓ Articulação em rede;
- ✓ Coordenação entre os diversos sectores e recursos locais;
- ✓ Organização mediante modelos de gestão;
- ✓ Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento dos objectivos.

Esta nova concepção implica assim a adopção por parte dos profissionais envolvidos na RNCCI de estratégias directivas, organizativas baseadas nas técnicas de mudança organizacional bem como a aprendizagem de princípios de gestão clínica e de abordagens clínicas específicas.

Neste sentido, identificou-se a necessidade de apoiar os profissionais envolvidos no processo de implementação da RNCCI através do desenvolvimento, em colaboração com as Equipas de Coordenação Regional, de acções de formação que visem:

- ✓ O conhecimento e familiarização com o novo modelo de cuidados;
- ✓ Difundir as bases metodológicas do novo modelo de cuidados;
- ✓ A aprendizagem e consolidação dos conhecimentos no âmbito da prática clínica e organizativa em consonância com os princípios de organização, funcionamento e prestação de cuidados definidos na RNCCI e através do conhecimento de exemplos internacionais;
- ✓ O conhecimento dos progressos ao longo do processo de desenvolvimento da RNCCI (metodologias de trabalho, instrumentos de apoio);
- ✓ Estimular o intercâmbio entre diferentes profissionais;
- ✓ Promover a reflexão sobre os conhecimentos adquiridos;
- ✓ Obter instrumentos de apoio (bibliografia) para a boa prática,

Neste sentido, entre Setembro de 2005 e Maio de 2007 foram desenvolvidas aproximadamente 21 jornadas/ seminários com temáticas diversas: centradas no arranque e desenvolvimento das experiências piloto (nível organizativo); dedicadas à aprendizagem e difusão dos mecanismos de referenciação e articulação; centradas na aprendizagem do manejar dos instrumentos de informação; formação para a prática clínica e social nas áreas específicas de geriatria e cuidados paliativos.

Por outro lado, foram ainda elaborados programas de formação teórico-prática baseados em visitas e formação em serviço de duração máxima de 15 dias com o objectivo de proporcionar aos participantes o conhecimento da realidade da prestação de cuidados continuados a nível internacional e em países com experiência consolidada e reconhecida. Estes programas formativos visavam, promover o intercâmbio com profissionais e prestar apoio directo a partir da interacção contínua entre os formandos e a equipa docente segundo o perfil de cada profissional (médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo) e segundo a tipologia de unidade ou equipa onde o profissional tivera de prestar serviço dentro da RNCCI.
Neste sentido, realizaram-se dois programas de formação, um em aspectos clínicos e organizativos na prestação de cuidados continuados e outro, de formação em serviço em Cuidados Paliativos. Em ambos os programas estiveram envolvidos um total aproximado de 80 profissionais.

Foram, ainda, ministradas acções de formação contínua para qualificação de auxiliares e acções de sensibilização em conteúdos básicos da prestação de cuidados continuados integrados a pessoas idosas e, ou em situação de dependência.

Finalmente, a celebração de dois seminários internacionais que tiveram a presença de aproximadamente 1.000 profissionais.

No total, as actividades de formação desenvolvidas entre Setembro de 2005 e Maio de 2007 envolveram aproximadamente 3.200 profissionais. A relação das actividades desenvolvidas encontra-se no anexo 3.

Nestas actividades estiveram envolvidos profissionais do Serviço Nacional de Saúde, da Segurança Social e das entidades prestadoras de cuidados da RNCCI. A diversidade de perfis profissionais implicados, quer ao nível das equipas docentes quer dos formandos, reitera o carácter multidisciplinar da RNCCI.

2.5.4 - A comunicação e difusão

A comunicação e difusão das actividades realizadas no âmbito da RNCCI são da competência da UMCCI e ainda das equipas de Coordenação Regional.

Entre as actividades de comunicação e divulgação de conteúdos da RNCCI, distinguem-se diferentes canais e meios de comunicação em função dos interlocutores e dos conteúdos a transmitir. Assim, salientam-se três grandes grupos de interlocutores:

- ✓ Profissionais da RNCCI, entidades parceiras e outros profissionais do sector social e da saúde;
- ✓ Utentes da RNCCI e família/cuidadores;
- ✓ Público em geral.

Para todos estes casos existem canais de comunicação comuns tais como entrevistas à imprensa falada e inscrita e o *site* (http://www.rncci.min-saude.pt/rncci), inaugurado em Março de 2007 (ver figura n.º 8). Este impõe-se como uma ferramenta dinâmica e interactiva já que para além da divulgação de informação à sociedade em geral e aos

profissionais da RNCCI, contempla ainda espaços para a interacção entre os interessados.

Neste sentido, existem no *site* espaços que possibilitam a intervenção de todos os cidadãos através da partilha e reflexão de conteúdos (espaço *Fórum*) bem como a partilha de informações relativas à acção social das associações de doentes que manifestem interesse em participar.

Para além disso, nesta página é possível aceder a toda a informação técnica emanada pela UMCCI (manuais, formação, legislação, directivas técnicas, apresentação, notas informativas e orientações gerais).

Figura n.º 8. Página de entrada do site *da RNCCI* (**http://www.rncci.min-saude.pt/rncci**)

O *site* inclui ainda um espaço de publicitação de notícias, incluindo como utilidade uma *newsletter* que pode ser subscrita pelo utilizador, o que facilita a fácil divulgação dos conteúdos publicados.

Por outro lado, a divulgação de informação técnica aos profissionais da RNCCI, parceiros e outras entidades/profissionais do sector social e da saúde são transmitidas através de:

- ✓ **Reuniões**, periodicamente realizadas entre a UMCCI, ECR e outros parceiros da RNCCI;
- ✓ **Notas informativas** para as experiências piloto;
- ✓ **Acções de formação e de sensibilização**: dirigidas aos profissionais e parceiros da RNCCI mas também a profissionais dos sectores social e da saúde de níveis de cuidados relacionados (por exemplo, cuidados especializados);
- ✓ **Reuniões internacionais semestrais**: '*As Unidades de Convalescença'*, realizada a 18 de Outubro de 2006 e '*A intervenção intersectorial: um desafio partilhado'*, realizada a 19 de Abril de 2007;
- ✓ **Outros** actos tais como o *Acto Comemorativo do Primeiro Aniversário da RNCCI* (celebrado dia 24 de Maio de 2006);

De salientar que qualquer um destes actos, para além do objectivo da transmissão de informação, constituem preciosos espaços de comunicação entre os diversos profissionais.

Está prevista ainda a elaboração de um *Boletim Trimestral*, de acesso a todos os cidadãos interessados a partir da sua publicação no *website*.

As equipas Coordenadoras Regionais assumem um papel de extrema relevância na transmissão regional e local da informação relativa à UMCCI. Entre as suas competências encontram-se: promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da RNCCI. Assim, nos *websites* de quatro das Administrações Regionais de Saúde de Portugal Continental é publicada informação relativa à RNCCI (notícias, documentos técnicos) e é publicada, diariamente, a lista de vagas de internamento existentes nas unidades da região, de acesso ao público em geral.

2.6 - Resumo

O arranque inicial da RNCCI através de experiências piloto foi um processo que envolveu um vasto conjunto de profissionais de sector da saúde e de apoio social, de diversos níveis de cuidados (primários a especializados), a profissionais da Rede Solidária e das autarquias locais.

O processo de implementação das experiências piloto envolveu um conjunto de actividades ao nível de vários âmbitos:

- ✓ **Jurídico**, através da definição do elenco das experiências piloto (Despacho n.º 17516/2006, de 3 de Julho e Despacho n.º 1281/2007, de 1 de Dezembro, publicados no *D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série*, n.º 19, de 26 de Janeiro); da definição dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI (Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro, publicada no *D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro*) e da publicação de várias directivas técnicas;
- ✓ **Clínico/Assistencial**, produção de manuais de procedimentos e várias orientações técnicas;
- ✓ **Pedagógico**, palestras, seminários, workshops, estágios;

De destacar no processo de desenho e de implementação das experiências piloto a importância do trabalho intersectorial e do consenso atingido entre o Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e o da Solidariedade Social. Para além disso, o forte compromisso e empenho de todos os profissionais envolvidos constituíram um factor chave para o desenvolvimento das experiências piloto e solução rápida das eventuais questões e problemas normalmente existentes na implementação de um novo modelo.

À data de 30 de Abril de 2007, as experiências piloto da RNCCI constituem já uma rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social e assente em parcerias públicas, sociais e privadas.

Assim, entre Outubro e até esta data **foram celebrados um total de 56 acordos que correspondem à criação de 898 camas de várias tipologias de cuidados de internamento** (Convalescença, Média Duração e Reabilitação; Longa Duração e

Manutenção e Cuidados Paliativos), **atingindo uma cobertura em todo o território continental de:**

- ✓ 20 camas de cuidados de Convalescença por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos;
- ✓ 14 camas em cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos para cuidados de Média Duração e Reabilitação;
- ✓ 40 camas de cuidados de Longa Duração e Manutenção em cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65;
- ✓ 1 cama em cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 de Cuidados Paliativos.

A **taxa de execução até à data de 30 de Abril das experiências piloto publicadas era de 77% no conjunto das tipologias de internamento.**

O **número médio de camas por acordo celebrado no âmbito das experiências piloto da RNCCI,** de 16 camas para o conjunto das tipologias de internamento, deverá ser revisto no futuro planeamento territorial dos recursos de internamento da RNCCI por questões de eficiência e qualidade nos cuidados prestados e sustentabilidade financeira do modelo.

Um dos aspectos identificados como **factor de êxito da implementação e futuro desenvolvimento da RNCCI é o facto de estar configurada por múltiplas entidades parceiras** (*focus group*, ver anexo 2) e ainda o facto **da maioria** (79% das entidades) **integrar o mesmo prestador**, nomeadamente a **União das Misericórdias Portuguesas**, o que se traduz na existência de uma grande massa de entidades com políticas e procedimentos comuns (Relatório geral das visitas a unidades de cuidados continuados integrados, Experiências Piloto, UMCCI, Maio de 2007).

Relativamente às equipas prestadoras, não existem dados relativos à sua actividade, à excepção das equipas de cuidados continuados integrados da região do Algarve.

Finda esta vigência das experiências piloto, o próximo passo a realizar é, para além da identificação e ajuste dos aspectos a melhorar, proceder ao alargamento da RNCCI,

No processo de alargamento é fundamental ter em consideração:

- ✓ **Necessidade de alargamento da RNCCI e de aumento da cobertura de utentes**, **oferecendo um número mínimo de respostas** que satisfaçam as necessidades emergentes já detectadas nesta primeira etapa de implementação das experiências piloto a partir das propostas de admissão (*focus group*, anexo 2).
- ✓ **A criação de mini-redes locais**, utilizando o **distrito como a unidade territorial básica** e trabalhando a partir de **documentos prévios de planeamento das necessidades** existentes em cada zona (*focus group*, anexo 2).

No caso da adopção do distrito como unidade territorial básica no planeamento e desenvolvimento dos recursos, será necessário repensar a viabilidade do actual mapa de recursos de coordenação local.

Assim, foi identificado como fundamental no exercício do *focus group* (ver anexo 2) **o alargamento/desenvolvimento de respostas das tipologias de**:

- ✓ **Média Duração e Reabilitação**;
- ✓ **Cuidados Paliativos** (respostas de internamento e equipas comunitárias e intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos);
- ✓ **A previsão de espaços para descanso familiar** nas Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- ✓ **O fortalecimento dos cuidados domiciliários** a partir dos profissionais dos centros de saúde e o investimento no **apoio domiciliário social**;
- ✓ **O desenvolvimento de tipologias de ambulatório:** Unidades de Dia e Promoção da Autonomia;

Por outro lado, as necessidades identificadas no desenvolvimento das experiências piloto expressam a necessidade de **incorporar novas especificidades na RNCCI** no sentido de incluir **cuidados específicos e estruturas adequadas** (com enquadramento de necessidades de pessoal e estrutura próprios) **para o cuidado:**

- ✓ dos utentes da RNCCI com **problemas de saúde mental**;
- ✓ dos utentes da RNCCI com **problemas longos e definitivos e com grande complexidade clínica**;

- ✓ **dos utentes com AVC, nomeadamente através da introdução de unidades especializadas em reabilitação;**
- ✓ **dos utentes com demências**
- ✓ de **jovens com dependência e politraumatizados**.

Finalmente, o processo de alargamento deverá permitir a diminuição das variações distritais de cobertura populacional para as mesmas tipologias de cuidados, **promovendo a equidade territorial** a partir do **desenvolvimento de um número mínimo de respostas de várias tipologias de internamento nos distritos infra-dotados** (entre os distritos que não foi desenvolvida nenhuma tipologia de internamento encontram-se Bragança, Leiria, Portalegre e Setúbal) **e alargamento da cobertura nas tipologias de cuidados pouco ou não desenvolvidas no distrito em função da avaliação das necessidades identificadas.**

Relativamente ao **processo de celebração de acordos com as entidades parceiras**, foi identificada no exercício do *focus group* (ver anexo 2) a necessidade de evoluir para um **procedimento de candidaturas múltiplas** de forma a permitir o desenvolvimento de um processo de selecção transparente e com decisões fundamentadas na qualidade (condições e capacidade) das ofertas apresentadas com base em critérios de selecção previamente definidos (grelha de avaliação).

O alargamento da RNCCI deverá incidir vigorosamente no âmbito do controlo administrativo dos acordos celebrados, de modo a tornar sistemático e rigoroso o processo de declaração das informações administrativas e financeiras e, desta forma, permitir uma efectiva monitorização da execução dos contratos. Neste sentido, os percalços existentes no processo de declaração derivados do não cumprimento dos prazos estipulados o da infra-notificação existente nas declarações realizadas comportou dificuldades no conhecimento:

- ✓ **da evolução da actividade** gerada pelas diferentes unidades e o seu impacto económico, seja para cada unidade, tipologia de unidade ou **território (região e distrito);**
- ✓ da **componente dos contratos já executada,** de acordo com os dados acumulados dos diferentes meses;
- ✓ **dos valores executados em termos de obras e equipamentos** (investimentos e sua evolução).

No que se refere aos profissionais e perfis envolvidos na RNCCI, foi identificado durante o exercício do *focus group* (ver anexo 2) como aspecto fundamental a **definição específica de recursos diferenciados** para cada tipologia de cuidados.

No entanto, o alargamento da RNCCI deverá impreterivelmente contemplar, segundo os participantes, a **revisão das dotações e tempos de dedicação** existentes e adaptando-os à actividade prevista em cada caso. De modo geral, **relativamente à composição e rácios de pessoal considerou-se que:**

- ✓ De forma geral, **o rácio de profissionais previsto nas unidades de internamento é insuficiente** para responder às necessidades existentes e, de modo específico, hão-de ser revistos os rácios:
    - De terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala na tipologia de internamento de Convalescença;
    - Recursos de enfermagem na tipologia de internamento de Longa Duração e Manutenção;
    - De modo geral, a RNCCI está **infradotada** dos seguintes perfis profissionais: **psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais**;

- ✓ As **equipas de Gestão de Altas e equipas de Coordenação Local deverão trabalhar a tempo inteiro**, devendo o número de profissionais que as constituem ser ajustado à magnitude e volume de actividade;

Assim, identifica-se a **necessidade de conhecer aprofundadamente a realidade actual e as necessidades existentes na RNCCI em termos de recursos humanos** para, com base nesse diagnóstico, proceder aos ajustes necessários. Neste sentido, deve-se **incidir no processo de declaração periódico e rigoroso por parte das entidades prestadoras**, sem o qual não é possível obter o conhecimento necessário para realizar uma avaliação fiável da realidade actual.

Uma das bases da RNCCI considerada chave é a diversidade de perfis profissionais existentes, a locação de diferentes perfis em função de necessidades específicas de cuidados e ainda a adopção de métodos inovadores de trabalho como o trabalho em equipa, intra e interinstitucional e intra e intersectorial.
Para que o alargamento da RNCCI seja efectuado assegurando a qualidade da prestação de cuidados no âmbito do novo modelo definido e tornando efectiva a

utilização das (novas) estratégias metodológicas adoptadas, foi considerado no exercício do *focus group* (ver anexo 2) **fundamental incidir na formação,** tendo-se aliás, reconhecido como bastante valiosa a sensibilidade e os esforços efectuados por parte da coordenação nacional na detecção das necessidades de formação existentes e no desenvolvimento de acções de formação, bem como o grande empenho mostrado pelos profissionais na incorporação dos novos paradigmas e conceitos de trabalho.

De forma sumária, **as necessidades detectadas na área da formação dos profissionais da RNCCI** e corroboradas através das visitas de equipa da UMCCI de campo para o acompanhamento das experiências piloto foram:

- ✓ O desenvolvimento e fortalecimento da **competência clínica adequada e específica nas diferentes tipologias de cuidados** a qual deve ser efectuada paralelamente ao alargamento da RNCCI e deverá incidir em áreas específicas como os cuidados paliativos, geriátricos e demências e ainda controlo de infecção, a gestão de risco, a prestação de cuidados, a reabilitação e a promoção da autonomia;

- ✓ A **interiorização da filosofia de "Cuidar"** com significado adequado e valorizado tanto pelos profissionais da rede como pelos outros níveis de cuidados do SNS, que compreende desde uma correcta abordagem clínica até às actividades de vida diária para a promoção integral das capacidades e autonomia, passando pela organização dos tempos nas unidades, sem vazios para os doentes, dos espaços com ambientes reabilitadores e motivadores da participação, da abordagem profissional competente e com preocupação de criar competências e auto-estima no doente evitando "o horror desamparado de se sentir rasamente humano"(Prado Coelho, Ed.).

- ✓ **Aprendizagem dos novos modelos e técnicas de trabalho**, nomeadamente ao nível da elaboração e concretização do Plano Individual de Cuidados;

- ✓ **Desenvolver programas de formação específicos para diferentes perfis profissionais em função das necessidades detectadas** (no exercício de *focus group* foi identificada a necessidade de formação para os auxiliares).

- ✓ **Reforço da transmissão de informação e das acções de formação em aspectos relacionados com o modelo de referenciação**, nomeadamente através da promoção de sessões de trabalho conjuntas e periódicas entre as equipas de Coordenação Local, as equipas de Gestão de Altas, as unidades de internamento e as equipas de Cuidados Continuados Integrados, com a finalidade de aproximar critérios e modos de actuação;

Em suma, o alargamento da RNCCI deve assentar numa aposta **forte na formação contínua** e na formulação de programas específicos com base nas necessidades identificadas.

No que diz respeito à **comunicação e difusão da RNCCI** identificou-se no exercício do *focus group* a necessidade de fomentar canais de comunicação com o público em geral, cuidadores e/ou famílias, utentes e profissionais no sentido de fomentar a compreensão e reconhecimento do valor do novo modelo.

Especificamente, as acções identificadas como necessárias são as seguintes:

- ✓ **Acções de sensibilização com as famílias/cuidador principal** de modo a favorecer a compreensão do novo modelo e a participação no processo de cuidados;
- ✓ **Acções de sensibilização dos profissionais dos hospitais** na compreensão do modelo e reconhecimento do trabalho das equipas de Gestão de Altas;
- ✓ Desenvolver **plataformas periódicas de intercâmbio** entre os diferentes agentes da RNCCI (prestadores e equipas de coordenação local e regional);
- ✓ Necessidade de desenvolver um sistema próprio **de sugestões e reclamações** da RNCCI.