

IV. CONCLUSÕES

Neste capítulo apresentam-se, de forma sintética, os principais resultados e conclusões do estudo de análise e avaliação. Os aspectos considerados visam oferecer pontos de reflexão e dar apoio à tomada de decisões a curto e médio prazo. Assim, pretendem constituir-se como alavancas de suporte ao avanço e melhoramento do desenvolvimento e consolidação da RNCCI.

Antes de mais, deve-se assinalar que o ponto actual de desenvolvimento da própria RNCCI se constitui simultaneamente como limitação para poder aprofundar alguns aspectos e como um grande aliado para poder aperfeiçoar outros identificados como factores críticos.

A experiência adquirida a partir do desenvolvimento de experiências piloto neste primeiro ano de vigência da RNCCI e os resultados obtidos, ainda que em alguns casos se devam contrastar ou complementar com novas análises e aproximações, constituiu uma oportunidade valiosa no conhecimento dos pontos fortes e dos constrangimentos existentes no processo de implementação. Assim, incluem os elementos suficientes para identificar, desde uma perspectiva e visão geral da RNCCI, os pontos-chave para o seu desenvolvimento e fortalecimento bem como as possíveis alavancas de apoio. É neste sentido que se constitui como uma 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.

O projecto de desenvolvimento e implementação da RNCCI supõe levar a cabo processos complexos de modernização e de alcance profundo no interior do sistema de saúde e da rede de apoio social que não podem ser avaliados com toda a profundidade e extensão em tão pouco espaço de tempo. Assim, ainda que os resultados apresentem e identifiquem múltiplos aspectos a reforçar ou a melhorar, a análise realizada deve situar as suas contribuições no sentido de indicar e assinalar os aspectos a ser melhorados no percurso iniciado.

A juventude do modelo, a força e vigor com que, nesta primeira fase, se transformou um projecto em realidade, sugere as seguintes considerações gerais.

1. Conclusões gerais

- O modelo de Cuidados Continuados Integrados, operacionalizado através da RNCCI, preenche um espaço fundamental para o fortalecimento das políticas sociais e públicas do país e situa-se no contexto das políticas europeias desenvolvidas na prestação de cuidados a pessoas e famílias com problemas de dependência.
- O desenvolvimento da RNCCI pode ser considerado como um motor de mudança, fonte de riqueza e evolução para o país, ao mesmo tempo que contribuirá para a criação e transformação de postos de trabalho e perfis profissionais. Também oferece uma clara opção de alargamento e incorporação de novos prestadores e novos profissionais.
- O sistema definido para operacionalizar a **admissão e a mobilidade dos utentes na RNCCI baseia-se no estabelecimento de critérios que visam a equidade de acesso e centram o interesse numa prestação de cuidados adequada às necessidades das pessoas e no apoio às famílias que apresentam problemas de dependência e requerem de cuidados continuados.**
- **A incorporação de novos paradigmas na prestação de cuidados e novas formas de trabalho supõe a introdução de um novo e mais moderno modelo de funcionamento na administração pública e nas redes de prestação de serviços. Este visa, através da incorporação da óptica intersectorial e multidisciplinar e da incorporação da perspectiva territorial, dar uma melhor e mais efectiva resposta aos problemas emergentes da sociedade portuguesa em matéria de dependência.**
- O modelo de cuidados definido inclui suficiente amplitude e flexibilidade para ser adaptado a cada realidade e permite a incorporação de novas modalidades de cuidados especializadas em grupos específicos de utentes ou doenças.
- **A nova visão introduz modalidades inovadoras de organização e funcionamento que ultrapassam cada um dos agentes pelo que os**

sistemas e mecanismos de articulação, coordenação e consenso se tornam numa das chaves do processo de construção da RNCCI.

- O novo nível de cuidados que nasce com a RNCCI atravessa de forma transversal o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a rede de Apoio Social, onde as diferentes tipologias de cuidados atravessam a clássica organização parcelada entre o nível hospitalar e o nível de cuidados básicos. Neste sentido, a implementação da RNCCI desenvolve um papel estratégico para a modernização do SNS e no apoio da modernização do Sistema Público de Segurança Social.
- A implementação da RNCCI, concebida a partir do estabelecimento de parcerias e da reconversão/readaptação das instituições do SNS, visa um melhor aproveitamento e rentabilização dos recursos existentes.
- A estrutura de Coordenação da RNCCI e o modelo operativo da RNCCI já em fase de desenvolvimento, com base no âmbito regional e articulado através de redes locais, cria as condições necessárias para atingir uma clara separação de responsabilidades e distribuição de funções entre os diferentes níveis e contribuem para o fortalecimento institucional e para o aprofundamento de um modelo de gestão descentralizado.
- Os novos instrumentos desenvolvidos para a gestão da RNCCI e o estabelecimento de relações entre os diferentes agentes orientam-se, ainda que de forma incipiente, a um funcionamento centrado nos resultados que visa a qualidade das intervenções e que introduz regras de funcionamento homogéneas para os diferentes tipos de prestadores.
- Os profissionais da RNCCI apresentam-se como um dos pilares básicos do modelo de prestação dos cuidados incorporando a perspectiva pluri-dimensional na prestação dos serviços, através da abordagem integral das necessidades do utente.

1.1 Os ganhos e progressos alcançados

- O grau de implementação e o impacto atingido, especialmente nas respostas de internamento e no desenvolvimento da estrutura de Coordenação, tornam a RNCCI um processo incontornável.
- Os resultados e ganhos atingidos são consequência da complementaridade e dos esforços dos diferentes agentes.
- O desenvolvimento de uma estratégia nacional única inserida no SNS e na rede de Apoio Social, que integra e operacionaliza as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social, apresenta uma dinâmica de funcionamento partilhada que desenvolve de forma clara e efectiva uma abordagem intersectorial.
- A comparticipação e co-responsabilização no desenvolvimento do modelo entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e dos utentes são ponto-chave do **modelo de financiamento** e constituem elementos cruciais para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI.
- O **papel desenvolvido pelas equipas de Coordenação Regional (ECR)**, nesta primeira fase de desenvolvimento da RNCCI que se constituíram nos verdadeiros artífices da viabilidade do projecto de implementação das experiências piloto, conjuntamente com o apoio dos respectivos conselhos de administração e técnicos regionais
- O **intenso trabalho das equipas da UMCCI possibilitaram a geração das orientações técnicas básicas** (sob a modalidades de guias, recomendações e directivas técnicas) **para um início ordenado, enquadrado e dirigido das unidades e equipas da RNCCI.**
- A **rápida adaptação das novas equipas de coordenação local (ECL)** às novas modalidades de trabalho permitiu iniciar a implementação do novo modelo de referenciação e admissão.

- A estratégia utilizada para o início da implementação da RNCCI conduz, nesta primeira etapa do processo, a **uma considerável cobertura populacional e configura uma importante oferta de serviços relativamente as unidades de internamento.**
- A percentagem de execução dos Planos Regionais de Implementação das experiências piloto até à data de 30 de Abril de 2007 foi alta, ainda que diferente entre regiões, sendo as regiões do Centro e Algarve as que completaram os seus objectivos.
- O volume de recursos humanos envolvidos (mais de 2.500 profissionais em todo o território continental) já nesta primeira fase mostram a **importância da RNCCI na transformação e criação de postos de trabalho no interior do país.**
- De destacar o esforço no desenvolvimento de actividades de **formação** através de planos específicos e seminários e acções de difusão e comunicação, as quais foram fundamentalmente vertebradas pela UMCCI.
- **O perfil dos utentes atendidos (tratados)**, a partir dos dados declarados pelas ECL, confirma que **uma alta percentagem de utentes da RNCCI apresentava alguma necessidade de apoio continuado prévio ao internamento nas unidades da Rede. Mostram ainda a necessidade de apoio às famílias enquanto principais cuidadores.**
- **As declarações dos prestadores permitiram a análise de dados de 71% do total da capacidade das camas contratadas na RNCCI no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007.**
- Obtém-se através da análise dos primeiros meses de funcionamento das unidades de internamento um **paulatino aumento da actividade.**
- **Ainda que a faixa etária preponderante nos utentes entrados na RNCCI se situa entre os 70 e 89 anos, os utentes com idades inferiores aos 60 anos representam 16% do total de utentes entrados.**

- **O maior volume de utentes atendidos (tratados) no período analisado concentra-se na tipologia de Convalescença, com 47% do total de utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI. As unidades de Longa Duração e Manutenção abrangem 22%, as unidades de Média Duração e Manutenção 26% e, por fim, as unidades de Cuidados Paliativos envolvem 5% do total de utentes atendidos.**
- **O SNS é o financiador e tipologia de cobertura da maior parte dos utentes atendidos, atingindo 88% do total de utentes entrados.**
- **A grande maioria dos internamentos nas unidades da RNCCI tem como proveniência ou origem o hospital (quase em 68% dos casos).**
- Os motivos médicos segundo o diagnóstico principal no momento da entrada na RNCCI marcam a **preponderância das doenças do Sistema Circulatório (34,3% dos casos)** em todas as unidades de internamento à excepção das unidades de Cuidados Paliativos, onde predominam as neoplasias.
- **A maior parte dos utentes saídos (altas), nomeadamente 56%, tem como destino o domicílio ou os lares de idosos/ residências. Destes, 25% têm indicação de cuidados domiciliários.** Em 47% de casos o motivo da alta é a obtenção dos objectivos terapêuticos previstos.
- **Na comparticipação nos custos de funcionamento nas tipologias de internamento da RNCCI destaca-se a importância do sector da saúde que se traduz, nesta etapa inicial, em 78% dos recursos empregues.**

1.2 Os pontos de melhoria

- Rever e analisar a **capacidade mínima (número de camas) das unidades de internamento** para estabelecer uma dotação adequada que garanta a eficácia e a sustentabilidade das mesmas.
- Atingir uma **cobertura entre regiões mais equilibrada** através da elaboração de planos de implementação anuais baseados num planeamento rigoroso, na estreita monitorização da implementação e na constante avaliação da prossecução dos objectivos propostos.
- **Planear o início efectivo de actividade das unidades e equipas** após um período de preparação básico que contemple as condições mínimas de funcionamento e de formação dos profissionais.
- **Continuar o desenvolvimento de unidades de internamento e fortalecer a implementação das equipas da RNCCI e das unidades de Dia e Promoção de Autonomia.**
- **Desenvolver os cuidados especializados e específicos para os problemas e grupos de utentes mais relevantes.**
- **Disponer de dados sobre a actividade e cuidados prestados por parte das equipas da RNCCI.**
- **Progredir no aspecto da referenciação de utentes:**

Desde os hospitais para a RNCCI, fortalecendo o apoio institucional às equipas de Gestão das Altas (EGA); ampliando o envolvimento dos profissionais dos hospitais nos conceitos de continuidade de cuidados e sensibilizando-os para o trabalho das EGA.

Para as unidades de Cuidados Paliativos, no sentido de aumentar a sua capacidade em oferecer cuidados efectivos e não somente de

acompanhamento nas últimas fases da vida (elevada percentagem de altas por óbito).

- **Fortalecimento e apoio institucional às EGA** para apoiar a sua consolidação no interior do hospital e para a melhoria na aplicação dos critérios de referenciação e difusão dos mesmos.
- Fortalecer os cuidados domiciliários com o objectivo de consolidar um modelo de **cuidados continuados de proximidade.**
- **Melhorar as competências de todos os profissionais** da RNCCI no sentido de fornecer e fortalecer os conhecimentos e capacidades básicas para o desenvolvimento das novas estratégias directivas, organizativas e de gestão clínica específicas da Rede.
- **Melhorar e completar as dotações de pessoal das unidades e equipas para garantir uma prestação completa e de qualidade dos serviços previstos.**
- **Rever e consensualizar com os prestadores, com unidades já em funcionamento, os rácios mínimos de pessoal necessários para cada tipologia de unidade.**
- A observação directa das unidades e contribuições qualitativas dos agentes sugerem amplas margens de melhoria no âmbito da **partilha de informação e na comunicação com o utente e seus familiares no sentido de promover a sua participação activa no processo terapêutico e no plano de cuidados.**
- **Estimular o cumprimento de objectivos das unidades e equipas da RNCCI, introduzindo incentivos aos resultados que permitam avançar paulatinamente no desenvolvimento do modelo e incorporem mecanismos de avaliação da qualidade.**
- **Melhorar o sistema de pagamento aos prestadores no sentido de introduzir partes variáveis que permitam a incorporação de objectivos e metas incentivados.**

- **Fortalecer, reforçar e ampliar as funções das equipas de Coordenação Local.**
- **Estimular e aumentar a mobilidade de utentes dentro da RNCCI, priorizando o regresso e a permanência no domicílio.**
- **Aprofundar no conhecimento dos movimentos dos utentes na RNCCI, especialmente ao nível dos internamentos reiterados.**
- **Aumentar as referências desde os centros de saúde para a tipologia de Longa Duração de Manutenção, incorporando as estadias temporais para descanso familiar.**
- **Ampliar a intensidade da prestação de cuidados de reabilitação nas unidades de Média Duração e Reabilitação.**
- **Aprofundar nos modelos de organização e funcionamento mais adequados para as unidades e equipas da RNCCI no sentido de fortalecer a prestação de uma carteira de cuidados o mais completa possível e superar a alta heterogeneidade actualmente observada.**
- **Fortalecer os modelos e sistemas de gestão dos prestadores da RNCCI.**
- **Agilizar, no menor tempo possível, o processo de gestão das solicitações para admissão e mobilidade na RNCCI.**
- **Intensificar a comunicação e difusão do novo modelo de cuidados continuados integrados.**
- **Melhorar a aplicação dos critérios e estabelecer instrumentos de avaliação homogéneos.**
- **Reforçar e aumentar as orientações técnicas sob a modalidade de guias, recomendações e directivas técnicas no sentido de estabelecer os critérios mínimos de qualidade de funcionamento.**
- **Aprofundar no processo e mecanismo de garantia da qualidade.**

- **Melhorar a sistemática e rigor ao nível do preenchimento, envio e integração dos dados, através da sofisticação dos mecanismos de registo e obtenção de informação.**
- **Adequar as instalações e equipamentos das unidades e equipas da RNCCI, especialmente na adequação das estruturas do SNS.**
- **Aprofundar e estender critérios de apoio e garantia aos processos que visem a segurança do utente (infecções, quedas, fugas, etc.).**

2. Resumo de resultados e conclusões específicas

O modelo de cuidados continuados integrados, operacionalizado através da RNCCI, preenche um espaço fundamental para o fortalecimento das políticas sociais e públicas do país.

O enquadramento do novo modelo de cuidados situa-se nas linhas iniciadas e actualizadas internacionalmente, que se concretizam no desenvolvimento de sistemas e redes de apoio social para apoiar as novas realidades sociais emergentes, as quais se caracterizam, entre outras, pelo progressivo aumento da esperança da vida, o envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas, as transformações nas estruturas familiares, e que desencadeiam fenómenos de dependência nos cidadãos. No contexto europeu os modelos caracterizam-se, maioritariamente, pela cobertura pública e universal.

É importante destacar a **capacidade de criação de novos postos de emprego** de um projecto deste tipo, para além da sua contribuição na melhoria da qualidade de vida das pessoas com problemas de dependência e suas famílias. Assim, por exemplo, somente nesta primeira etapa de implementação, já foram envolvidos na RNCCI mais de 2.500 profissionais, em todo o território continental. Uma vez que a RNCCI assenta em serviços comunitários de proximidade é de salientar a sua importância na criação de postos de trabalho no interior do país.

O grau de implementação e o impacto atingido pelo projecto tornam-no incontornável.

A diferença em relação a outras tentativas anteriores no âmbito do desenvolvimento das políticas de apoio às pessoas idosas ou cidadãos em situação de dependência foram as estratégias utilizadas para o início da implementação da RNCCI. Estas estratégias conduziram, nesta primeira etapa do processo, a uma considerável cobertura populacional e representam uma importante oferta de serviços. Assim, até à data de 30 de Junho 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 assentes em parcerias públicas, sociais e privadas.

O processo de implementação das experiências piloto envolveu um conjunto de actividades ao nível de vários centros de intervenção: planeamento, jurídico, clínico/assistencial e pedagógico.

As experiências piloto definidas **englobaram todas as tipologias de cuidados previstas na RNCCI à excepção das unidades de Dia e Promoção da Autonomia.**

Até 30 de Abril de 2007 procedeu-se à **contratação de um total de 898 camas**, distribuídas pelas diferentes regiões do país, iniciando-se a cobertura de necessidades de utentes que requerem internamento. Destas, **329** pertencem à tipologia de internamento de **Longa Duração e Manutenção**; **323** à tipologia de **Convalescença**; **223** à tipologia de **Média Duração e Reabilitação** e **23** à tipologia de **Cuidados Paliativos**. A implementação destas unidades efectuou-se de forma progressiva ao longo do último trimestre de 2006 e primeiro semestre de 2007; celebrando-se a maioria dos acordos (85,7%) durante o último trimestre de 2006.

À data de encerramento deste documento, o número total de camas contratadas era já de 954.

O número de camas contratadas até à data de 30 de Abril de 2007 supõem uma cobertura inicial de:

20 camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos (segundo o Censo de 2001, INE) no conjunto de Portugal Continental para a tipologia de cuidados de **Convalescença**. A previsão até ao final de 2008 situa-se num rácio estipulado de 60 camas por 100.000 habitantes idosos, o que supõe aumentar a capacidade nessa altura até mais 750 camas em todo o território continental.

14 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos na tipologia de Média Duração e Reabilitação. A previsão até ao final de 2008 situa-se num rácio estipulado de 60 camas por 100.000 habitantes idosos, o que supõe a necessidade de implementar até essa altura mais 650 camas. A previsão até ao final de 2008 situa-se num rácio estipulado **de 70 camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos**, o que supõe implementar mais de 1.100 camas até essa data.

40 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos na tipologia de internamento **Longa Duração e Manutenção.** Neste caso, os rácios previstos a atingir em 2008 situam-se na existência de 167 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos. A actual implementação supõe o alargamento de quase 1.400 novas camas até 2008.

1 cama de Cuidados Paliativos por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos; localizadas na região de Lisboa e Vale do Tejo. Os rácios previstos a atingir em 2008 situam-se em 20 camas por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos. Assim, o alargamento para esta tipologia de cuidados deverá superar as 300 camas até 2008.

Não obstante a importância dos rácios de cobertura atingidos, existem **grandes variações de cobertura entre as regiões;** sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo a menos favorecida em todas as tipologias de internamento da RNCCI.

A percentagem de execução dos Planos Regionais de Implementação das experiências piloto até à data de 30 de Abril de 2007 também foi diferente entre regiões, sendo as regiões do Centro e Algarve as que completaram os seus objectivos.

Manter os objectivos actuais de cobertura para o ano 2008 supõe realizar um grande esforço, tanto no desenvolvimento e

alargamento de todas as tipologias (que se deverão acompanhar do efectivo apoio financeiro), como na revisão dos actuais processos de planeamento territorial para equilibrar a cobertura entre regiões.

Num futuro próximo, esta experiência deverá ter permitido o reconhecimento dos planos de implementação anuais como espinha dorsal para o desenvolvimento de um modelo que consiga dar resposta às necessidades com base num planeamento rigoroso, na estreita monitorização da implementação e da constante prossecução e avaliação dos objectivos propostos; bem como de um modelo economicamente sustentável.

O grau de cumprimento de implementação das **equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos** supera o previsto (com uma percentagem de 150%), com um total de 6 equipas. Por outro lado, o grau de execução das **equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos** foi apenas de 20%, com **1 equipa** constituída. A cobertura definida para esta tipologia de cuidados para 2008 é de 1 equipa por 250.000 habitantes para a cobertura das equipas Intra-hospitalares e 1 equipa Comunitária por 150.000 habitantes, situando até essa data, o esforço de alargamento em 35 e 62 novas equipas, respectivamente.

A implementação real no momento das **equipas de Gestão de Altas** supera os objectivos definidos nas experiências piloto. Assim, foram constituídas até ao fim de Junho de 2007 um total de **65 equipas** face às 47 previstas, o que **supõe uma elevada cobertura: 90,3% dos hospitais.**

No caso das **equipas de Cuidados Continuados Integrados**, reforçaram-se **138 equipas**, estando em valores muito próximos da meta estabelecida (150 equipas). O objectivo no ano de 2008 atinge a cobertura de 100% dos centros de saúde.

É de assinalar que **ainda não foi iniciada a implementação da tipologia de cuidados ambulatoriais, através das unidades de Dia e Promoção da Autonomia**. Para 2008 está previsto atingir-se uma cobertura de 1,5 lugares por 1.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, com um total de 2.718 lugares. Assim, os esforços aplicados para a aproximação a estes objectivos deverão ser grandes e visíveis.

Relativamente à **participação dos custos de funcionamento nas tipologias de internamento da RNCCI destaca-se a importância do sector da saúde que se traduz, nesta etapa inicial, em 76% dos recursos empregues**. A maior percentagem (46,6%) destina-se à tipologia de internamento de Convalescença, seguido da tipologia de Média Duração e Reabilitação (29,6%), Longa Duração e Manutenção com 19,1% e Cuidados Paliativos, com 4,6%. Nas tipologias mistas (cuidados de saúde e de apoio social), os custos com cuidados de saúde são a fatia maioritária na tipologia de internamento de 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). Estima-se que a comparticipação do utente nas tipologias mistas se situou entre 30% a 35% dos encargos de cuidados de apoio social (UMCCI, 17.07.07).

O sucesso atingido tem de ser considerado como o resultado da complementaridade de esforços dos diferentes agentes.

Assim, deve assinalar-se o volume e empenho dos profissionais mobilizados já nesta altura, tanto da estrutura administrativa central e territorial dos ministérios, como dos Conselhos de Administração das Administrações Regionais de Saúde e das direcções dos Centros Distritais da Segurança Social; dos responsáveis das entidades parceiras prestadoras dos cuidados (de destacar o apoio da União das Misericórdias Portuguesas, enquanto elemento chave no seu papel de maior prestador da nova RNCCI, com 79% do total de acordos celebrados). Da mesma forma, tem que se salientar a colaboração (formal e informal) dos profissionais clínico-assistenciais envolvidos e a sua dedicação e entusiasmo constante (assinalado sempre nas informações

qualitativas deste estudo) que ajudaram a atingir os resultados apresentados e a colmatar as insuficiências e incertezas próprias de uma etapa de arranque.

O novo modelo constitui-se a partir da introdução de novos paradigmas nos âmbitos do trabalho intersectorial e do planeamento e abordagem das necessidades e a partir da concepção de novas fórmulas de trabalho, numa proposta e num desafio de mudança cultural para o SNS e para a Rede de Apoio Social.

Nesse sentido, a própria extensão da RNCCI pode actuar como um factor crítico na consolidação e desenvolvimento da filosofia proposta de forma sólida e homogénea em toda a RNCCI. Assim, todas as intervenções a desenvolver nos campos da comunicação, formação, difusão e extensão de critérios comuns mínimos de actuação tornam-se pilares da consolidação das bases do modelo.

A RNCCI preconiza uma mudança na concepção da prestação dos cuidados, situando as pessoas, as famílias e as suas necessidades de cuidados no centro do atendimento.

Introduzem-se novos paradigmas de cuidado integral das necessidades (*modelo funcional versus modelo tradicional biomédico*). Esta nova visão requer modalidades de organização e funcionamento inovadoras que passem por cada um dos agentes de modo a que os sistemas e mecanismos de articulação, coordenação e consenso se tornem numa das chaves do processo de construção da RNCCI.

A RNCCI define um **novo nível de cuidados que atravessa de forma transversal o SNS e a rede de Apoio Social**. Através das equipas de Gestão de Altas inseridas nos hospitais e das equipas de Cuidados Continuados Integrados dos centros de saúde, a RNCCI interliga-se com o nível especializado e primário de cuidados de saúde. O novo modelo de cuidados assenta sob a concepção duma composição e funcionamento em rede, onde as diferentes tipologias de respostas atravessam a clássica organização parcelada entre o nível hospitalar e o nível de cuidados de saúde primários.

Através do desenvolvimento de novos paradigmas **promove a revisão do papel do nível hospitalar e reforça o papel dos cuidados de saúde primários** 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 definido o papel a desenvolver bem como as suas responsabilidades. Tal como é concebido, o novo modelo atingirá somente o seu sucesso com o desempenho harmonioso de todas as partes do sistema.

Assim, destaca-se o necessário **fortalecimento dos cuidados domiciliários** a partir dos profissionais dos centros de saúde, como factor de sucesso e sustentabilidade da RNCCI. Este aspecto foi expressado pelos agentes da Rede e constatado através dos resultados dos dados obtidos pelas equipas de Coordenação Local e das unidades de internamento; que mostram respectivamente que 4% dos casos são referenciados para as equipas de Cuidados Continuados Integrados e 25% das altas (utentes saídos) têm indicação de cuidados domiciliários, percentagem que é superior nas unidades de Convalescença (30% das altas).

Um nível correcto de prestação de cuidados domiciliários permite atingir coberturas mais amplas de utentes e previne o colapso e saturação das respostas de internamento, face a uma procura que irá certamente aumentando ao longo do tempo. Neste sentido, tão importantes são a adequação dos cuidados de saúde como a extensão do apoio domiciliário social aos utentes e famílias.

A necessidade de **envolver os profissionais dos hospitais nos conceitos de continuidade de cuidados bem como de sensibilizá-los em relação ao trabalho das equipas de Gestão de Altas** no planeamento das altas não é somente um elemento chave definido pela RNCCI.

Assim, o crescimento discreto nas taxas de ocupação das unidades de Convalescença assinala um ponto de alerta no dinamismo da referenciação por parte dos hospitais à RNCCI. Este aspecto foi reiterado nas contribuições qualitativas; tanto através das apreciações sobre o volume das referenciações, como sobre o débil apoio e

colaboração que, em alguns casos, estão a receber as equipas de Gestão de Altas.

Esta necessidade vem reforçada pelos seguintes dados:

Os dados sobre os diagnósticos mais frequentes que motivam a hospitalização nas pessoas idosas (acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares crónicas e agudas, fracturas do colo do fémur e neoplasias). Estas entidades patológicas, habitualmente presentes como motivos médicos mais frequentes nas redes de serviços de cuidados continuados, encontram-se já na RNCCI.

O risco que supõe a própria hospitalização face à apresentação de novas complicações nos utentes idosos ou frágeis, amplamente documentado na literatura internacional, repercute a degeneração funcional provocando uma alta perda da qualidade de vida das pessoas e condicionando uma maior necessidade de cuidados. Esta degeneração pode aparecer em 25% a 55% das pessoas idosas hospitalizadas e afecta sobretudo a sua capacidade para as deslocações e passeios, o controlo dos esfíncteres e a higiene pessoal (Alarcón, 1996, Galeano, 1997 e Gutiérrez, 1997).

É essencial uma prestação de cuidados desde o seio do hospital, que há-de ser capaz de detectar precocemente os utentes em risco, a partir de uma visão que ultrapasse a concepção biomédica e iniciando o planeamento adequado das altas.

Numa etapa tão precoce do desenvolvimento não é de estranhar que seja difícil encontrar adesões totais ao novo conceito de cuidados e à introdução de formas de trabalho que, neste caso, modificam uma longa etapa de atitudes adquiridas. A filosofia da própria RNCCI implica portanto importantes mudanças no *modus operandi* hospitalar pelo que será necessária a introdução de ajustes internos nos serviços que permitam superar a concepção e funcionamento dos serviços como partes firmes, onde o “dono do utente é o serviço” e que contribuirão para a detecção precoce de casos candidatos a cuidados continuados.

É essencial que sejam aprofundadas e difundidas nos hospitais as novas filosofias de cuidados que a RNCCI preconiza, incorporando o debate do melhoramento do funcionamento da RNCCI a profissionais de reconhecido mérito no meio hospitalar. Para além disso, é fundamental o fortalecimento do apoio institucional às equipas de Gestão das Altas para ajudar na sua consolidação no interior do hospital e ainda a melhoria na aplicação dos critérios de referenciação e difusão dos mesmos.

O modelo de referenciação e admissão dos utentes na RNCCI constitui-se como pilar da gestão do utente e constitui a estratégia para garantir um correcto funcionamento da RNCCI no sentido de assegurar o oportuno acesso e garantir a articulação.

Neste sentido, cabe destacar a **rápida adaptação das novas equipas de Coordenação Local** às novas modalidades de trabalho, desenvolvendo com forte empenho um trabalho baseado na multidisciplinaridade.

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. É preciso superar pontos críticos na sua operacionalização quotidiana. Assim deve mencionar-se que:

O tempo total empregue na gestão dos pedidos de admissão na RNCCI e a entrada efectiva na RNCCI situa-se num total de 6 dias de média. Ainda que este período de tempo não possa considerar-se como aspecto negativo nesta etapa da implementação e início de trabalho, sugere uma revisão da organização actual do trabalho das ECL e dos sistemas de comunicação. A organização do trabalho e os sistemas de comunicação utilizados constituem aspectos especialmente importantes nas solicitações de admissão de utentes candidatos para o internamento em unidades de Convalescência e de Cuidados Paliativos.

Existe necessidade por parte das equipas de Coordenação Local em **aprofundar a aplicação dos critérios e em estabelecer instrumentos de avaliação homogéneos**. Cabe destacar também a importância de avançar no desenvolvimento do registo de um conjunto homogéneo de dados ao nível de todas as ECL.

O modelo de gestão da RNCCI apresenta, ainda que de forma incipiente, os instrumentos e as estruturas básicas para o seu correcto funcionamento e possível evolução. Supõe um claro fortalecimento institucional no modelo de gestão descentralizado e apresenta a garantia da liderança a nível nacional e territorial.

Neste sentido, deve-se assinalar a importância do enquadramento do modelo dentro da **estratégia nacional única inserida no Serviço Nacional de Saúde e na rede de Apoio Social, integrando não somente as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social como também o objectivo de uma operacionalização comum no território**, que permita a abordagem correcta das necessidades dos utentes. Assim, é preciso destacar o papel estratégico da RNCCI para a modernização do Serviço Nacional de Saúde, no apoio da modernização e sustentabilidade do Sistema Público de Segurança Social.

A dinâmica de funcionamento partilhada que desenvolve consensualmente, entre o sector da saúde e da segurança social, propostas sob uma visão única, multidisciplinar e integrando a perspectiva regional, apresenta-se como um claro ponto forte do modelo. Esta estratégia é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados com capacidade de adaptação temporal e territorial.

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 participação e co-responsabilização no desenvolvimento do modelo entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e utentes constitui um aspecto chave.

Um dos aspectos identificado como factor de êxito da implementação e futuro desenvolvimento da RNCCI é o facto de estar representada por múltiplas entidades parceiras, ainda que a maioria das entidades (79%) pertençam ao mesmo prestador, a União das Misericórdias Portuguesas. Esta última

característica poderia constituir uma vantagem pela existência de uma grande massa de entidades com políticas e procedimentos comuns, não obstante, os resultados obtidos não corroboram esta hipótese.

Nas futuras etapas, **abrir a RNCCI à diversidade de parceiros**, incluído no sector privado, pode trazer maior facilidade para o alargamento rápido da Rede e para a inclusão de novas perspectivas e modelos de gestão que podem enriquecer o modelo.

O estabelecimento de **“regras de jogo” homogéneas** para uma mesma tipologia de cuidados, independentemente da natureza da instituição que presta os cuidados (condições dos contratos) deve considerar-se como um dos pontos fortes do modelo. Este âmbito apresenta no entanto grandes margens de melhoria como, por exemplo, a introdução de incentivos aos resultados que abrangem os âmbitos da qualidade das intervenções.

De assinalar o **papel das equipas de Coordenação Regional** nesta primeira fase de desenvolvimento da RNCCI as quais, conjuntamente com o apoio dos respectivos conselhos de administração e técnicos regionais, se constituíram como verdadeiros obreiros da viabilidade do projecto de implementação das experiências piloto. O Plano de Implementação das experiências piloto, proposto em 2006, foi resultado de um trabalho exaustivo de identificação de experiências piloto no qual intervieram responsáveis do sector da saúde e do sector social, sendo necessário destacar o esforço e protagonismo das equipas regionais.

É necessário salientar também a relevância das equipas de Coordenação Regional no futuro do desenvolvimento da RNCCI, relativamente ao seu contributo para um alargamento adequado e equilibrado, para um desenvolvimento sistemático nas relações contratuais, na avaliação contínua e no suporte aos prestadores, este último, através de orientações, informação técnica e respostas rápidas.

No período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007, relativamente ao volume de pedidos de admissão na RNCCI, destaca-se:

A grande actividade desenvolvida pelas equipas de Coordenação Local.

Deve-se evidenciar a existência de mais de 2.000 casos reportados com informação básica para poder elaborar uma caracterização geral dos utentes neste período (dos quais apresentavam informação válida um total de 1.895 casos).

Esta informação permitiu caracterizar os utentes propostos para admissão na RNCCI. Assim:

A percentagem de utentes propostos que vivem sós é de 16%.

A percentagem de utentes propostos **que recebiam algum tipo de apoio no momento da referenciação para a RNCCI atingiu 59%. Os familiares constituem em 42% dos casos o prestador do apoio.** Dos tipos de apoio social que recebem os utentes destacam-se a higiene pessoal, a alimentação e a higiene de roupa (26 %, 18% e 18% respectivamente).

Entre os motivos de pedido de admissão na RNCCI **destacam-se os casos relativos à saúde, quer seja por agudização de uma doença crónica ou por motivo de vigilância e aplicação de tratamento.** A dependência nas actividades da vida diária (AVD) situa-se como segundo motivo de pedido de ingresso (46% dos pedidos).

A RNCCI apresenta um dinamismo de crescimento nas unidades de internamento e uma alta cobertura populacional efectiva.

1 em cada 7.147 habitantes (segundo o Censo de 2001, INE) foram já atendidos nas unidades de internamento da RNCCI, o que supõe que **0,01% do total da população geral foi atendida nas unidades de internamento da RNCCI** no período analisado (Novembro de 2006 a Abril de 2007).

Os rácios de cobertura populacional para os **utentes com idade igual ou superior aos 65 anos situam-se em 1 em cada 1.470 cidadãos; ou seja, 0,07% do total da população igual ou maior de 65 anos (Censo 2001, INE).**

O rácio de cobertura tem diferentes expressões por região, explicadas basicamente pela diferente composição do volume territorial da oferta em relação à população de cada região. Assim, a região do Algarve atinge a maior cobertura, com 1 habitante atendido em cada 2.258 pessoas e, a menor cobertura encontra-se na região de Lisboa e Vale do Tejo, com 1 habitante atendido em cada 28.880 pessoas. Os dados obtidos mostram uma correlação equilibrada entre os utentes atendidos (tratados) e a oferta em camas nas unidades de internamento em cada território.

O número de utentes atendidos é claramente superior ao número de utentes com alta (saídos) para todas as tipologias e regiões e as entradas de utentes são claramente superiores às saídas. Estes perfis mostram uma **clara tendência do incremento de actividade nas unidades de internamento da RNCCI**. Assim, podemos afirmar que o número de utentes nas unidades está a aumentar.

O dinamismo observado tem que ser considerado como um elemento positivo num período de início de funcionamento onde, paulatinamente e de forma progressiva, as unidades estão a ter mais procura. As unidades de Longa Duração e Manutenção são as que apresentam maior dinamismo no que se refere à percentagem de obtenção de novos utentes, seguidas das unidades de Convalescença. A grande diferença entre os valores das entradas e saídas a favor das primeiras é sinal de alerta quanto à possível saturação da capacidade; aspecto observado nas unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção da região Centro.

Da caracterização da actividade das unidades de internamento destaca-se que as declarações dos prestadores, definidas nos contratos, permitem a análise de dados de 71% do total da capacidade das camas contratadas na RNCCI no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007. Estas abrangem os dados das unidades com declaração à UMCCI até 23 de Maio de 2007 (87% do total das unidades em funcionamento e 76% das declarações esperadas).

É necessário destacar a **importância do rigor das declarações realizadas bem como a pontualidade das mesmas**. Neste primeiro exercício, o esforço final dos prestadores no mês de Maio no envio dos relatórios de informação mensal, nomeadamente o *RIM*, permitiu atingir uma amostra suficiente para

poder realizar uma caracterização da actividade das unidades de internamento da RNCCI para esta etapa inicial de funcionamento.

O total de utentes declarados como atendidos (tratados), para os meses e unidades com dados aparentemente consistentes, foi de 1.394. O maior volume de utentes atendidos concentra-se na tipologia de Convalescença com 47%; as unidades de Longa Duração e Manutenção abrangem 22%; as unidades de Média Duração e Reabilitação 26% e, por fim, as unidades de Cuidados Paliativos envolvem 5% dos utentes atendidos.

A faixa etária preponderante nos utentes entrados situa-se entre os 70 e 89 anos, representando 66% do total dos utentes. As pessoas com mais de 70 anos e menos de 80 supõem 34% do total e as pessoas com idades compreendidas entre 80 e 90 anos compreendem 32% do total de utentes entrados. Assim, a idade média obtida situa-se nos 72 anos.

Há que destacar que as unidades da RNCCI estão a prestar cuidados a um volume importante de pessoas mais jovens. Assim, os utentes entrados com idades inferiores aos 60 anos representam 16% do total. Nas unidades de Cuidados Paliativos observa-se a idade média mais baixa (67 anos) e a percentagem mais relevante de pessoas mais jovens.

A cobertura dos utentes é maioritariamente realizada por parte do SNS atingindo 88% do total.

A maior parte dos internamentos do período tem declarado como proveniência o hospital, em 68% dos casos, destacando-se as unidades de Convalescença (83%) e as de Cuidados Paliativos (63%). A segunda proveniência mais frequente é o domicílio do utente, com 13% dos casos. Nas unidades de Cuidados Paliativos 35% dos utentes entrados tem como proveniência o domicílio.

A percentagem total das altas (utentes saídos) sobre o total de utentes atendidos nas unidades de internamento no período analisado situa-se nos 62%, destacando-se as unidades de Convalescença e as de Cuidados Paliativos com um volume maior.

56% do total dos utentes com alta tem como destino o domicílio ou os lares e residências. Desses, 25% têm indicação de cuidados domiciliários. Em 47% dos casos, o motivo da alta é por obtenção dos objectivos terapêuticos previstos.

As unidades de Convalescença (62%) e as unidades de Média Duração e Reabilitação (58%) mostram uma clara maioria de altas com destino para os domicílios e lares/residências dos utentes. Estes dados, comparados com resultados a nível internacional (à volta dos 70%), ainda se situam um pouco abaixo do esperado. As unidades de Longa Duração e Manutenção apresentam uma percentagem de apenas 32% de utentes com alta para o domicílio, 12% destes com indicação de cuidados domiciliários.

No caso das unidades de Convalescença, o motivo da alta por obtenção de objectivos terapêuticos situa-se nos 59% e apresentam 13% de altas por óbito, valor aproximado ao apresentado na literatura para unidades com perfil similar.

Nas unidades de Média Duração e Reabilitação observa-se uma percentagem considerável de utentes saídos com destino ao hospital por motivo de agudização (17%). Os óbitos representam 14% dos motivos de alta nestas unidades.

As unidades de Cuidados Paliativos apresentam um único tipo de destino, concordante com os dados obtidos para os óbitos como motivos de alta.

O perfil dos motivos das saídas das unidades de Longa Duração e Manutenção é totalmente diferente do das outras tipologias. Assim verifica-se uma percentagem de 43% de casos referentes a óbitos; 21% de casos referentes a agudizações; uma elevada percentagem de altas voluntárias (14%) e, finalmente, um baixo valor (7%) dos casos com alta por obtenção dos objectivos terapêuticos.

A demora média segue um padrão heterogéneo entre as diferentes unidades e regiões.

Nas **unidades de Convalescença, a média de dias de internamento é de 33 dias**; com diferenças de 26 dias entre as unidades da região Lisboa e Vale do Tejo (52 dias) e as unidades da região Norte (26 dias de demora média).

Nas **unidades de Média Duração e Reabilitação, a média em dias de internamento é de 76 dias**, com diferenças de 64 dias entre as unidades da região de Lisboa e Vale do Tejo (118 dias) e as da região Centro (54 dias).

Nas **unidades de Longa Duração e Manutenção, a média em dias de internamento é de 135**, com diferenças de 118 dias entre as unidades da região Norte (202 dias) e as da região do Algarve (84 dias).

As duas **unidades de Cuidados Paliativos**, localizadas na região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentam uma demora média de **37 dias**.

Analisando as taxas de ocupação por meses observa-se uma evolução rápida e positiva nas diferentes tipologias de unidades, excepto para as unidades de Convalescença. Os perfis obtidos são coerentes para uma fase de início de funcionamento.

As unidades de Média Duração e Reabilitação, tal como as unidades de Longa Duração e Manutenção, atingiram no mês de Março taxas de ocupação superiores a 80% (82% e 85% respectivamente). Para as unidades de Média Duração e Reabilitação observa-se um comportamento homogéneo entre as diferentes regiões. Por sua vez, na tipologia de Longa Duração e Manutenção assiste-se à variabilidade inter-regional nas taxas de ocupação, com valores máximo e mínimo de, respectivamente 74% na região Norte e 47% na região do Algarve.

A taxa de ocupação nas unidades de Cuidados Paliativos situa-se acima dos 95% desde o início do seu funcionamento.

Somente **as unidades de Convalescença apresentam uma taxa de ocupação inferior (65% para o mês de Março)**, pese embora o crescente dinamismo que foi identificado para este tipo de unidades. Por outro lado, observam-se claras diferenças inter-regionais. Estes resultados reforçam os dados qualitativos onde se identificava como constrangimento a existência ainda de certas resistências por parte dos hospitais no envio de utentes para esta tipologia de unidade.

Dos diagnósticos médicos declarados no momento da entrada dos utentes nas unidades de internamento, observa-se o destacado peso das **doenças vasculares cerebrais agudas (12%)**, as **doenças por oclusão de artérias cerebrais (8%)**, as **fracturas do colo do fémur (7%)**, os casos relativos a **efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais (5%)** e as **úlceras crónicas da pele (4%)** como os cinco principais diagnósticos verificados. Observa-se uma reiterada presença dos mesmos diagnósticos nas diferentes tipologias de unidades, à excepção das unidades de Cuidados Paliativos, onde as doenças relacionadas com neoplasias abrangem praticamente 100% de casos.

Os códigos de identificação dos bilhetes de identidade (BI) dos utentes permitiram identificar as diferentes pessoas que foram internadas nas unidades de internamento no período estudado. **Cada utente apresenta 1,4 internamentos.**

Assim, 30% dos utentes apresentam mais de um internamento, isto é, um internamento em cada dois é realizado por pessoas diferentes.

3% do total dos utentes apresentam internamentos entre diferentes tipologias de unidades dentro da RNCCI. Na maioria dos casos (48%), combinam internamentos para a mesma pessoa entre uma unidade de Convalescença e uma unidade de Média Duração e Reabilitação. É na região Centro que se localizam a maior parte destas mobilidades

internas de utentes da RNCCI. Assim, o indicador mobilidade apresenta, nesta altura, resultados baixos.

O número total de *reinternamentos* (internamentos reiterados de utentes na mesma tipologia de unidade dentro do período estudado) é de 25% do total de internamentos e abrange 27% do total de utentes internados na RNCCI no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007. O maior número, surpreendentemente, é apresentado nas unidades de Média Duração e Reabilitação. O menor número corresponde a pessoas da tipologia de Longa Duração e Manutenção. As unidades de Cuidados Paliativos não apresentam *reinternamentos*.

Estes dados, obtidos para um curto período de tempo, assinalam um ponto de alerta na gestão das entradas dos utentes, especialmente na tipologia de Média Duração e Reabilitação que, por ser mantida no tempo, pode comprometer a capacidade de cobertura efectiva da RNCCI a um volume de cidadãos menor que o desejado. Neste sentido, é importante conhecer melhor as tipologias de utentes entrados e motivos que possam esclarecer dinâmicas não esperadas.

O trabalho da equipa da UMCCI no acompanhamento das experiências piloto, através de visitas e centrado sobre as condições estruturais e organizativas das unidades complementa os dados apresentados. Assim, destacam-se os seguintes aspectos:

As instalações da maioria das unidades de internamento da RNCCI apresentam um elevado nível de qualidade no que diz respeito às condições mínimas definidas, com especial incidência nas regiões Norte e Centro. Importa destacar:

A preocupação para a eliminação de barreiras arquitectónicas, o que garante condições de acessibilidade na generalidade dos casos.

A necessidade de melhorias na segurança contra a intrusão e a fuga de utentes.

A existência de sistemas automáticos de detecção e de combate a incêndios surgem de uma maior sensibilização para a necessidade de desobstrução das saídas de emergência.

Inexistência de uma prática generalizada na manutenção e reposição em caso de avaria, em especial dos aparelhos de suporte de vida.

Relativamente à gestão de risco e higiene, saúde e segurança no trabalho, a tentativa de implementação das normas legais por parte das unidades é notória.

Por enquanto, **as unidades do SNS mostram claras deficiências no equipamento e nas condições gerais.**

Relativamente à **organização interna** das unidades e equipas da RNCCI, considera-se que se deveria melhorar a definição de modelos de funcionamento adaptáveis que permitam a construção de modelos específicos para cada tipologia de cuidados, simultaneamente avaliáveis e contrastáveis entre si.

A heterogeneidade e a diversidade caracterizam os resultados obtidos nas análises de pessoal e despesas das unidades de internamento da RNCCI:

Uma das bases da RNCCI considerada chave é a diversidade de perfis profissionais existentes, o uso de diferentes perfis em função de necessidades específicas de cuidados e ainda a adopção de métodos inovadores de trabalho tais como o trabalho em equipa, intra e interinstitucional e, intra e intersectorial.

Os resultados obtidos na análise das dotações de pessoal declaradas pelos prestadores mostram, para todas as tipologias de internamento, **uma alta heterogeneidade na composição das estruturas de profissionais, ou seja, na composição e peso de cada tipologia de pessoal.** Esta diversidade de perfis entre unidades sugere, por um lado, a **inexistência de um padrão**

homogêneo entre as unidades de uma mesma tipologia e por outro, a não concordância, na maioria das unidades, com o perfil definido através das condições mínimas de funcionamento estabelecidas no anexo 3 dos contratos.

Além disso, a dispersão e a heterogeneidade encontrada nas unidades de uma mesma tipologia questiona a prestação de pacotes similares de serviços.

As dotações de pessoal são baixas e preocupantes nos perfis de fisiatras, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Por tipologia de unidades podemos destacar que:

Nas unidades de Convalescença, o conjunto de horas por mês e cama declarado pela unidade difere negativamente em 77% do esperado, sendo as dotações de fisiatras, médicos e dietistas as que atingem rácios mais preocupantes.

Nas unidades de Média Duração e Reabilitação, as dotações de pessoal situam-se, no seu conjunto, abaixo de 74% dos rácios estabelecidos nos contratos em força de trabalho de horas por mês e cama. Destaca-se a falta de médicos, fisiatras e auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa.

Nas unidades de Longa Duração e Manutenção, o desvio situa-se num valor 65% abaixo do previsto. Aqui são os terapeutas ocupacionais, os psicólogos e os dietistas que apresentam as dotações mais baixas.

Os resultados nas unidades de Cuidados Paliativos não se podem considerar analiticamente relevantes pois somente duas unidades foram estudadas. Neste caso, ambas as unidades apresentam um volume de dotação muito diferente, mas uma estrutura de pessoal similar, baseada em pessoal médico e de enfermagem e auxiliares de acção médica.

Os baixos rácios obtidos agravam-se nas unidades muito pequenas.

Estes resultados demonstram uma grande fragilidade para poder assegurar a prestação dos serviços previstos inicialmente para cada tipologia de internamento e constituem um desafio quanto a uma prestação de cuidados

equitativa em termos de conteúdos de serviços a prestar entre diferentes unidades e/ou territórios. Assim, colocam em risco:

A sólida implementação e extensão da prestação de cuidados sob o prisma da filosofia de cuidados prevista e que atinja a expectativa, em quantidade e qualidade.

A introdução de guias básicos de boas práticas clínicas, se essas forem elaboradas mediante as expectativas que marcam os *standards*, comprometerá a comparação de resultados qualitativos entre as unidades e o estabelecimento de metas comuns dentro da mesma tipologia de unidade.

Os resultados obtidos nas dotações de pessoal têm fortes repercussões na estrutura, composição e variabilidade das despesas encontradas entre unidades. Assim, o peso de pessoal dentro do conjunto das despesas declaradas situa-se abaixo do esperado e habitual para unidades de internamento destas tipologias.

Segundo indicam os economistas peritos em saúde, as despesas de pessoal estão sujeitas a fortes economias de escala, pelo que a rentabilidade das unidades e a capacidade de atender utentes aumenta consideravelmente ao reunir um número elevado de profissionais e de utentes no mesmo sítio. **Por isso, a dimensão actual de algumas unidades não é um factor que favoreça uma boa gestão dos recursos.**

Obteve-se 16 camas como valor médio para o conjunto das unidades de internamento. Esta dimensão deverá ser revista no futuro planeamento territorial dos recursos de internamento da RNCCI por questões de eficiência e qualidade nos cuidados prestados e para garantir a sustentabilidade financeira do modelo.

A análise das despesas declaradas pelos prestadores das unidades de internamento confirma a heterogeneidade e variabilidade das unidades e assinala possíveis pontos de melhoria na gestão de recursos.

O objectivo da análise centra-se na procura de perfis de comportamento e identificação de elementos com desvios significativamente superiores à média das unidades duma mesma tipologia. Assim, a análise baseia-se exclusivamente na comparação das diferentes unidades entre si.

As unidades estudadas têm pouco tempo de funcionamento. Num contexto como este, as estruturas de gestão e os protocolos de funcionamento, com certeza ainda não estão devidamente estabelecidos. Sendo assim, não é de estranhar as grandes variações encontradas nas estruturas das despesas declaradas. No entanto, elementos que poderiam ser preocupantes em alguns centros com anos de funcionamento, aqui representam elementos de alerta sobre os quais se deverá prestar mais atenção.

Para os conceitos de pessoal observamos valores que rondam os 60%, estando unicamente as unidades de Cuidados Paliativos nos 80%. Sem ter à disposição um estudo pormenorizado, não parece descabido adiantar que para estruturas de saúde se tratam de rácios pequenos. Seria de esperar que este rácio manifestasse valores superiores.

Observam-se desvios de despesas variáveis muito significativos entre unidades da mesma tipologia. Assim, as despesas de medicamentos; material de consumo clínico; material de consumo administrativo; material de consumo hoteleiro e despesas de alimentos não seguem o mesmo padrão e mostram valores muito diferentes.

As diferenças detectadas entre unidades não são esperadas nem encontradas habitualmente entre unidades que prestam a mesma tipologia de cuidados, pelo que, a partir dos resultados obtidos, pode intuir-se que os cuidados prestados nas diferentes unidades podem não ser homogéneos. No caso dos medicamentos (armazenamento, administração ou registo), as visitas da equipa da UMCCI assinalaram este âmbito particular como uma área que merecia atenção.

As despesas obtidas por utente e dia de internamento projectadas a uma taxa de ocupação comum, para que sejam comparáveis, apresentam também uma variação muito elevada, retirando inclusivamente conceitos com valores

significativos como são as despesas de medicamentos e material de consumo clínico.

Ainda que os resultados obtidos devam ser contrastados, assinalam margens de melhoria importantes. A variabilidade e desvios acima de 20% da média encontrados em bastantes unidades para diferentes conceitos de despesa têm de servir de apoio à revisão das actuais estratégias utilizadas na gestão de recursos. É essencial, nesta primeira fase, aprofundar as possíveis melhorias internas em cada unidade, pois o funcionamento dos próximos meses estabelecerá rotinas e métodos de trabalho que, uma vez instalados, condicionarão durante muito tempo os serviços e as formas de funcionamento.

Estes resultados indicam a impossibilidade de serem utilizados como valores de referência para a revisão dos preços actuais. Assinala-se a importância do rigor na declaração dos dados.

Fixar um preço alto baseado nos resultados dos superiores implicaria pôr em risco a sustentabilidade futura e poder também ignorar a necessidade de revisão e melhoria das estruturas de gestão das entidades; enquanto que fixar um preço por defeito (baixo) baseado nos prestadores que apresentam menores despesas, poderia implicar a impossibilidade de prestar um serviço de qualidade, sobretudo tendo em conta os resultados obtidos na análise de pessoal. **Assim, indica-se o risco nesta altura de estabelecer ou marcar um “preço definitivo”.**

Deve referir-se que a decisão de começar a implementação da RNCCI com um elevado número de unidades tem com certeza muitas vantagens, mas acarreta riscos, neste caso observado tanto nas análises de despesas como nas de pessoal, onde está presente uma grande variabilidade entre unidades da mesma tipologia que não permitem desenhar perfis ou tendências homogéneas.

O modelo de cuidados definido inclui suficiente amplitude e flexibilidade para ser adaptado a cada realidade e permite a incorporação de novas especializações. No entanto, não se podem obter conclusões consistentes a partir do seu grau de desenvolvimento actual.

A prestação de cuidados prevista na RNCCI define metas ambiciosas e 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 esteja de acordo com as expectativas definidas. Neste ponto reside a **relevância do papel dos profissionais e das entidades prestadoras**, os quais se constituem como verdadeiros braços operativos do desenvolvimento da RNCCI.

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, engloba uma ampla e flexível capacidade de resposta para poder oferecer cuidados adequados às diferentes necessidades e perfis de utentes que contribuam para permitir uma cobertura adequada e adaptável no tempo.

O **trabalho em equipa e a multidisciplinaridade preconizada pela RNCCI** foi identificada pelos agentes como valores chave para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados.

Assim, considera-se que:

O desenvolvimento da **competência clínica** adequada e específica nas diferentes tipologias de cuidados deve efectuar-se 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**.

A falta de informação documentada sobre o trabalho realizado pelas equipas da RNCCI cinge as considerações deste estudo às unidades de internamento.

Neste sentido, convém também salientar que os conteúdos das actuais informações compiladas sistematicamente pelas unidades ou equipas de Coordenação Local não podem fornecer dados sobre os conteúdos e características da qualidade dos serviços prestados; aspecto compreensível tendo em conta a actual fase de desenvolvimento da RNCCI.

Não existe um modelo de Plano Individual de Cuidados, cada prestador cria e utiliza o seu próprio modelo.

As visitas da equipa UMCCI às unidades indicam que:

O processo individual está presente em todas as unidades visitadas.

A existência de actividades e atitudes a favor da privacidade e confidencialidade, tanto na prestação dos cuidados como no armazenamento dos registos.

A existência de vazios no estabelecimento de condições para a segurança do utente.

A existência, na maioria das unidades, de material escrito e impresso, nomeadamente, guias de acolhimento disponíveis para os utentes e familiares.

A presença de ementas, do livro de reclamações, da carta dos direitos e dos deveres dos utentes, das escalas de profissionais e respectivos contactos, generalizada em todas as unidades.

A existência da RNCCI pressupõe um processo contínuo de cuidados articulados com partilha de informação, apoio e envolvimento dos cidadãos e família que, nesta altura, não parecem estar presentes de forma generalizada.

Este aspecto adquire importância capital não apenas na relação das famílias e utentes nas etapas de internamento na RNCCI mas também na relevância do apoio informal que prestam os cuidadores.

É importante destacar das contribuições e informações qualitativas obtidas que, nesta altura, a comunicação fluida sistematizada não parece estar presente de forma generalizada na RNCCI.

A partilha de informação e a comunicação com o utente e os seus familiares é efectuada numa base predominantemente informal, sem que existam procedimentos escritos e divulgados que uniformizem a operacionalização dessa comunicação. Para além disso, não são identificados protocolos para a comunicação com utentes com deficiências visuais, auditivas ou cognitivas, ou quando se trate de pessoas de nacionalidade, etnia ou religião diferentes do padrão predominante no contexto português.

Assim, destacam-se as informações sobre:

A existência de constrangimentos relativos à **comparticipação do utente**: falta de sensibilização e informação das famílias para a participação do utente.

Limitações no cálculo da participação dos utentes: a folha de cálculo não é homogénea entre as equipas de Coordenação Local e os prestadores de cuidados;

Existência de problemas nos fluxos para pedido de participação de medicamentos e fraldas: não está definido o modelo de relatório que a unidade tem de enviar às equipas de Coordenação Local para que sejam avaliadas as candidaturas de pagamento ao utente;

Considera-se que não se podem concentrar os valores da participação ou prestações complementares nas unidades prestadoras já que estas não têm capacidade de aferir o rendimento fiscal do agregado familiar.

A disponibilidade de informação sólida e rigorosa constitui a base para o desenvolvimento de um sistema de informação que permita conhecer, gerar evidência e prestar contas.

A UMCCI desenhou e desenvolveu instrumentos iniciais para enfrentar a primeira etapa de implementação das experiências piloto. Assim, é de realçar o esforço na definição e consenso dos parâmetros de compilação mensal definidos nos anexos dos contratos por parte da equipa técnica que definiu os modelos de contratos durante o ano de 2006, os quais permitiram, nesta primeira etapa, o conhecimento das características das actividades e do comportamento geral das unidades de internamento.

Neste sentido, foi desenhada uma proposta de registo informático para acompanhar, registar e monitorizar os resultados das actividades desenvolvidas nas unidades prestadoras respondendo, desta forma, à obrigatoriedade contratual de envio mensal de informações/dados constantes dos documentos dos anexos 4 e 5 dos contratos. O modelo desenhado não foi incorporado na maioria das entidades. Assim, no final deste período, a heterogeneidade de formatos e registos obrigou a um prévio tratamento de dados para que pudessem ser devidamente analisados. O atraso no envio das declarações impediu a realização de explorações sistemáticas e mensais para um universo suficiente de unidades.

Na perspectiva de desenvolver o acompanhamento administrativo dos contratos e acordos celebrados, foi desenhada e definida uma compilação sistemática e preenchimento de dados para as equipas regionais que permitirá acompanhar e monitorizar o desenvolvimento do Plano de Implementação das experiências piloto 2006 e a execução dos contratos correspondentes. Assim, foi delineada uma proposta de ferramenta que permite obter de forma automatizada as informações. Há que destacar as dificuldades em obter, a nível regional, os dados previstos de forma sistemática e pontual.

No sentido de caracterizar o processo e conteúdo das referências para a RNCCI também foram definidas variáveis de compilação para as ECL.

Do conjunto de incidências identificadas no processo periódico de declaração de dados vinculados ao controlo e acompanhamento da actividade das

entidades prestadoras da RNCCI com acordo ou contrato celebrado, podemos destacar como conclusões que é preciso progredir continuamente no preenchimento, envio e integração dos dados, assim como na revisão dos conteúdos dos parâmetros actualmente previstos.

Os constrangimentos e limitações encontradas sugerem a necessidade de uma profunda reflexão sobre os diferentes **mecanismos e âmbitos que devem ser acompanhados de forma sistemática**. Além do mais, será necessário reforçar o rigor no preenchimento dos registos para melhorar a consistência dos dados; melhorar o cumprimento dos prazos de envio dos registos, promover um preenchimento completo dos diferentes campos, rever e melhorar os actuais campos e parâmetros, rever o procedimento actual 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; reforçar a formação dos utilizadores para assegurar e esclarecer a natureza dos dados a declarar.

A rotatividade de utentes nas unidades tem como ponto fulcral atingir uma correcta cobertura. Assim, o **acompanhamento da actividade e produção das entidades deverá estender-se às equipas da RNCCI**. No entanto, não só se devem centrar os esforços na caracterização da organização e da gestão das unidades, como também se deve aprofundar o conhecimento da gestão assistencial (micro gestão) que se vem desenvolvendo por parte dos profissionais, o que facilitará a introdução duma sólida filosofia nos cuidados a prestar.

A próxima etapa, de aperfeiçoamento e ajuste do modelo, será fundamental para um crescimento sólido e sustentável do mesmo. Neste sentido, no capítulo seguinte serão apresentadas as propostas para o melhoramento e superação dos principais pontos críticos.

V. PROPOSTAS

Os resultados obtidos neste trabalho deverão ser vistos como um ponto de partida para o desenvolvimento das estratégias e intervenções que permitam o progresso até à consolidação da RNCCI nesta primeira fase de implementação.

Os resultados e conclusões apresentadas, ainda que em alguns casos se devam contrastar ou complementar com novas análises e aproximações, incluem os elementos suficientes para identificar, numa perspectiva e visão geral da RNCCI, os pontos-chave para o seu desenvolvimento e fortalecimento e as possíveis alavancas para a superação dos constrangimentos identificados.

É importante salientar que, ainda que o presente trabalho identifique múltiplos aspectos a reforçar ou a melhorar, o pouco tempo transcorrido de desenvolvimento da RNCCI é, neste caso, o seu pior aliado. Processos complexos e com um alcance tão profundo no interior do Serviço Nacional de Saúde e da rede de Apoio Social, como é o desenvolvimento da RNCCI, não são avaliáveis em tão pouco espaço de tempo. Assim, a análise realizada deverá ser entendida como uma monitorização com ânimo de contribuir para a indicação de pistas que continuem e melhorem o percurso iniciado.

1. Os desafios

A partir das conclusões da avaliação efectuada identificam-se como **desafios** principais:

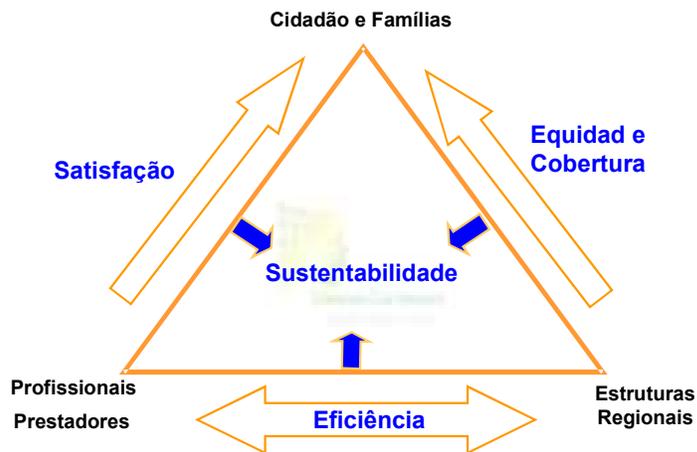
- ✓ **O alargamento da RNCCI numa perspectiva equilibrada e territorial que, através da aplicação de metodologias de apoio, permita progredir na obtenção de uma maior cobertura e que paulatinamente ofereça respostas às necessidades e à procura de problemas específicos e relevantes.**

- ✓ **Superar a fragilidade advinda da variabilidade e heterogeneidade actual de forma a alcançar um desenvolvimento sólido e sustentável da Rede que permita a introdução dos novos paradigmas do modelo de cuidados.**

- ✓ O acompanhamento e aprofundamento do conhecimento e das condições de funcionamento das equipas e unidades da RNCCI, bem como das características dos utentes atendidos.
- ✓ A evolução e melhoria dos instrumentos de relação, gestão e controlo da RNCCI (contratos, sistema de pagamento, *Tableaux de bord* (quadro de comando) da RNCCI, etc.
- ✓ O aprofundamento na introdução do novo modelo de prestação de cuidados centrado na abordagem integral das necessidades do utente que permita a superação do modelo tradicional de cuidados (*modelo biomédico*) e o progresso até ao novo modelo de avaliação e cuidado integral (*modelo funcional*).
- ✓ A introdução de instrumentos de apoio ao desenvolvimento das boas práticas clínicas que favoreçam a introdução do novo modelo de cuidados orientado para a avaliação e o cuidado integral.
- ✓ O aperfeiçoamento dos modelos organizativos das equipas e unidades da RNCCI que facilitem a introdução de um novo modelo de cuidados centrado nas necessidades do utente e no cuidado das famílias e cuidadores (dotações e horários de pessoal, medidas de segurança para os utentes, etc.).
- ✓ A consolidação dum modelo estável de financiamento que permita uma boa implementação da RNCCI e a melhoria das condições das instalações e funcionamento, incluindo as do SNS, e que preveja um período de preparação inaugural para o início de funcionamento.

2. Os objectivos e finalidades

Os desafios que foram identificados através dos constrangimentos e dos pontos de melhoria sugerem uma orientação dos esforços, no curto e médio prazo, naqueles elementos que contribuam para **fomentar a sustentabilidade do modelo e da RNCCI e**



focalizando uma prestação de cuidados de proximidade que englobe de forma activa os utentes e as famílias e contribua para o apoio eficaz à superação ou acompanhamento das situações de dependência.

Neste sentido, **atingir metas e ganhos em equidade, satisfação e eficiência apresentam-se como aspectos essenciais do processo de consolidação da RNCCI e do seu desenvolvimento equilibrado.**

Progredir na configuração de uma prestação e oferta de serviços equitativa.

Alcançar graus de satisfação que revelem a oportuna e adequada prestação de cuidados.

Atingir níveis de eficiência que assegurem níveis de qualidade adequados.

As estratégias e intervenções desenvolvidas centram os esforços do próximo período nos seguintes âmbitos que a seguir se apresentam.

Relativamente ao funcionamento da RNCCI, importa:

- **Conhecer;**
- **Medir;**
- **Avaliar.**



Relativamente aos instrumentos de apoio da direcção e gestão da RNCCI é necessário proceder à:

- **Revisão;**
- **Inovação;**
- **Consenso.**

Relativamente ao alargamento da RNCCI, revela-se essencial:

- **Planear;**
- **Preparar;**
- **Formar.**

3. As estratégias

As propostas apresentadas neste capítulo têm como finalidade fornecer elementos para a superação das fragilidades identificadas e enquadram-se no desenvolvimento das seguintes **estratégias**:

- **Fortalecer e aprofundar o processo de planeamento do alargamento da Rede para melhorar o seu equilíbrio e cobertura;**
- **Progredir na difusão e consolidação das bases do novo modelo de cuidados continuados integrados para apoiar a introdução e extensão da filosofia ao conjunto da RNCCI;**
- **Reforçar a transversalidade através do envolvimento da rede hospitalar e da rede de cuidados primários de saúde;**
- **Promover mudanças substanciais no papel dos hospitais e nos cuidados primários de saúde, especialmente no fortalecimento da prestação de cuidados domiciliários; reforçar e rever a carteira de serviços de apoio domiciliário social, considerando as necessidades dos utentes e suas famílias;**
- **Apoiar o fortalecimento do modelo da prestação de cuidados através do apoio aos profissionais da RNCCI;**
- **Aprofundar o modelo de descentralização operacional da RNCCI através do fortalecimento das estruturas de coordenação; reforçando o nível territorial e as funções chave que somente a perspectiva da proximidade pode desenvolver;**
- **Centrar o modelo de articulação da RNCCI nos mecanismos da gestão do utente;**

- **Evoluir e aperfeiçoar o modelo de gestão da RNCCI através da melhoria dos mecanismos e instrumentos de relação;**
- **Promover o envolvimento e a participação activa do utente e das famílias ou cuidadores;**
- **Apostar num sistema de informação que permita o desenvolvimento do acompanhamento, avaliação e controlo nos diferentes níveis da RNCCI;**
- **Definir e desenvolver mecanismos periódicos e sistematizados de monitorização e avaliação para cada um dos níveis da RNCCI (utentes, unidades e equipas, prestadores, equipas de Coordenação Local, equipas de Coordenação Regional, nível nacional);**
- **Desenhar, para o curto prazo, uma estratégia de apoio para melhorar a informação, obter perfis de actividade e performance das unidades e estabelecer processos de Benchmarking como mecanismo de transparência e melhoria da colaboração entre unidades prestadoras;**
- **Realizar, através de estudos e trabalhos específicos com os prestadores, aproximações aos pontos críticos identificados: dotações e mapas de profissionais mínimos, despesas e custos ajustados versus capacidade mínima eficiente;**
- **Continuar o processo de aprofundamento no conhecimento e obtenção de evidências sobre custos antes do estabelecimento de preços definitivos;**
- **Desenhar e desenvolver um amplo programa de formação (a partir das necessidades identificadas sobre conhecimento da filosofia e bases de funcionamento da RNCCI, competências clínicas específicas, métodos e instrumentos de apoio ao trabalho em equipa e multidisciplinar, etc.);**
- **Apostar fortemente na qualidade que incorpore o âmbito da**

satisfação dos utentes e profissionais e inclua o desenvolvimento de critérios, normativas e exercícios de auditoria e fiscalização;

- **Ampliar a perspectiva intersectorial para progredir no desenho e estratégias de protecção à dependência.**

As intervenções propostas deverão considerar como base das suas estratégias de desenvolvimento:

- ✓ **O aproveitamento da experiência adquirida;**
- ✓ **A optimização dos pontos fortes identificados no modelo, organização e funcionamento da RNCCI;**
- ✓ **O envolvimento dos principais agentes da RNCCI na criação de soluções para a superação de fragilidades e pontos críticos.**

4. As propostas de intervenção

O processo de alargamento da RNCCI e o aumento paulatino da cobertura populacional deve apoiar-se no desenvolvimento de processos sólidos e estruturados de planeamento que contemplem, a partir de uma perspectiva territorial, a consolidação ou o início de redes locais.

Atendendo aos rácios e âmbitos populacionais definidos a atingir pela RNCCI considera-se que **o nível distrital reúne, na maioria dos casos, o âmbito territorial e populacional idóneo para que nele seja desenvolvido o conceito de rede local.**

Âmbitos territoriais mais pequenos, nesta altura de desenvolvimento da RNCCI, poderiam comprometer o equilíbrio entre territórios e precisariam da implementação de um maior volume de respostas que as previstas. Pretende-se, com esta proposta, encontrar o equilíbrio entre a necessária capilaridade da Rede para assegurar uma oferta de serviços que seja o mais próxima possível dos cidadãos e as vantagens derivadas da concentração mínima de recursos.

Desta forma, os próximos planos deverão ser orientados no sentido de **completar as redes locais com as diversas tipologias previstas na Rede naqueles distritos em que já foram iniciadas experiências piloto;**

No sentido de progredir no equilíbrio inter-territorial propõe-se fortalecer o alargamento da Rede nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, que são as regiões que apresentam actualmente os rácios mais baixos de cobertura.

Relativamente às prioridades de alargamento de tipologias:

Atendendo aos rácios obtidos nesta fase e ao nível de procura evidenciada, considera-se prioritário a implementação de:

Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e de equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Promover as condições para que possam ser criadas unidades de Cuidados Paliativos nos hospitais de cariz regional.

O desenvolvimento destas equipas, além de poder oferecer serviços capitais com o apoio e a introdução de novas formas de trabalho, podem coadjuvar e apoiar no envolvimento do nível hospitalar e das equipas dos centros de saúde.

Propõe-se **dinamizar o desenvolvimento de unidades de Dia e Promoção da Autonomia como elemento estratégico** para aumentar a cobertura da RNCCI, prestar apoio efectivo às famílias, complementar os cuidados domiciliários e aproximar-se das metas de implementação definidas para o ano 2008.

O papel da rede de apoio social neste âmbito é fundamental, no sentido de poder implementar unidades em alguns dos recursos da rede (centros de dia, residências, por exemplo) e assim acelerar o seu desenvolvimento e otimizar os recursos desta Rede.

Por outro lado, as necessidades identificadas no desenvolvimento das experiências piloto expressam a importância de **criar sub-tipologias de cuidados nas unidades de internamento** que abranjam âmbitos territoriais adequados, com a finalidade de avançar na especialização da RNCCI, no sentido de incluir cuidados específicos e estruturas adequadas para o cuidado de utentes com problemas de saúde mental, utentes com problemas longos ou definitivos e com grande complexidade clínica, jovens com dependência ou politraumatizados, unidades para demências.

Para atingir as metas previstas no final da fase I de implementação da RNCCI (ano 2008), para além dos esforços no âmbito do planeamento e na promoção das condições que permitam dispor de equipas de profissionais formados e estruturas adequadas, é necessário realizar um **esforço e a previsão financeira** correspondentes.

Assim, considera-se fundamental o compromisso e a formalização nos planos financeiros anuais e plurianuais dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da

Solidariedade Social, devendo-se progredir no sentido de **equilibrar as contribuições por parte de ambos os ministérios.**

A procura de novas fontes de financiamento nunca deverá ser esquecida mas, para a consolidação da RNCCI, tão importante é o possível aumento anual das quantias para a manutenção do ritmo de crescimento adequado às expectativas definidas como assegurar uma dotação de recursos económicos que permita a continuidade do funcionamento adequado das equipas e das unidades da Rede.

□ Nesta etapa inicial de implementação da RNCCI considera-se crucial otimizar as estruturas já existentes tanto do Serviço Nacional da Saúde (SNS) como da rede de Apoio Social, no sentido de **adaptar parcial ou totalmente centros para agilizar as possibilidades de localização de equipas, unidades de internamento ou unidades de dia.**

□ Dever-se-á proceder, a curto prazo, à **realização de estudos de análise das características das unidades de internamento de cuidados continuados do SNS já reconvertidas na RNCCI** para identificar as tipologias de cuidados da RNCCI mais idóneas;

Assim, poder-se-á como hipótese inicial propor a instalação das unidades de cuidados mais complexos (e.g., Convalescença, Cuidados Paliativos) nos Hospitais de Nível 1;

Neste sentido, a determinação das **linhas de financiamento específicas para a adaptação das estruturas** é considerada como uma das alavancas mais eficazes para garantir o ritmo da implementação da RNCCI.

Melhorar a difusão e consolidação das bases do novo modelo de cuidados continuados integrados para apoiar a introdução e a extensão da filosofia ao conjunto da RNCCI.

Os resultados obtidos através da análise das unidades de internamento indicam a necessidade de **aprofundar o desenvolvimento de um modelo único de cuidados**. Este modelo deve preservar a **suficiente flexibilidade para poder ser adaptado às diferentes realidades do país**, mas não deverá fraquejar nos aspectos essenciais da prestação dos cuidados numa perspectiva multidimensional, numa abordagem e avaliação integral das necessidades, no trabalho em equipa e na composição multidisciplinar das equipas.

□ Neste caso, o volume de unidades e equipas em funcionamento não facilita uma aproximação detalhada e um acompanhamento constante por parte do nível central nem por parte do âmbito regional. É neste sentido que se deverão conceber as **equipas de Coordenação Local como possíveis pontos nevrálgicos para a difusão e apoio à interiorização dos novos paradigmas introduzidos pelo modelo de cuidados continuados integrados**.

A grande variabilidade e heterogeneidade encontrada entre unidades da mesma tipologia, no que se refere às dotações de pessoal, apontam para o necessário aprofundamento dos **conteúdos concretos da prestação de cuidados para cada tipologia e com as respectivas entidades prestadoras**.

□ Consequentemente, as dotações de pessoal e de recursos que cada uma delas precisa devem **manter-se e poder exigir mínimos básicos**, que permitam a garantia do modelo de cuidados. Manter situações não desejadas, nesta altura, pode hipotecar o futuro da Rede.

□ Considera-se que a **selecção de um grupo de unidades de cada tipologia que serviram de “laboratório de análise”** poderia ser uma opção para o aprofundamento e identificação de possíveis soluções concretas para a superação da dispersão actual.

Devido à fase de arranque em que se encontram as unidades, é muito importante **evitar o estabelecimento de rotinas de funcionamento que impliquem custos excessivos** e que possam comprometer a viabilidade do serviço a longo prazo. Assim, com a finalidade de aprofundar e esclarecer os desvios e variações obtidas na análise de despesas das entidades prestadoras, propõe-se:

- A realização de uma **investigação dos possíveis pontos críticos**, a partir da análise detalhada dos diferentes conceitos que causam os desvios. A criação de uma **equipa multidisciplinar especializada** com a missão de confirmar e analisar os pontos críticos identificados. Lançar novas questões ou recomendações é, na maioria dos casos, a solução para encontrar as causas.

Considera-se que nesta equipa deverão estar presentes profissionais com conhecimentos nos protocolos de actuação das unidades e profissionais formados em Economia da Saúde e Gestão.

A criação de **canais de comunicação para a difusão da filosofia da RNCCI, compreensão e reconhecimento do valor do novo modelo**, identifica-se como uma estratégia complementar, mas fundamental nesta altura, para aproximar os novos conceitos e avançar na sensibilização tanto dos cidadãos como dos profissionais do sector da saúde e do sector social. Assim, propõe-se:

- Continuar com o desenvolvimento de **plataformas periódicas de intercâmbio entre os diferentes agentes da RNCCI** (prestadores e equipas de coordenação local e regional);
- Intensificar a presença nos meios de comunicação entre os profissionais e agentes da RNCCI e promover as publicações de opinião na imprensa escrita;
- Desenvolver o Conselho Consultivo da RNCCI.

Reforçar a transversalidade através do envolvimento da rede hospitalar e da rede de cuidados primários de saúde e de apoio social;

Promover mudanças no papel dos hospitais na rede de cuidados primários de saúde, especialmente no fortalecimento da prestação de cuidados domiciliários.

A vontade de desenvolver a RNCCI através de uma estratégia inserida nos sistemas actuais de saúde e de apoio social requer o envolvimento das instituições e profissionais que as integram. Para além disso, é ainda necessário que, paralelamente ao avanço e modernização das redes hospitalares e dos cuidados primários de saúde e sociais, sejam também interiorizados nestes níveis os novos conceitos na prestação de cuidados que a Rede inclui.

Assim, os **cuidados primários da saúde devem situar-se como o nível de cuidados, responsável pela prestação de cuidados domiciliários de continuidade**. Não reforçar este nível pode comprometer o sucesso e efectividade da RNCCI. Assim, considera-se que o grau de procura que requer a prestação de cuidados à dependência não se poderá satisfazer com respostas de internamento. Um mau funcionamento neste sentido pode representar uma evolução rápida até à saturação das unidades de internamento e das equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, as quais não deverão ser entendidas, em nenhum caso, como substitutas das prestações dos profissionais dos centros de saúde mas antes como respostas complementares ao seu trabalho.

- Considera-se **primordial acelerar o processo de modernização e reforma dos cuidados primários de saúde**: sem o desenvolvimento paralelo deste nível o sucesso da RNCCI é frágil;

- Estimular comportamentos nos centros de saúde através **do estabelecimento de metas, reconhecimentos e incentivos podem ser medidas transitórias que permitam uma maior adesão ao envolvimento e sensibilização dos**

profissionais. É necessário destacar a importância que assumem, numa etapa de transição, as equipas de Cuidados Continuados Integrados dos centros de saúde.

O envolvimento dos profissionais e responsáveis da rede hospitalar é outro dos factores de sucesso do modelo, tal como já foi comentado nas conclusões deste estudo, reforça-se a necessidade de **transferir a estes profissionais os novos conceitos de continuidade de cuidados,** bem como de os sensibilizar em relação ao trabalho das equipas de Gestão de Altas. **Sensibilizar, buscar aliados e dar apoio podem ser alavancas de progresso.** Assim, considera-se fundamental:

- Desenvolver acções de sensibilização estudadas e programadas previamente a todos os níveis da Rede** no sentido de melhorar a compreensão e interiorização do modelo;
- Reforçar o apoio ao trabalho das equipas de Gestão de Altas a partir das estruturas directivas dos hospitais e da própria Rede;**
- Desenvolver plataformas de intercâmbio e discussão a nível local e nacional que favoreçam a aproximação de critérios e a discussão de aspectos chave na abordagem dos utentes candidatos a admissão na RNCCI.**
- Apoiar, a partir da estrutura de coordenação da RNCCI, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos que permitam operacionalizar a detecção precoce de utentes candidatos a ser tratados na Rede.
- Noutra ordem de prioridades, considera-se relevante rever o actual sistema de acesso aos **serviços de reabilitação ambulatória** e estabelecer pontes de comunicação e coordenação com a RNCCI, assim como **fortalecer os serviços de reabilitação domiciliária** como estratégia de apoio aos serviços de proximidade e suporte da RNCCI.
- Ampliar ao máximo a cobertura das ajudas domiciliárias de tipo social constitui um factor chave** para modular a procura para a institucionalização e internamento de utentes. O novo modelo apela para a revisão da carteira e aplicação territorial de prestações da Segurança Social, de modo a configurar pacotes básicos de serviços que favoreçam a permanência dos utentes no seu domicílio e prestem apoio aos familiares e cuidadores.

Neste âmbito, é importante assinalar a **potencialidade do papel das autarquias** no sentido de se configurarem como um dos agentes e parceiros privilegiados da RNCCI. Neste sentido, será preciso avançar na definição de responsabilidades e âmbitos de intervenção para poder definir o seu papel e contribuição no novo modelo.

Apoiar o fortalecimento do modelo da prestação de cuidados através do apoio aos profissionais da RNCCI

Investir na formação é a melhor aposta de futuro para a sólida introdução e consolidação do modelo de cuidados. A prestação dos cuidados, segundo uma visão global e integral, exige contar com profissionais e pessoal com formação acreditada e informação tanto em âmbitos específicos como em técnicas de trabalho em equipa, na prática da multidisciplinaridade, etc. É o factor chave para assegurar a competência e melhorar a qualidade.

Para isso, considera-se indispensável que no desenvolvimento de acções se agrupem aqueles profissionais da RNCCI que disponham dos conhecimentos suficientes para garantir a qualidade dos cuidados. Neste sentido, propõe-se:

- O **fortalecimento das competências clínicas específicas para cada categoria profissional e tipologia de cuidados**, através do desenvolvimento de programas formativos a desenvolver em parceria com instituições peritas e de reconhecida competência, nomeadamente Universidades e Escolas Profissionais: enquadrar a formação em metodologias baseadas na formação de base e na formação em serviço (*on job*) pode ser a melhor alternativa. Identificam-se como áreas fulcrais: os cuidados paliativos, os cuidados a pessoas frágeis, a abordagem da comorbilidade, os cuidados geriátricos ou cuidados das demências, o controlo de infecção, entre outras.

- O **apoio à aprendizagem dos novos modelos e técnicas de trabalho**: técnicas e dinâmicas de grupo, gestão multidisciplinar do plano de cuidados

individual, aplicação de critérios de referenciação, utilização de ferramentas básicas informáticas, etc. (através de seminários e workshops).

Potenciar a aprendizagem através de plataformas de intercâmbio que facilitem a aproximação de critérios entre os profissionais. Neste caso, considera-se oportuno, nesta altura, o estabelecimento periódico (anual) da reunião nacional de RNCCI.

Potenciar o desenvolvimento de programas de formação dos profissionais com o **objectivo de promover a formação contínua** dentro das unidades e equipas. Neste sentido, introduzir incentivos nos contratos pode ser um elemento de apoio ao seu desenvolvimento.

Iniciar acções para definir um **modelo de acompanhamento e apoio às condições de trabalho dos profissionais e conhecer e avaliar a satisfação dos mesmos.** Estes constituem âmbitos de grande interesse para poder identificar disfunções no modelo.

Estabelecer **sistemas de reconhecimento público e recompensa que valorizem os resultados das unidades e equipas na melhoria da qualidade;** como por exemplo através do apoio a publicações e da atribuição de prémios ou bolsas a projectos temáticos sobre a melhoria da qualidade, etc.

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.

Aprofundar o modelo de descentralização operativa da RNCCI através do fortalecimento das estruturas de direcção e coordenação.

O modelo de gestão da Rede assenta no princípio da bidireccionalidade, em que a responsabilidade da direcção estratégica e, portanto, a consolidação da filosofia e funcionamento harmónico e equilibrado do modelo recaem no nível central, neste caso na estrutura da UMCCI. A operacionalização e gestão da RNCCI situam-se no nível territorial através das equipas de Coordenação Regional e das equipas de Coordenação Local da RNCCI.

□ Face aos resultados observados ao nível da grande variabilidade e heterogeneidade é preciso constatar a **importância, nesta altura, do nível central na formulação e apoio ao desenvolvimento das estratégias de fortalecimento e aprofundamento no modelo e filosofia de cuidados**. Responsabilidades que devem ser desenvolvidas numa óptica nacional com a colaboração dos diferentes parceiros e agentes, especialmente das equipas de Coordenação Regional.

□ No âmbito do desenvolvimento de responsabilidades do planeamento destacam-se as equipas de Coordenação Regional, que assumem um papel de facilitadores das actividades desenvolvidas pelas equipas de Coordenação Local. O lugar de charneira entre a Coordenação Nacional, a Coordenação Local e as entidades parceiras da RNCCI tornam estas equipas num elemento basilar da RNCCI, peritos no conhecimento de todos os níveis de desenvolvimento da RNCCI. Para além disso, o seu papel no desenvolvimento das políticas da contratação de serviços torna-as fundamentais para a avaliação da execução dos resultados.

□ Como estratégia do fortalecimento do modelo operativo como base a uma descentralização de funções, propõe-se uma **revisão das funções, responsabilidades e âmbito territorial de intervenção das equipas de Coordenação Local (ECL)** no sentido de ampliar o seu âmbito de intervenção quanto a planeamento, gestão de utentes e monitorização da Rede.

Considera-se que, através das ECL, se poderá desenvolver um acompanhamento mais próximo e eficaz das redes locais e das entidades e equipas prestadoras de cuidados que facilitará o desenvolvimento de uma perspectiva comunitária.

Para isso deve-se considerar um âmbito territorial mínimo que forneça uma visão global de rede e reúna um volume mínimo de unidades e equipas.

Evidentemente, este aspecto implica a constituição de equipas mais amplas e a dedicação dos profissionais a tempo inteiro, de forma a tornar possível o desenvolvimento das actividades correspondentes ao planeamento local e detecção de necessidades, à gestão directa das entidades e equipas prestadoras e à gestão dos utentes da RNCCI e que poderá coincidir com o agrupamento dos centros de saúde.

Centrar o modelo de articulação da RNCCI nos mecanismos da gestão do utente

Neste sentido, entende-se que o **fortalecimento e a evolução dos processos de referenciação e admissão dos utentes na RNCCI passam pelo fortalecimento e consolidação do papel dos profissionais das ECL como gestores dos utentes**, acompanhando-os e orientando-os à tipologia de cuidados que necessitem nas diferentes etapas do processo de dependência.

No âmbito mais operativo, propõe-se o desenvolvimento de um **prontuário único do utente** que permita monitorizar a globalidade das necessidades e movimentos dos utentes na RNCCI.

A curto prazo, é importante continuar o apoio a esta estrutura da Rede no sentido de:

- Reforçar a formação** destes profissionais;

- Optimizar a organização** do seu trabalho bem como dos mecanismos de comunicação com as entidades e equipas para melhorar os trâmites de admissão dos utentes na RNCCI;

- Uniformizar os formulários de pedidos de admissão e os parâmetros e dados a registar e partilhar com as unidades e equipas da Rede, que permitam **potenciar a mobilidade dos utentes** dentro da RNCCI e desenvolver mecanismos homogêneos de controlo e gestão das vagas.

Desenvolver e aperfeiçoar o modelo de gestão da RNCCI através da melhoria dos mecanismos e instrumentos de relação.

Considera-se que as acções a realizar para progredir a curto prazo, neste particular, passam pela melhoria da aplicação dos instrumentos básicos que já existem.

- O modelo de contrato em vigência tem grande capacidade de evolução no sentido de poder **introduzir metas e incentivos aos resultados da gestão e prestação dos cuidados** que apoiem o correcto desenvolvimento do novo modelo de cuidados.
- A extensão de acordos de gestão às equipas de RNCCI que orientem o seu âmbito de actuação e incentivem uma eficaz intervenção é um ponto básico para avançar no seu desenvolvimento harmonioso.
- A **entrada de entidades privadas ou parceiros novos** aumentará e reforçará a diversidade de prestadores e fornecerá a entrada de novos elementos de competência e modalidades de gestão que possam apoiar o conjunto de prestadores.

A potenciação da diversidade de prestadores tem que ser acompanhada da formalização de um processo que permita candidaturas múltiplas e que esteja fundamentado nos princípios de agilidade, transparência e critérios prévios de selecção e que garanta a presença na RNCCI dos prestadores mais idóneos em cada território.

Também no âmbito da ampliação e diversificação de prestadores, lembrar a potencialidade, já comentada anteriormente, da possível incorporação das autarquias como parceiros formais da RNCCI.

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 é necessário proceder à melhoria do sistema actual de compilação e envio de dados **da evolução da actividade** gerada pelas diferentes unidades e do 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).

- **Apoiar a gestão dos prestadores na organização e gestão eficiente das suas instituições** é um valor básico para a RNCCI. Nesta etapa inicial de implementação tem que se assinalar a importância do estabelecimento de estilos de gestão e organização adequados para as equipas e unidades da Rede.
- Assim, o estabelecimento de **planos de actividades anuais** orientados pelas metas estabelecidas nos contratos apoiará a evolução das unidades e equipas até modelos organizativos centrados no cuidado dos utentes.
- Um dos aspectos mais sensíveis na vida das instituições de saúde é o modelo de contraprestação económica definido para o **financiamento e pagamento dos cuidados e serviços prestados**.

Assim, modelos que estimulam exclusivamente a produtividade geralmente não facilitam o avanço de melhorias profundas no âmbito da micro-gestão e prestação directa dos cuidados. Ao contrário, modelos pouco exigentes não favorecem a optimização dos recursos. Nesta altura, encontrar o modelo justo e mais oportuno para cada tipologia de cuidados é antecipar-se ao futuro sem garantia de sucesso.

O progresso na introdução de exigências na melhoria e aumento da qualidade está condicionado pela capacidade de poder gerar uma informação constante e consistente de forma sistemática que permita avaliar de forma homogénea diferentes unidades para cada tipologia.

□ O estabelecimento de preços tem que ser acompanhado, nesta etapa ainda incipiente, de alguma cautela para não provocar ou favorecer comportamentos não desejados. Os resultados da análise de despesas mostram a dificuldade em definir um padrão nesta altura a partir das despesas declaradas pelos prestadores.

Mas a estratégia de manter **preços únicos por tipologia baseados na aproximação dos custos previstos para um centro tipo** podem ser ainda a melhor alternativa no caso das unidades de internamento. Basear o pagamento da actividade prestada e, tal como já apontamos, a **introdução de partes variáveis em função dos resultados apresentados**, pode ser um caminho útil para o curto prazo.

□ A **introdução de acordos de gestão ou contratos-programa nas equipas da rede também facilitará a introdução de metas recompensadas.**

Promover e aprofundar o envolvimento e a participação activa do utente e das famílias ou cuidadores.

Partindo do reconhecimento de que o apoio familiar constitui o principal prestador de cuidados continuados, é do interesse geral e da mais alta importância incentivar o seu envolvimento no processo de cuidados. O envolvimento do utente e dos cuidadores no processo de cuidados como sujeitos activos garante a transversalidade, já que não é uma responsabilidade estanque de uma ou outra tipologia; é uma intervenção que implica o desenvolvimento de acções do conjunto do sistema.

□ Assim, é fundamental estabelecer sistemas de informação adequados para as pessoas em situação de dependência e seus familiares que facilite uma **comunicação completa e coerente com a família/cuidador**, respeitando sempre o princípio de autonomia pessoal;

□ **Iniciar o desenvolvimento de acções** a partir das equipas e unidades da RNCCI que contribuam **para “cuidar os cuidadores”**. Neste sentido é necessário:

- Realizar o **acompanhamento da rotação das camas da tipologia de internamento de Longa Duração e Manutenção** para garantir uma utilização óptima nesta tipologia de resposta, apoiando o estabelecimento de programas de internamento nas unidades para o **descanso familiar**;
- Implementar unidades de Dia e Promoção da Autonomia;
- Promover cuidados domiciliários de qualidade e ampliar a cobertura das ajudas sociais no domicílio;
- Desenvolver acções de formação e educação para a saúde;
- Reforçar as acções de participação familiar na elaboração do Plano Individual de Cuidados como estratégia de co-responsabilização e partilha, sobretudo nas unidades de internamento da RNCCI.

As estratégias definidas são cruciais para assegurar a permanência dos utentes no seu contexto familiar e que dão suporte ao cuidador.

Deve-se ainda melhorar a disponibilidade **relativa à componente social nas ECL e equipas e unidades da RNCCI**, a qual permitirá aprofundar o **conhecimento das necessidades sociais e desenvolver respostas adequadas em cada lugar**.

- O desenvolvimento de **estratégias para a potenciação do voluntariado informal** também contribui para o cuidado familiar e presta um grande serviço às instituições.
- Necessidade de desenvolver, por parte da RNCCI, um sistema próprio de participação formal dos utentes e das famílias que inclui o desenvolvimento de mecanismos de recolha da opinião, sugestões e reclamações da RNCCI e avaliação da satisfação.

Apostar no desenvolvimento de um sistema de informação que permita o desenvolvimento do acompanhamento, avaliação e controlo nos diferentes níveis da RNCCI

Superar a fragilidade dos actuais sistemas de registo é o desafio mais importante a curto prazo. É o caminho mais certo para apoiar o desenvolvimento de estratégias de **qualidade**

A sistematização dos processos de avaliação contínua, complementados com auditorias, devem constituir os pilares do modelo de qualidade a desenvolver.

- Estabelecer um sistema de avaliação das boas práticas clínicas que contemple a qualidade dos cuidados e dos resultados. Esta deve ser a matriz orientadora para o enquadramento do sistema de informação;
- Neste sentido, dever-se-ão utilizar instrumentos de fácil utilização e consensualizados, que desenvolvam plataformas comuns entre os prestadores e a estrutura da Rede e que apoiem a configuração de um sistema de informação integrado (a partir de diversas plataformas de dados relacionados), robusto e partilhado (que permita a transferência de informação evitando duplicações entre níveis e agentes); que torne viável a produção de indicadores e de informação para os diferentes níveis e agentes da RNCCI (nível central, regional, local, prestadores, unidades e equipas).
- O desenvolvimento da fiscalização da RNCCI deve encarar-se como uma das ferramentas que garantam a qualidade e assegurem a legalidade.

Assim, a formulação das normativas sobre as condições mínimas da prestação dos serviços e condições das estruturas e organização e funcionamento das unidades e equipas da RNCCI são aspectos incontornáveis na actualidade, em que a diversidade parece ser o padrão geral. É importante destacar alguns dos temas identificados nesta altura que não-de ser **focos de atenção, tais como: controlo de infecção, gestão de resíduos**, armazenamento e administração da **medicação, segurança** contra

a intrusão e fuga de doentes, **adequação das instalações com especial ênfase na dotação de áreas de reabilitação e convívio.**

- Conhecer melhor os motivos dos cuidados e a evolução dos utentes na RNCCI introduzindo o registo normalizado de codificações dos sintomas que motivam a admissão.

- Generalização do uso de instrumentos de avaliação estandardizados. Adopção de guias de boa prática para a sistematização da actuação para fazer face a situações ou riscos frequentes: quedas, úlceras, desidratação, etc.

- De referir que, a actividade de investigação dos profissionais conjuntamente com a realização de estudos específicos deve considerar-se como ferramenta habitual na RNCCI para o aprofundamento dos temas e aspectos relevantes em cada momento.

Ampliar a perspectiva intersectorial para avançar no desenho e estratégias de protecção à dependência

A protecção e prestação de cuidados à dependência ultrapassam a responsabilidade dos âmbitos de saúde e social no sentido em que as medidas económicas, jurídicas e formativas se têm de desenvolver e rever paralelamente ao desenvolvimento do modelo de CCI para, deste modo, atingir uma verdadeira estratégia global e integral de abordagem às necessidades.

Neste sentido, gostaríamos de apontar algumas áreas de trabalho a desenvolver de forma intersectorial no futuro, que prestarão apoio à consolidação da RNCCI:

- Políticas para adaptações de vivendas;
- Aprofundar aspectos do direito à confidencialidade;
- Fomentar medidas que permitam compatibilizar o trabalho com a prestação de cuidados;
- Apostar no desenvolvimento de novos perfis de profissionais com currículos adequados.

VI. ANEXOS

**VI.1 – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE
INTERNAMENTO PARA INTEGRAÇÃO NA REDE NACIONAL DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: HOSPITAIS DE
NÍVEL 1**

RESUMO EXECUTIVO

**AVALIAÇÃO DE UNIDADES DE INTERNAMENTO PARA
INTEGRAÇÃO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS
CONTINUADOS**

HOSPITAIS DE NÍVEL 1

JANEIRO 2006



ÍNDICE

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. METODOLOGIA**
 - 2.1. MATERIAL E MÉTODOS**
 - 2.2. VARIÁVEIS E INDICADORES**
- 3. CRITÉRIOS DE ANÁLISE**
- 4. RESULTADOS**
 - 4.1. LOCALIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE**
 - 4.2. CAPACIDADE**
 - 4.3. PRODUTIVIDADE**
 - 4.4. IMPACTO ACTUAL DA VELHICE**
 - 4.5. IMPACTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS**
 - 4.5.1. Impacto das doenças crónicas no total de doentes**
 - 4.5.2. Impacto das doenças crónicas em doentes com mais de 65 anos**
- 5. CONCLUSÕES E PROPOSTAS**
- 6. ANEXOS**

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do processo de implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Rede), criada pelo Decreto-Lei nº.101/ 2006, de 06 de Junho, e de acordo com os seus princípios, segundo os quais “urge proceder à adaptação e reorganização do Serviço Nacional de Saúde, com vista a proporcionar cuidados globais de saúde” e tendo por objectivo a necessária reconfiguração dos recursos existentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS), procedeu-se à avaliação das unidades de internamento menos diferenciadas, como é o caso dos Hospitais de Nível 1, os quais garantem cuidados de saúde nas valências básicas às populações de concelhos mais afastados dos hospitais distritais e cujo perfil parece revelar condições favoráveis à integração na Rede.

O estudo realizado para cada um dos Hospitais de Nível 1 do SNS, em Portugal Continental, resume-se no presente documento, através da apresentação dos principais indicadores utilizados no trabalho de avaliação e diagnóstico, bem como das propostas que a partir deste foi possível equacionar, quanto à pertinência da transformação destas unidades hospitalares em unidades de internamento da Rede de Cuidados Continuados.

O **objectivo central** deste documento é fornecer uma perspectiva global e comparativa da análise realizada para cada um dos Hospitais de Nível 1, tendo por referência os principais indicadores da oferta dos cuidados hospitalares, observando por um lado, a capacidade instalada e as condições de exercício e por outro, as necessidades expressas da procura, para assim servir com instrumento de trabalho e de suporte à tomada de decisão da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência, tendo em vista o planeamento e a concepção da rede de cuidados a implementar.

Neste resumo não foi contemplada a análise dos antigos Hospitais de Nível 1 integrados recentemente em Centros Hospitalares. A razão deve-se: por um lado, ao facto destes serem já objecto de um processo de reorganização estratégico, em consequência da sua integração num Centro Hospitalar; por outro, à escassez de

elementos actualizados sobre a actividade assistencial dessas unidades, já que a mesma se encontra diluída no conjunto da actividade assistencial do respectivo Centro Hospitalar. São os casos: do Hospital Conde Bertiandos, de Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.); Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.); Hospital D.Luiz I, em Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua, E.P.E.); Hospital do Fundão (Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.) e Hospital de S. Paulo em Serpa (Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.).

O presente estudo, constitui pois, uma primeira avaliação dos Hospitais de Nível 1 com o intuito de vir a obter a sinalização daqueles que apresentam características e condições de base favoráveis à integração na RNCCI. Esta análise circunscreve-se à actividade assistencial destes hospitais e não abrange a avaliação da actividade assistencial de outras unidades prestadoras de cuidados de saúde concorrentes na região. Por esse motivo, recomenda-se que a mesma seja complementada com estudos de viabilidade económica e do custo e benefício que a reorientação para a prestação de cuidados continuados pode ocasionar, os quais deverão incidir sobre as outras unidades prestadoras de cuidados de saúde na região, designadamente os hospitais de referência para os hospitais de Nível 1 analisados. Assim, considera-se da máxima conveniência a realização de estudos acerca da viabilidade de transferência da actividade destas estruturas para os centros hospitalares de referência. Só deste modo se poderá garantir uma avaliação completa do impacto sócio-económico e numa perspectiva mais vasta dos cuidados de saúde em geral.

Considera-se, igualmente, necessária a articulação das propostas apresentadas com os processos de planeamento e organização estratégica dos recursos do SNS, actualmente em curso. Assim, estas propostas deverão ser analisadas com os grupos de trabalho envolvidos nesses processos, de modo a assegurar a viabilidade das respostas.

Para a realização deste estudo foi fundamental a participação das A.R.S., que no terreno, lideraram a recolha da informação utilizada. Aos profissionais representantes das A.R.S., em especial à Enf. Isabel Oliveira, Dra. Ana Dias, Dr. Carlos Athaíde e Enf. Albertina Cabral, prestamos o nosso agradecimento.

Formulamos, também um agradecimento aos Srs. Presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais de Nível 1, por toda a colaboração e apoio dados.

À Dra. Manuela Rolim e Dr. Carvalheira Santos, do IGIF, pela valiosa colaboração na utilização e tratamento das Bases de Dados.

Ao Sr. António Figueiredo, Dra. Ana Paula Santos e a todos os que apoiaram a elaboração deste trabalho, manifestamos a nossa maior gratidão.

Salienta-se, ainda, a valiosa contribuição da equipa da CNSPICSD, em especial à Dra. Ana Maria Girão, Dra. Margarida Santos, Dr. Abreu Nogueira, Enf. Maria João Girão e Dra. Graça Serejo.

2. METODOLOGIA

2.1. Material e métodos

No âmbito da avaliação da pertinência da sua transformação dos Hospitais de Nível 1 em Unidades de Internamento da Rede, o estudo tem por alvo a população que durante o ano de 2004-2005 foi assistida no internamento, consulta externa e urgência. Baseou-se, para todos os Hospitais, nas seguintes fontes:

- Bases de dados disponíveis no Ministério da Saúde, incluindo a Direcção Geral da Saúde (DGS), Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), Administrações Regionais de Saúde (ARS); nos elementos disponíveis em cada um dos hospitais; nas bases de dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) e ainda em diversas outras fontes de informação complementar, oportunamente referenciadas.
- Visitas aos locais de estudo, realizadas por representantes da respectiva Administração Regional de Saúde (ARS), e cujos resultados foram apresentados em forma de relatórios.

Com base nas fontes citadas procedeu-se, posteriormente, ao tratamento dos dados obtidos e à construção de indicadores.

Para a análise da **acessibilidade** dos concelhos da área de influência, aos hospitais de Nível 1 em estudo e destes aos recursos especializados de saúde de referência, foi realizado o estudo das isócronas actuais (medidas em distância e tempo). Estes dados, deverão permitir realizar uma análise comparativa que faculte o conhecimento das alterações existentes na acessibilidade aos recursos especializados alternativos, no caso de se optar pela reconversão de determinado Hospital de Nível 1 em recurso da Rede.

Para a realização deste estudo sobre acessibilidade, utilizou-se a ferramenta de Internet *fastaccess* (www.fastaccess.pt¹), a qual facilita a utilidade de criação de itinerários entre diferentes localidades do país, determinando o percurso e as distâncias em unidades de medida (quilómetros e minutos). O método utilizado neste estudo foi a distância entre a capital do concelho estudado e a localidade onde se localiza o Hospital em causa. Este método fornece-nos dados aproximados da distância da capital de concelho ao hospital em estudo, sendo que as distâncias das localidades do concelho em estudo ao hospital poderão ser, obviamente, ligeiramente superiores ou inferiores aos valores que serão apresentados.

2.2. Variáveis e Indicadores

Este documento de síntese complementa-se com os relatórios individuais realizados para cada um dos Hospitais de Nível I, os quais contemplam a análise das seguintes variáveis e indicadores:

- **Capacidade instalada** - (Fonte de dados: Movimento Assistencial 2005 - Hospitais/ARS):
 - Número de camas, distribuição da lotação por valências, especialidades e tipos de consultas, existência de alguns Serviços, e respectiva produção, tais como: Medicina Física e de Reabilitação, Urgência, Hospital de Dia e MCDT.

- **Actividade** - (Fonte: Movimento Assistencial 2005 -Hospitais/ARS):
 - Doentes saídos por valência;
 - Número de consultas externas totais e de primeiras consultas;
 - Número total de doentes socorridos na Urgência;

¹ www.fast.access.pt – Operação e serviços de informação e comércio electrónicos S.A.

- Número total de intervenções convencionais e respectiva distribuição por especialidade cirúrgica; N.º de intervenções ambulatoriais; N.º de intervenções de pequena cirurgia; N.º de intervenções convencionais urgentes;
 - Número de actos de Medicina Física e Reabilitação;
- **Rendimento** - (Fonte: Movimento Assistencial 2005 -Hospitais/ARS e tratamento de dados para o presente Estudo):

- Demora Média geral do hospital e por valências;
- Taxa de Ocupação geral do hospital e por valências;
- Doentes saídos / médico;
- Doentes saídos / medico/ mês;
- Consultas externas / dia útil;
- Consultas externas / médico;
- Consultas externas / médico/ dia útil;
- Primeiras consultas/ consultas subsequentes;
- Intervenções / dia útil;
- Número de actos de Reabilitação/ dia útil;
- Doentes socorridos Urgência/ dia.

- **Recursos Humanos** - (Fonte: Movimento Assistencial 2005 -Hospitais/ARS e tratamento de dados para o presente Estudo):

- Total pessoal (ETC²);
- Total pessoal clínico (ETC);
- Total de médicos (ETC) e percentagem no total dos efectivos;
- Total de enfermeiros (ETC) e percentagem no total dos efectivos;
- Total de Técnicos MCDT (ETC);
- Total de pessoal auxiliar da acção médica (ETC);
- Rácio médico ETC/ cama;
- Rácio enfermeiro ETC/ cama;

² Unidade de Pessoal ETC = Unidade efectivos a tempo completo, ou a unidades de efectivos a 35 horas semanais
Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da RNCCI
27 de Julho de 2007

- Rácio auxiliar da acção médica ETC/ cama.

- **Recursos Económicos** - (Fonte Dados: IGIF - Contabilidade Analítica 2004, segunda versão e tratamento de dados para o presente Estudo):
 - Custos totais por hospital;
 - Distribuição das despesas segundo: Despesas totais de pessoal, Despesas totais de Farmácia, Despesas totais de Material de Consumo Clínico, Outras despesas;
 - Custo total por cama;
 - Percentagem de custos de internamento, consultas e urgências;
 - Custo total por doente saído;
 - Custo total por dia de internamento;
 - Custo total por dia/ cama.

- **Qualidade** - (Fonte: IGIF - Base de Dados dos GDH - 2005. Relatórios Retorno dos Hospitais - 2005 e tratamento de dados para o presente Estudo):
 - Número e Percentagem de Readmissões em GDH cirúrgicos que ocorrem num prazo máximo a 72h a seguir à alta e com o mesmo diagnóstico principal que o do episódio anterior;
 - Nº de dias de internamento (a mais ou a menos) que o hospital teria, caso a demora média fosse igual à do grupo de Hospitais de Nível 1 e para o mesmo número de episódios ocorridos no período em análise;
 - Percentagem de internamentos prolongados, em doentes com tempo acima do limar superior, sem complicações assinaladas;
 - Percentagem de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos não justificáveis segundo a complexidade do procedimento, em GDH seleccionados;
 - Percentagem de óbitos: em doentes com idades inferiores e superiores a 65 anos;

- Percentagem de transferências externas: no total dos doentes internados e no total de doentes com idade superior a 65 anos;
- Percentagem de admissões não programadas: no total de doentes e no total de doentes com idade superior a 65 anos;
- Índice de atracção do Hospital, na área de influência: Percentagem de doentes tratados no hospital com residência na respectiva área de influência;
- Índice de utilização de outros hospitais do SNS: Percentagem de doentes com residência na área de influência do Hospital atendidos nos hospitais do SNS;
- Percentagem de úlceras de decúbito: classificadas como diagnóstico principal e classificadas como diagnóstico secundário;
- Percentagem de Cirurgias de Ambulatório nos GDH seleccionados.

- **Produção por grupos de Patologias Marcadoras** - (Fonte: IGIF – Sistema de Classificação de Doentes, por GDH - Base de Dados 2005 e tratamento de dados para o presente Estudo):

(Por patologias marcadoras definem-se as patologias crónicas e as patologias incapacitantes permanentes ou de tratamento prolongado, no âmbito conceptual dos cuidados continuados.)

Os grupos de patologias marcadoras são os seguintes: HIV, Tumores, Fracturas Incapacitantes, Doenças Cardiovasculares, Doenças Cerebrovasculares, Doenças Vasculares Periféricas, Insuficiências Respiratórias e Demências.

A pesquisa à Base de Dados do Sistema de Classificação de Doentes por GDH de 2005 foi efectuada segundo o Diagnóstico Principal.

- Número total de episódios de internamento, no total de doentes;
- Número e percentagem de episódios de internamento, no total de doentes com idade superior a 65 anos;

- Número e percentagem de episódios de internamento com diagnóstico principal de patologia marcadora, no total de doentes;
- Número e percentagem de episódios de internamento com diagnóstico principal de patologia marcadora, no total de doentes idade superior a 65 anos;
- Número de dias de internamento e demora média dos episódios de internamento com diagnóstico principal de patologia marcadora, no total de doentes;
- Número de dias de internamento e demora média dos episódios de internamento com diagnóstico principal de patologia marcadora, no total de doentes idade superior a 65 anos;

3. CRITÉRIOS DE ANÁLISE

A análise dos indicadores apresentados por cada Hospital de Nível 1 foi orientada segundo princípios de homogeneidade e representatividade e teve por referência a tipologia da oferta em matéria de cuidados continuados, nos termos do Decreto-Lei nº.101/ 2006, de 06 de Junho.

Para proceder a esta análise e assim obter a caracterização e o perfil de cada hospital, foi necessário formular alguns critérios que em seguida se enunciam. Estes critérios incluem, para além dos dados de produção e rendimento hospitalar, indicadores relativos ao contexto em que se situa o hospital (número de habitantes e proximidade a outros recursos especializados de saúde) e ainda, indicadores sobre a capacidade instalada.

A partir destes critérios foi possível traçar o perfil de cada hospital e concluir acerca da tipologia da oferta de cuidados, da capacidade de adequação desta às necessidades população que serve e ainda das necessidades esperadas em cuidados continuados. Estas necessidades foram aferidas em função dos indicadores da estrutura etária da população, da área de influência e das patologias diagnosticadas na população internada.

Com base na análise efectuada, foi possível obter uma visão global das características do hospital e assim configurar um cenário de ajustamento à RNCCI.

A lista de critérios de análise apresenta-se no quadro que se segue:

Tabela nº. 1. Critérios de Análise aplicados no estudo dos Hospitais de Nível 1

CRITÉRIOS DE ANALISE	
1. Localização	Hospitais localizados em cidades com menos de 30.000 habitantes.
	Hospitais localizados em cidades que tenham outro hospital a menos de 60 minutos.
2. Capacidade	Hospitais com capacidade inferior a 100 camas.
	Hospitais com espaços para fisioterapia e reabilitação: já em funcionamento ou com capacidade para instalar (sala de 50 – 100 m ²).
3. Produtividade actual	Taxa de ocupação inferior a 70 %.
	Demora média superior a 7 dias.
4. Impacto actual da velhice	Número de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativa: superior a 40% do total de altas.
5. Impacto das doenças crónicas	Número de altas do grupo de patologias marcadoras significativa: superior a 25% do total de altas.
	Número de altas do grupo de patologias marcadoras em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativa: superior a 30% do total de altas.

4. RESULTADOS

4.1 Localização e acessibilidade

Na selecção dos critérios para a avaliação da pertinência da adequação dos Hospitais de Nível I como respostas da nova RNCCI, considerou-se a localização como factor de influência na acessibilidade à rede hospitalar. A selecção da localização como critério de análise foi ainda reforçada pelo facto da área de influência dos hospitais ser, na maioria destes e em 80% da população internada, proveniente do concelho de localização. Donde se conclui que o impacto esperado no concelho de localização do hospital é maior do que nos restantes concelhos da sua área de influência.

Por outro lado, considerou-se que reconverter hospitais localizados em populações com mais de 30.000 habitantes, pressupõe afectar directamente um volume de população importante e torna necessário relocalizar a actividade actualmente gerada (procura) deste volume de habitantes noutra centro hospitalar. Assim, neste capítulo analisa-se a dimensão populacional dos concelhos onde se localizam os hospitais, verificando-se ainda quais destas populações dispõem de um hospital alternativo a uma distância inferior em tempo a uma hora (60 minutos).

Os resultados demonstram que três hospitais cumprem os dois critérios: estar localizados em populações com um número de habitantes inferior a 30.000 e dispor de um hospital de referência a uma distância não superior a 60 minutos, segundo "fastaccess" (ferramenta de internet utilizada como fonte de dados). São eles:

- **Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche;**
- **Hospital Visconde de Salreu – Estarreja;**
- **Hospital São João de Madeira;**

Se a estes hospitais acrescentarmos aqueles que estão localizados em cidades com um volume populacional superior a 30.000 cidadãos e inferior a 40.000, com um hospital a uma distância inferior a uma hora, à lista de hospitais supra apresentada juntam-se cinco, que são os seguintes:

- **Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede;**
- **Hospital Cândido Figueiredo – Tondela;**
- **Hospital José Luciano de Castro – Anadia;**
- **Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho;**
- **Hospital do Montijo.**

Na tabela seguinte e com os dados disponíveis, podem observar-se os resultados obtidos para cada um dos hospitais. A cor azul marca os dados que cumprem os critérios definidos.

Tabela nº. 2. Critérios de Análise dos Hospitais de Nível 1: Localização.

Critérios de Análise:		1. Localização				
		Hospitais localizados em cidades com menos de 30.000 habitantes. (Censo 2001)	Cumprimento: Sim/Não	Hospitais localizados em cidades que tenham outro hospital a menos de 60 minutos.	Cumprimento: Sim/Não	
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	Vila do Conde: 74.391 hab. > 65 anos: 8.680	Não	Hospital de Matosinhos. MATOSINHOS	Sim
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	Valongo: 86.005 hab. > 65 anos: 8.423	Não	Hospitais Centrais do Porto. PORTO	Sim
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	Santo Tirso: 72.396 Hab. > 65 anos: 9.409	Não	Hospitais Centrais do Porto. PORTO	Sim
	Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	Amarante: 59.638 hab. > 65 anos: 7.484	Não	Centro Hospitalar do Vale do Sousa. PENAFIEL	Sim	
	Braga	Hospital São José – Fafe	Fafe: 52.757 hab. > 65 anos: 7.016	Não	Hospital N.º Sr.ª da Oliveira de GUIMARÃES	Sim
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	Cantanhede: 37.910 hab. > 65 anos: 7.553	< 40.000	Hospital da Universidade de Coimbra. COIMBRA	Sim
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaca	Alcobaca: 55.376 hab. > 65 anos: 9.459	Não	Centro Hosp. das Caldas da Rainha. CALDAS DA R.	Sim
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	Peniche: 27.315 hab. > 65 anos: 4.555	Sim	Centro Hosp. das Caldas da Rainha. CALDAS DA R.	Sim
		Hospital Distrital de Pombal	Pombal: 56.299 hab. > 65 anos: 10.992	Não	Hospital de Leiria LEIRIA	Sim
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	Tondela: 31.152 hab. > 65 anos: 7.089	< 40.000	Hospital de São Teotónio. VISEU	Sim
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Ovar: 55.198 hab. > 65 anos: 6.836	Não	Hosp. de Santa Maria da Feira. STA Mª DA FEIRA	Sim
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	Anadia: 31.545 hab. > 65 anos: 6.006	< 40.000	Hosp. de Aveiro. AVEIRO	Sim
		Hospital Oliveira de Azemeis	Oliveira de A.: 70.721 hab. > 65 anos: 9.326	Não	Hosp. de Santa Maria da Feira. STA Mª DA FEIRA	Sim
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	Espinho: 33.701 hab. > 65 anos: 4.891	< 40.000	Hosp. de Santa Maria da Feira. STA Mª DA FEIRA	Sim
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	Estarreja: 28.182 hab. > 65 anos:	Sim	Hosp. de Aveiro. AVEIRO	Sim
		Hospital São João de Madeira	S. João Madeira: 21.102 hab. > 65 anos: 2.556	Sim	Hosp. de Santa Maria da Feira. STA Mª DA FEIRA	Sim
Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	Seia: 27.574 Hab. > 65 anos: 5.716	Sim		Não	
ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	Santiago do C.: 31.105 hab. > 65 anos: 6.279	< 40.000		Não
		Hospital do Montijo	Montijo: 39.168 hab. > 65 anos: 6.792	< 40.000	Hospital do Barreiro. BARREIRO	Sim

4.1.1. Distâncias aos hospitais de referência

Para completar a análise de acessibilidade apresenta-se, de seguida, para cada distrito com Hospital de Nível I, as distâncias aos respectivos hospitais de referência. Este tratamento da informação sobre as acessibilidades deverá apoiar a análise das repercussões das possíveis reconversões.

DISTRITO DO PORTO:

Mapa n.º 1. Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito do Porto aos Hospitais de Referência



A possibilidade de reconversão do **Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/ Vila do Conde** como recurso da Rede de Cuidados Continuados implicaria mudanças pouco significativas quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados, já que a distância ao Hospital de referência, o Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, é de 30Km/ 28 minutos desde a Póvoa do Varzim; de 23 Km/ 22 minutos desde Vila do Conde e de 17 Km/ 13 minutos desde Modivas.

A reconversão do **Hospital Nossa Sra. da Conceição, em Valongo**, como recurso da Rede de Cuidados Continuados não implicaria significativas mudanças quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados, já que o Hospital de Referência (Hospital de São João, no Porto) se encontra a 9km /16 minutos de distância de Gondomar e a 15km/ 16 minutos de Valongo.

A reconversão do **Hospital Conde de São Bento, em Santo Tirso**, ainda que implique uma modificação nas isócronas actuais, colocará as cidades de Santo Tirso e Trofa a uma distância não superior a 30 minutos do hospital de referência, localizado no Porto.

Face à possibilidade de reconversão para a RNCCI do **Hospital São Gonçalo, E.P.E., em Amarante**, dever-se-ia equacionar a possibilidade do Hospital de Penafiel constituir o centro de referência para o actual âmbito territorial do Hospital de São Gonçalo. Neste caso, as distâncias dos concelhos de Marco de Canavezes e Baião ao centro hospitalar de referência seriam de 20 Km e 35 Km respectivamente e, no caso de Felgueiras, de 26 Km. Amarante localiza-se a 27 Km de Penafiel. Os Hospitais Centrais do Porto, também considerados como hospitais de referência do Hospital de São Gonçalo, situam-se a distâncias superiores a 50 Km e aproximadamente a uma hora.

DISTRITO DE BRAGA:

Mapa nº. 2. Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito de Braga aos Hospitais de Referência

ISÓCRONAS ACTUAIS DOS HOSPITAIS DE NIVEL I AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE BRAGA

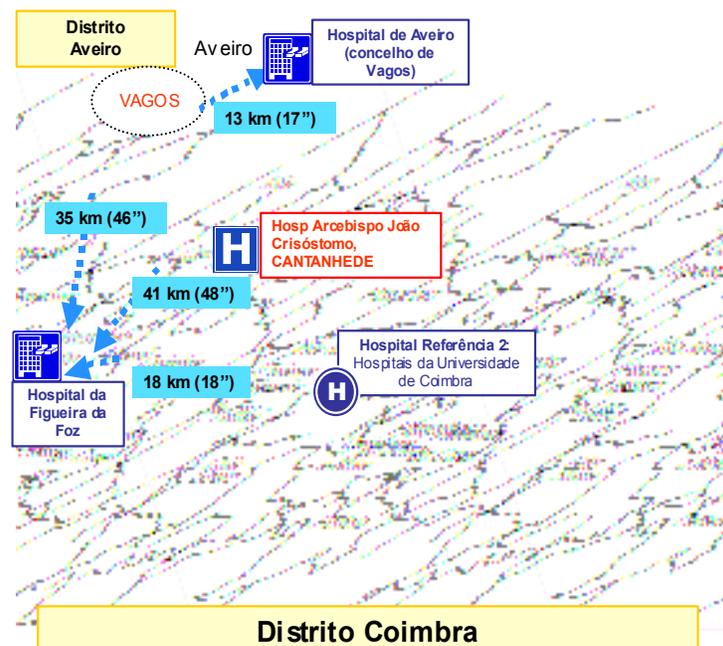


A reconversão do **Hospital de São José, em Fafe**, como recurso da Rede não implicaria mudanças significativas quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados. No caso de Fafe, o hospital de referência - Hospital de Guimarães – localiza-se a 15km/ 19 minutos de distância. No caso dos concelhos de Cabeceiras de Basto a distância aumentaria um pouco (38km/ 47 minutos) e, no caso do concelho de Celorico de Basto, a distância ao Hospital de Guimarães é de 39km e de 55 minutos aproximadamente.

DISTRITO DE COIMBRA:

Mapa nº. 3. Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito de Coimbra aos Hospitais de Referência

ISÓCRONAS ACTUAIS DOS HOSPITAIS DE NIVEL I AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE COIMBRA

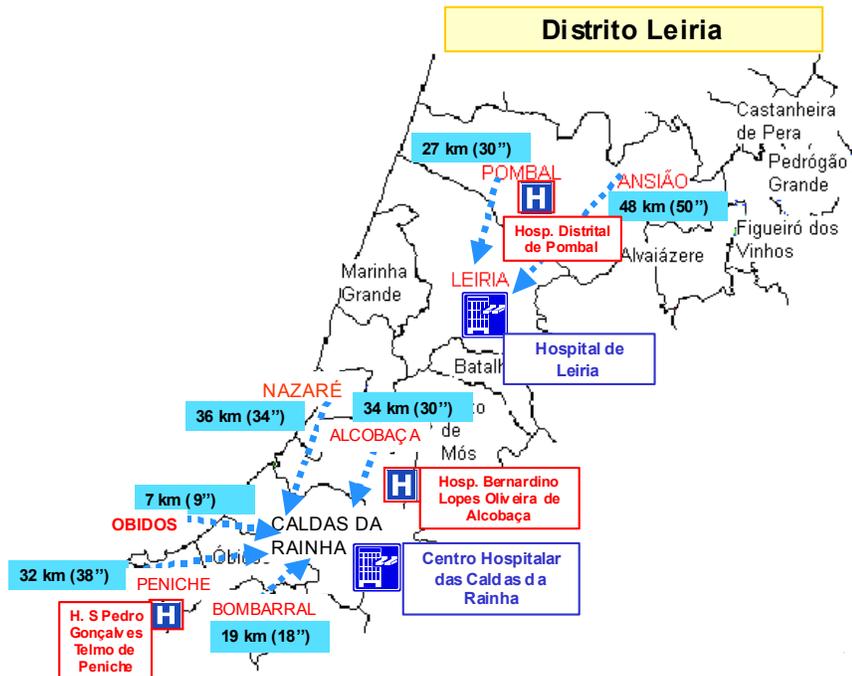


A reconversão do **Hospital Arcebispo João crisóstomo, em Cantanhede**, como recurso da Rede de Cuidados Continuados não implica significativas mudanças quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados. No caso dos concelhos de Montemor-o-Velho e de Vagos, a distância aos Hospitais de Referência (Hospital da Figueira da Foz e Hospital de Aveiro, respectivamente) é menor que a distância actual ao Hospital Arcebispo João Crisóstomo (Montemor-o-Velho encontra-se a uma distância de 18km/ 18 minutos do Hospital de Figueira da Foz e Vagos, a uma distância de 13km/ 17 minutos). No caso do concelho de Mira a distância ao recurso especializado de referência (Hospital da Figueira da Foz) aumentaria (35km/ 46 minutos). Finalmente, Cantanhede encontra-se a uma distância de 41Km/ 48 minutos do Hospital da Figueira da Foz.

DISTRITO DE LEIRIA:

Mapa nº. 4. Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito de Leiria aos Hospitais de Referência

ISÓCRONAS ACTUAIS DOS HOSPITAIS DE NIVEL I NO DISTRITO DE LEIRIA



A reconversão do **Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaca**, como recurso da Rede de Cuidados Continuados não implicaria significativas mudanças quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados, já que o Hospital de referência, o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, situado nas Caldas da Rainha, localiza-se a uma distância de cerca de 34Km/ 30minutos de Alcobaca e de 36Km/ 36minutos da Nazaré.

A possibilidade de reconversão do **Hospital São Pedro Gonçalves Telmo, em Peniche**, não implica significativas mudanças quanto à acessibilidade já que o hospital de referência, Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, se encontra a menos de 10 minutos e 7 Km de Óbidos; a 19 Km do Bombarral e a 32 km de Peniche.

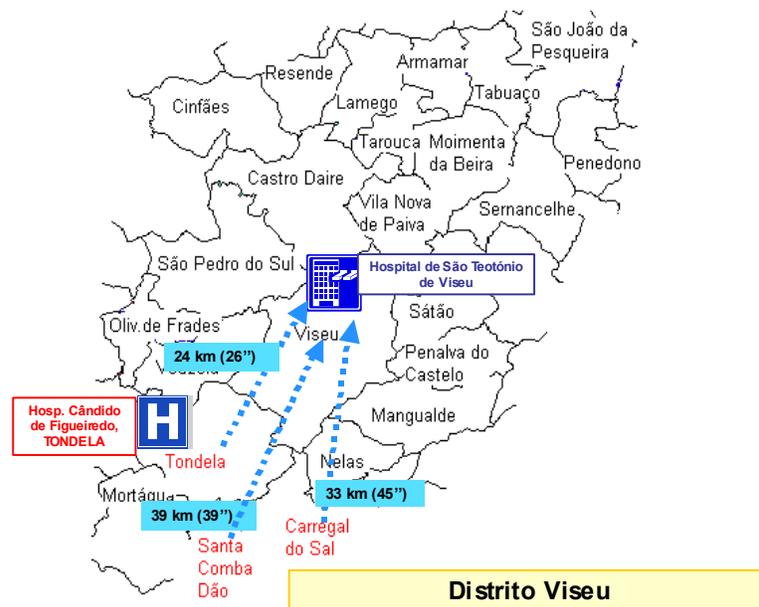
A reconversão do **Hospital Distrital de Pombal** implicaria que o Hospital de Leiria constituísse a nova referência de cuidados especializados de saúde para os concelhos

de Ansião e Pombal. Pombal encontra-se a 29 Km de distância e a aproximadamente 30 minutos de Leiria e Ansião a 48 Km/ 50 minutos aproximadamente.

DISTRITO DE VISEU:

Mapa nº. 5. Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito de Viseu aos Hospitais de Referência

ISÓCRONAS ACTUAIS DOS HOSPITAIS DE NÍVEL I AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE VISEU

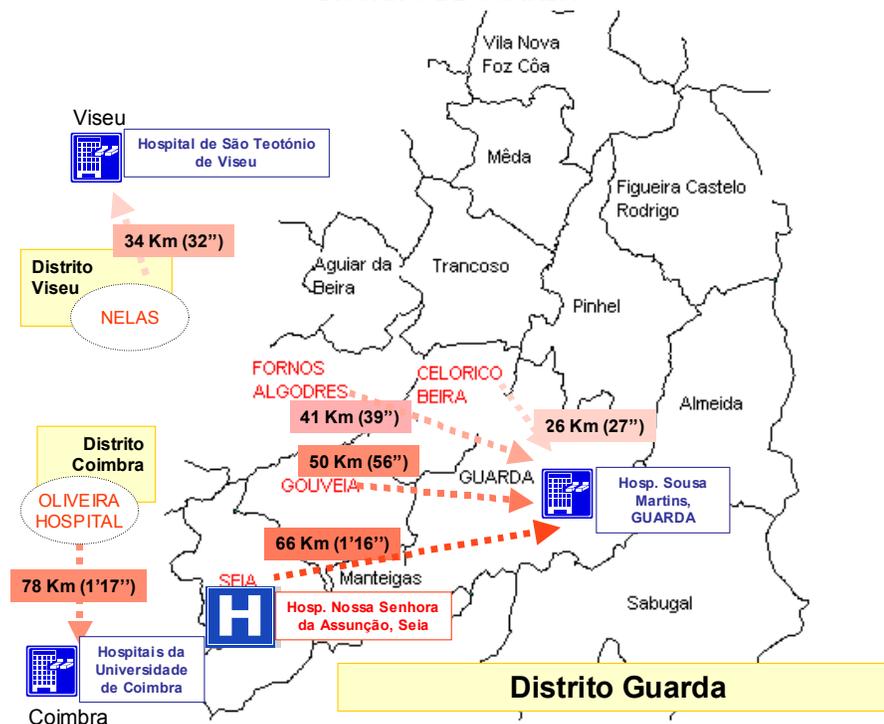


A reconversão do **Hospital Cândido Figueiredo, em Tondela**, como recurso da Rede de Cuidados Continuados transforma o Hospital de São Teotónio em hospital de referência para os concelhos do actual âmbito do hospital. No caso de Tondela, a distância ao hospital de referência é de 24 Km e de 26 minutos; de 39 Km e 30 minutos de Santa Comba Dão e de 33 Km e aproximadamente 45 minutos de distância de Carregal do Sal.

DISTRITO DA GUARDA:

Mapa nº. 6. Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito da Guarda aos Hospitais de Referência

ISÓCRONAS ACTUAIS DOS HOSPITAIS DE NIVEL I AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE GUARDA



O hospital de nível I do distrito da Guarda é o **Hospital de Nossa Senhora da Assunção, em Seia**. A reconversão deste hospital para RNCCI implica modificações importantes na acessibilidade para o próprio concelho de Seia, para o concelho de Gouveia e para o concelho de Oliveira do Hospital (a mais de uma hora de distância dos Hospitais da Universidade de Coimbra). Os concelhos de Fornos Algodres e Celorico da Beira melhorariam as actuais distâncias. Finalmente, o concelho de Nelas, cujo Hospital de referência é o de Viseu, ficaria a 34 Km de distância, o que não implica modificações, em termos de distância, em relação à situação actual.

O **Hospital de Oliveira de Azeméis** abrange parte dos concelhos do actual âmbito de referência do Hospital de São João de Madeira, nomeadamente dos concelhos de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra. A reconversão do hospital implicaria mudanças pouco significativas em termos de acessibilidade de tempo e distância ao Hospital de Referência, o Hospital de Santa Maria da Feira, já que todos se encontram a uma distância inferior a 20 Km e 30 minutos.

A reconversão do **Hospital Dr. Francisco Zagalo, em Ovar**, não implicaria **significativas mudanças** quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados, já que o Hospital de Referência, o Hospital de Santa Maria da Feira, encontra-se a 12 Km/ 23 minutos de Ovar.

Da mesma forma, a reconversão do **Hospital Nossa Senhora da Ajuda, em Espinho**, somente afecta o concelho de Espinho. O hospital de referência também é o Hospital de Santa Maria da Feira, o qual se situa aproximadamente a 19 Km e 19 minutos de Espinho, não **implicando assim significativas mudanças** quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados

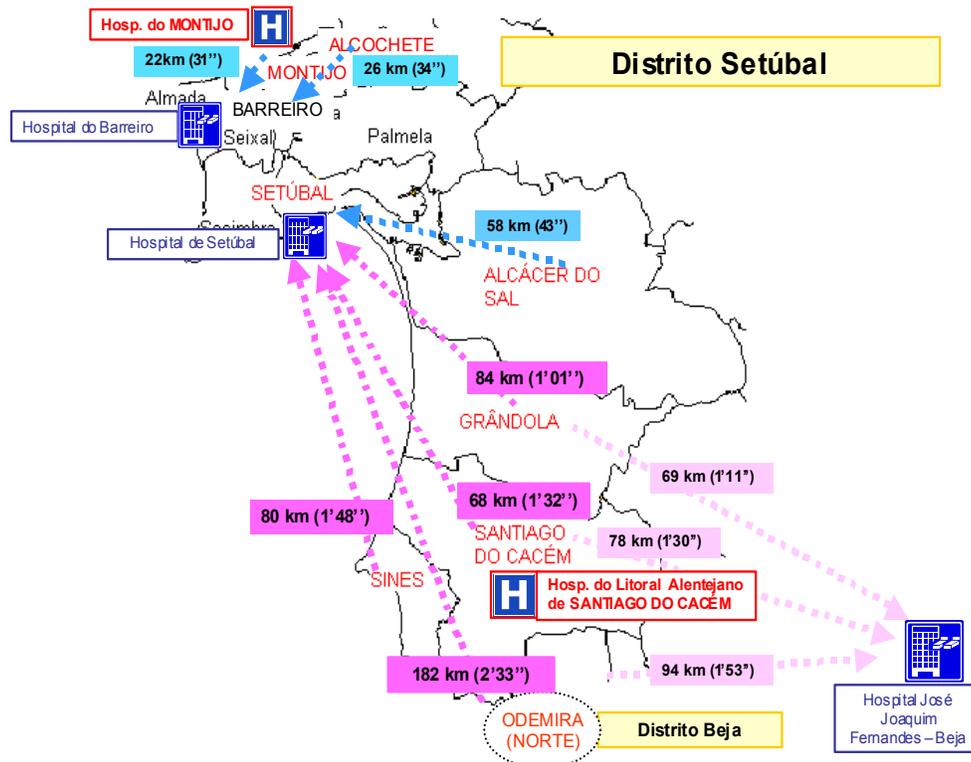
Na hipótese de reconversão do **Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja**, em recurso da RNCCI, as mudanças em termos de acessibilidade a recursos de saúde especializados também não seriam muito significativas, já que o hospital de referência, Hospital de Aveiro, está a uma distância de 22 km/23 minutos de Estarreja e a 28Km/ 35 minutos de Murtosa.

No caso de reconversão do **Hospital José L. Castro, em Anadia**, com recurso da RNCCI, a distância ao hospital de referência – Hospital de Aveiro – é de 33km/48 minutos. No caso do concelho da Mealhada, cujo Hospital de Referência são os Hospitais da Universidade de Coimbra, as mudanças em termos de acessibilidade não seriam significativas já que estes hospitais se encontram a uma distância de 20Km/ 21 minutos.

DISTRITO DE SETÚBAL:

Mapa nº. 8. *Isócronas Actuais dos Hospitais de Nível 1 do distrito de Setúbal aos Hospitais de Referência*

ISÓCRONAS ACTUAIS DOS HOSPITAIS DE NÍVEL I AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE SETÚBAL



A reconversão do **Hospital de Montijo** como recurso da Rede de Cuidados Continuados não implicaria significativas mudanças quanto à acessibilidade a recursos de saúde especializados, já que o hospital de referência, Hospital do Barreiro, se localiza a uma distância de cerca de 22Km/ 31minutos do Montijo e de 26km/ 34 minutos de Alcochete.

A reconversão do **Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém**, não parece ser viável a nível de acessibilidade se o hospital de referência for o Hospital de Setúbal. Existiria uma mudança bastante significativa ao nível de acessibilidade para os concelhos de referência do hospital já que todos se localizam a uma distância superior a uma hora do Hospital de Setúbal. No esquema apresentam-se ainda as isócronas ao Hospital de Beja, no caso de se constituir como hospital de referência destes concelhos.

4.2 Capacidade

Quanto à capacidade, os critérios seleccionados estão relacionados com **o número de camas instaladas**. Considera-se que os hospitais com uma lotação inferior a 100 camas são pouco rentáveis a nível hospitalar já que não possibilitam a aplicação de economias de escala em custos e/ou serviços gerais ou de pessoal. Por seu turno, podem constituir óptimas unidades de internamento para centros de CCI.

Os dados mostram que, exceptuando 3 hospitais, os Hospitais de Nível I apresentam uma capacidade inferior a 100 camas. Assim, segundo este critério **todos poderiam considerar-se como candidatos a reconversão em recursos da RNCCI à excepção de três, nomeadamente:**

- Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/ Vila do Conde;
- Hospital Conde de São Bento, em Santo Tirso;
- Hospital São Gonçalo, E.P.E, em Amarante.

Ainda assim, os hospitais supra referidos não deverão excluir-se de um cenário de reconversão já que poderão ser candidatos a reconversões parciais. Não obstante, deve-se salientar que os três hospitais estão situados em localidades com uma população superior a 59.000 habitantes.

A dificuldade em obter informação relativa aos **espaços destinados a fisioterapia e reabilitação** não permitiu proceder, na generalidade, à avaliação dos hospitais a este nível, exceptuando o caso dos hospitais pertencentes à ARS Norte, o Hospital de São João da Madeira e o Hospital de São Paulo, em Serpa. Assim, é recomendável obter informação detalhada a este nível de modo a identificar a capacidade do hospital para oferecer serviços de reabilitação e fisioterapia no âmbito da RNCCI, seja a partir das instalações actualmente existentes ou através adequação das mesmas.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados obtidos para cada hospital. Na cor azul encontram-se marcados os dados que cumprem o critério definido para esta análise.

Tabela nº. 3. Critérios de Análise dos Hospitais de Nível 1: Capacidade

Critérios de Análise:			2. Capacidade			
			Hospitais com capacidade inferior a 100 camas. (ARS 2005)	Cumprimento: Sim/Não	Hospitais com espaços para fisioterapia e reabilitação: já em funcionamento ou com capacidade para instalar (sala de 60 – 100 m ²).	Cumprimento: Sim/Não
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	143		Sim existe, pouco adequado	Sim
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	74	Sim		
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	129		Sim existe	Sim
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	146		Condições físicas do S. de Medicina Física e Reabilitação, são razoáveis	Sim
	Bragos	Hospital São José – Fafe	93	Sim	Sim existe, pouco adequado	Sim
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanheda	35 (encerradas)	Sim	Previsão em obras de remodelação	Sim
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	61	Sim		
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	60	Sim		
		Hospital Distrital de Pombal	69	Sim		
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	69	Sim		
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	79	Sim		
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	44	Sim		
		Hospital Oliveira de Azemeis	84	Sim		
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	33	Sim		
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	48	Sim		
		Hospital São João de Madeira	100 camas com 45 para Unidade Vale de Cambra	Sim	Existe espaço adequado	Sim
	Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	60	Sim		
ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	81	Sim		
		Hospital do Montijo	71	Sim		

4.3 Produtividade

Neste capítulo incluem-se como critérios de análise os indicadores clássicos de taxa de ocupação e demora média, correspondentes ao ano 2005.

Baixa **taxa de ocupação** indica a existência de um volume de capacidade instalada em camas que não é utilizada. Assim, taxas de ocupação inferiores a 70% demonstram uma baixa utilização e como tal, pouco eficiente, dos recursos instalados. Este aspecto, juntamente com outros elementos, torna recomendável a reconversão do hospital de forma a melhorar a utilização dos recursos de que dispõe.

A **demora média** pode indicar-nos de forma indirecta permanências superiores à média ou, pelo menos, à média nacional esperada, indiciando baixos níveis de eficiência ou um desajustamento na tipologia de cuidados face à casuística clínica.

Os dados obtidos indicam que, no ano 2005, 8 hospitais apresentavam uma taxa de ocupação inferior a 70 %. A demora média é superior à demora média nacional dos Hospitais de Nível 1 (7 dias) em 9 hospitais.

Em 3 hospitais, tal como indica a tabela apresentada de seguida, coincidem baixas taxas de ocupação e elevadas demoras médias:

- **Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche;**
- **Hospital Cândido Figueiredo – Tondela;**
- **Hospital São João de Madeira;**

Os hospitais supra referidos estão localizados em cidades com populações em torno aos 30.000 habitantes e a capacidade instalada em volume de camas é inferior a 100.

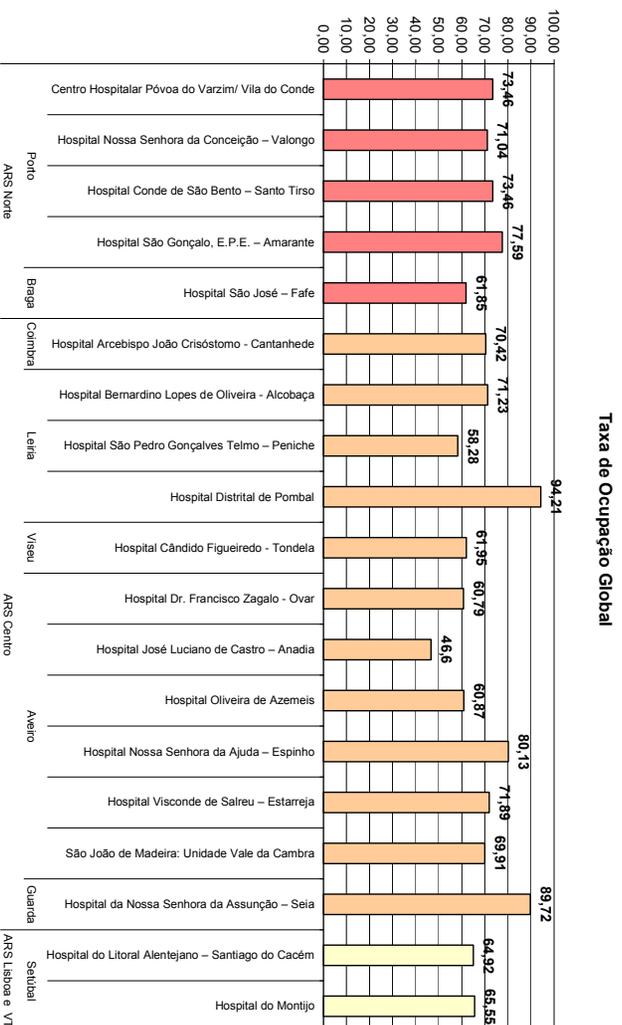
- O **Hospital José Luciano de Castro – Anadia**, ainda que apresente uma Demora Média de 4,2 dias, apresenta uma Taxa de Ocupação de apenas 46 % e uma dotação global de 44 camas. Está localizado numa cidade com aproximadamente 31.000 habitantes.

Tabela nº. 4. Critérios de Análise dos Hospitais de Nível 1: Produtividade

Critérios de Análise:			3. Produtividade (ARS 2005)	
			Taxa de ocupação inferior a 70 % nos últimos dois anos.	Demora média superior a 7 dias
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	73,46	5,79
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	71,04	10,07
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	73,46	6,30
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	77,59	6,15
	Braga	Hospital São José – Fafe	61,85	6,24
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	70,42	8,03
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	71,23	7,31
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	58,28	7,20
		Hospital Distrital de Pombal	94,21 (Taxa para cirurgia: 68 %)	8,88 (Valências medicas 14,20 dias)
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	61,95	7,27
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	60,79	6,44
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	46,60	4,20
		Hospital Oliveira de Azemeis	60,87	6,12 (Valências medicas: 9 dias)
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	80,13	6,13
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	71,89	8,75
		Hospital São João de Madeira	Unidade de Vale de Cambra: 69,91%	Unidade de Vale de Cambra: 49,88 dias
	Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	89,72	8,73
	ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	64,21
Hospital do Montijo			65,55	6,21

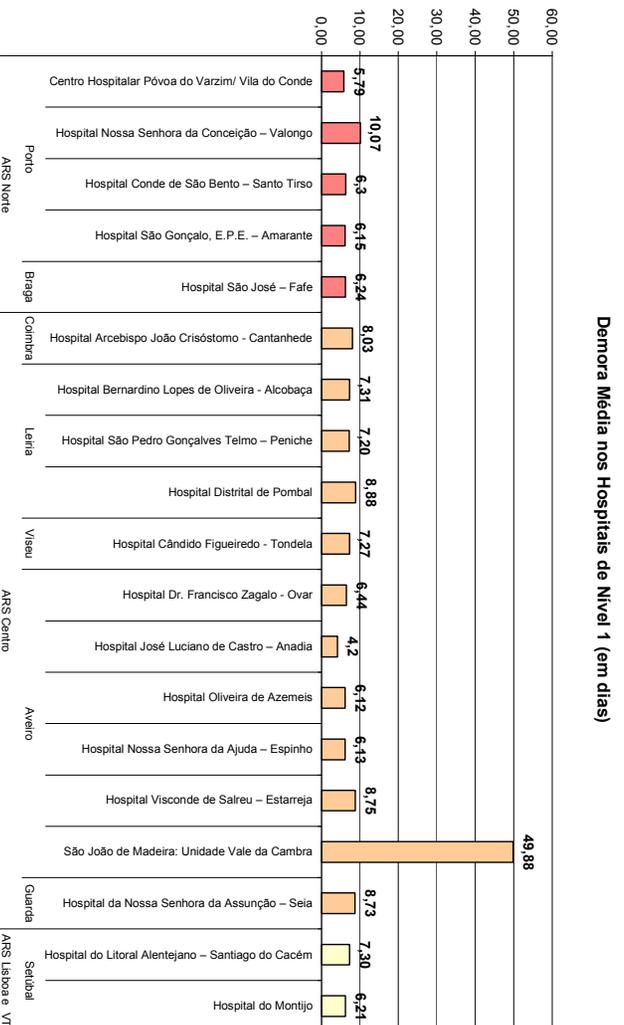


Gráfico n.º 1. Taxa de ocupação nos Hospitais de Nível 1 (em %)



Fonte:ARS 2005

Gráfico n.º 2. Demora Média nos Hospitais de Nível 1 (em dias)

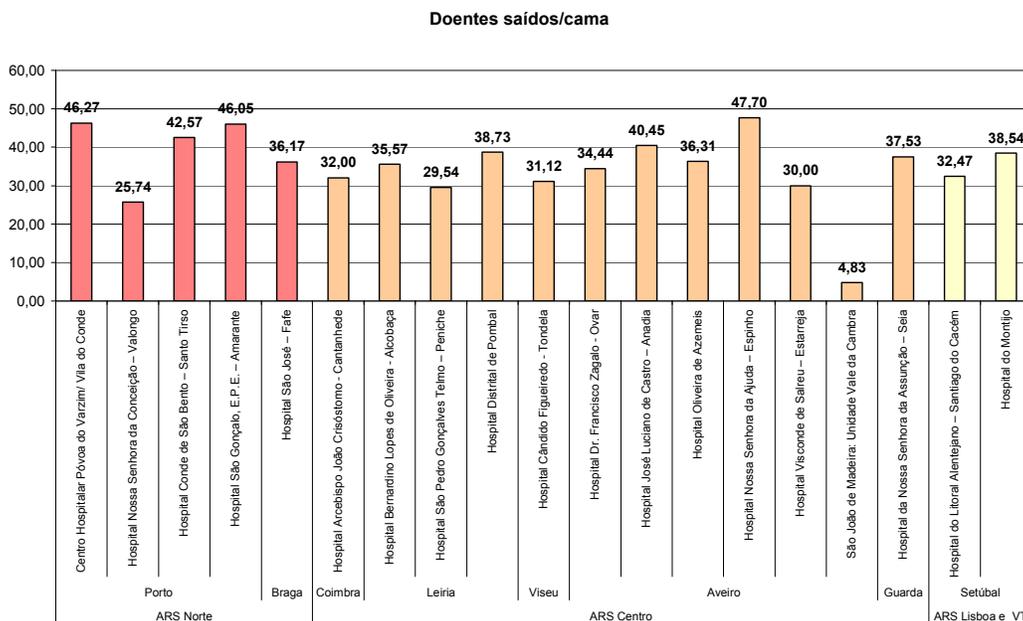


Fonte:ARS 2005

Relativamente à **Demora média**, os resultados da actividade declarada no ano 2005 pelas ARS mostram um comportamento heterogéneo entre os hospitais (consultar gráfico nº. 2). Assim, observa-se que nove hospitais apresentam uma demora média inferior a 7 dias: Dois hospitais, apresentam demoras médias inferiores a 6 dias (Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/ Vila do Conde e Hospital José L. de Castro, na Anadia) e sete dos hospitais apresentam uma demora média situada entre 6 e 7 dias.

Onze hospitais mostram resultados superiores aos 7 dias: A unidade de Vale de Cambra, de São João de Madeira, mostra claramente um resultado de longa duração não compatível com uma unidade de agudos. O Hospital Nossa Sra. da Conceição em Valongo apresenta uma demora média superior a 10 dias. Os restantes hospitais apresentam demoras médias situadas entre 7 e 8 dias.

Gráfico nº. 3. Doentes saídos por cama nos Hospitais de Nível 1



Fonte: Actividade ARS 2005

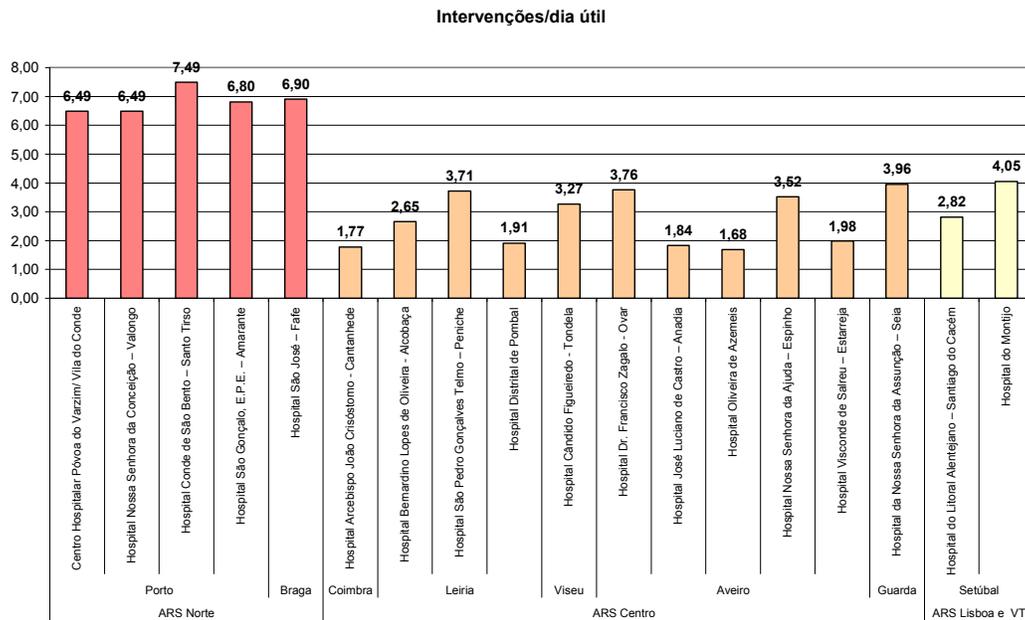
Para completar os dados de produtividade, apresentam-se de seguida os resultados obtidos na actividade cirúrgica e nas consultas externas.

Na tabela nº 5 apresentam-se os resultados relativos à **percentagem de valências cirúrgicas** no ano 2005. Tal como se pode observar, 4 hospitais apresentam um peso preponderante de actividade cirúrgica, superando 60 % do total (marcados em cor azul na tabela). Os 6 hospitais, marcados em cor amarela, superam uma taxa de 40 % de actividade cirúrgica.

Tabela nº. 5. Critérios de Análise dos Hospitais de Nível 1: Actividade Cirúrgica

Hospitais	Percentagem das valências cirúrgicas (Movimento Assistencial 2005. Hospitais/ARS's)
C. H. Póvoa do Varzim/Vila do Conde	31
H. Nss. Sra.da Conceição – Valongo	44
H. Conde de São Bento – St. Tirso	37
H. São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	29
H. São José – Fafe	69
H. Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	32
H. Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	44
H. São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	61
H. Distrital de Pombal	29
H. Cândido Figueiredo - Tondela	60
H. Dr. Francisco Zagalo - Ovar	42
H. José Luciano de Castro – Anadia	33
H. Oliveira de Azemeis	0
H. Nss. Sra. Da Ajuda – Espinho	48
H. Visconde de Salreu – Estarreja	45
H. São João de Madeira: Unidade Vale de Cambra	sem dados
H. Nss. Sra. Da Assunção – Seia	53
H. Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	41
H. do Montijo	72

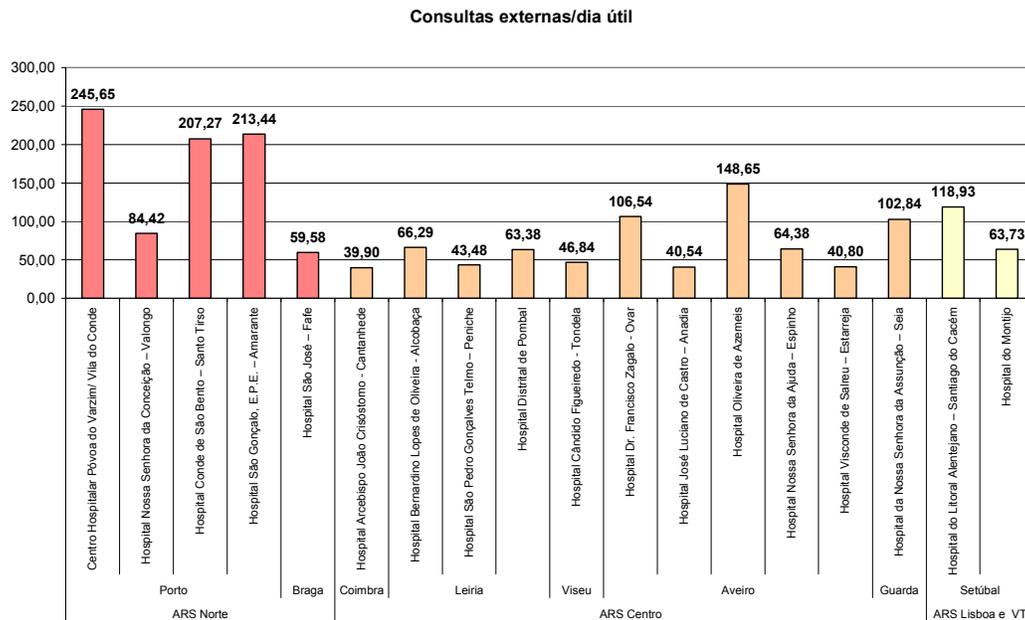
Gráfico nº. 4. Número de Intervenções cirúrgicas por dia útil nos Hospitais de Nível 1



Fonte: Actividade ARS 2005

A análise da actividade cirúrgica indica que os hospitais com maior produtividade por dia útil não coincidem com os hospitais com um maior peso de actividade cirúrgica. Nesta análise, os hospitais da ARS Norte mostram um comportamento mais produtivo que os restantes (Não se dispõe de dados para o Hospital de São João de Madeira).

Gráfico nº. 5. Número de consultas externas por dia útil nos Hospitais de Nível 1



Fonte: Actividade ARS 2005

Os resultados de actividade desenvolvida nas Consultas no ano 2005 mostram um comportamento heterogéneo entre os hospitais. Os hospitais com menor actividade são:

- H. Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede, com 39,5 consultas por dia;
- H. José Luciano de Castro de Anadia e H. Visconde de Salreu de Estarreja, com 40 consultas por dia;
- H. Cândido Figueiredo de Tondela, com 47 consultas por dia;
- H. São José – Fafe, com 60 consultas por dia.

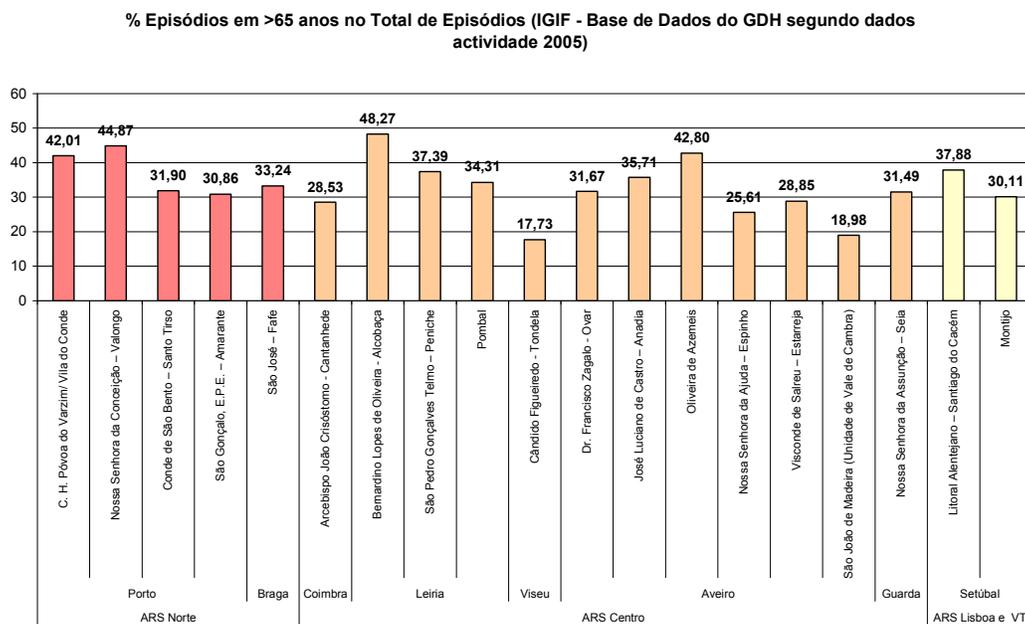
Somente 7 hospitais superam as 100 consultas por dia. (Não se dispõe de dados para o Hospital de São João de Madeira).

4.4 Impacto actual da velhice

Neste capítulo procede-se à avaliação e apresentação dos dados relativos à percentagem de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos internadas no ano 2005. Considera-se um valor superior a 40 % como relevante e indicador indirecto do grau de procura de cuidados continuados na população idosa.

A representatividade desta proporção foi, posteriormente, aferida em dois grupos de hospitais, o grupo dos hospitais de nível 1 e um outro grupo de 40 hospitais gerais. Obteve-se o seguinte resultado: no grupo dos hospitais de nível 1 a proporção de altas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (em média 52%) revela-se significativamente superior à proporção no outro grupo (em média 46%). Confirmou-se, assim a relevância deste critério.

Gráfico nº. 6. % de Episódios em pessoas com idade superior a 65 anos no total de episódios – Hospitais de Nível 1



A partir dos dados obtidos, verifica-se que a maior parte dos hospitais apresenta uma percentagem superior a 40% de doentes atendidos com 65 anos ou mais sobre o total de doentes atendidos. Apenas três hospitais apresentam percentagens inferiores a 40%.

Deve-se destacar que 6 hospitais superam uma percentagem de 60 % de doentes atendidos com 65 anos ou mais sobre o total de doentes o que significa que 6 de cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais. São estes os hospitais:

- **Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede:** mais de 7 em cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais;
- **Hospital Distrital de Pombal:** quase 7 em cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais;
- **Hospital Cândido Figueiredo – Tondela:** 6 em cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais;
- **Hospital Visconde de Salreu – Estarreja:** mais de 6 em cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais;
- **Hospital José Luciano de Castro – Anadia:** 7 em cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais;
- **Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém:** 6 em cada 10 doentes atendidos têm 65 anos ou mais.

Tabela nº. 6. Critérios de Análise dos Hospitais de Nível 1: Impacto da Velhice – Número de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativo

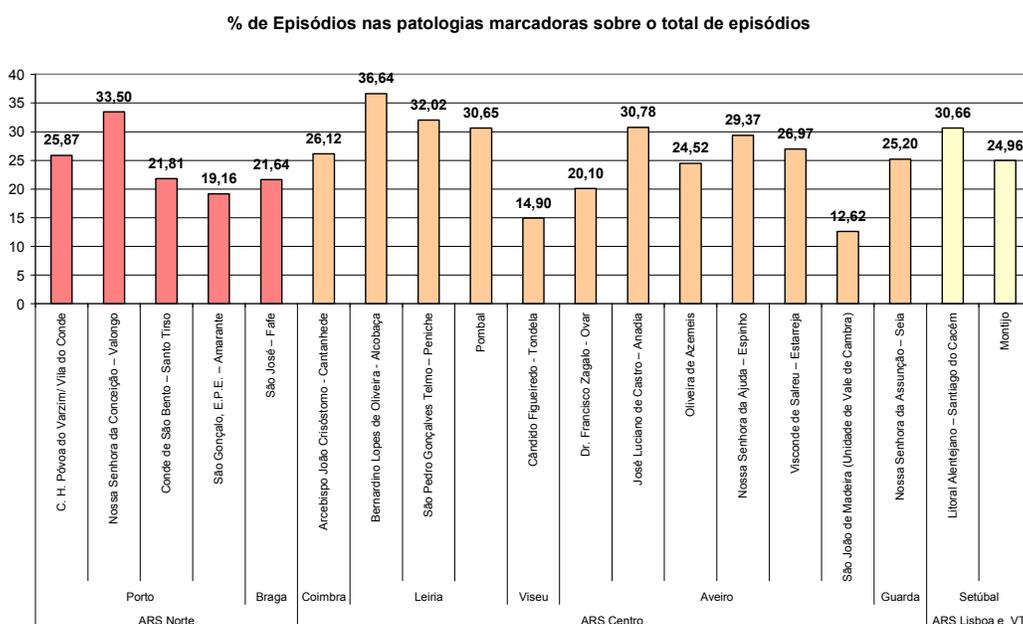
Critérios de Análise:			4. Impacto da Velhice no hospital
			Número de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativa: superior a 40% do total de altas IGIF - Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	42,01 % : 2.207 Altas
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	38,85 % : 711 Altas
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	37,39 % : 1.862 Altas
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	41,87 % : 2.113 Altas
	Braga	Hospital São José – Fafe	44,04 % : 1.453 Altas
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	72,65%: 943 Altas
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	53,44 % : 1.158 Altas
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	55,08 % : 781 Altas
		Hospital Distrital de Pombal	68,37%: 1.189 Altas
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	60,63 %: 1.021 Altas
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	43,92 % : 1.099 Altas
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	71,32 %: 1.221 Altas
		Hospital Oliveira de Azemeis	47,03 % : 729 Altas
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	48,26 % : 820 Altas
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	64,94 %: 915 Altas
		Hospital São João de Madeira	39,03 % para total Hospital: 1.565 Altas
Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	56,70 % : 1.159 Altas	
ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	60,40 %: 1.452 Altas
		Hospital do Montijo	49,69 % : 1.139 Altas

4.5 Impacto das doenças crónicas

Neste capítulo avalia-se a percentagem de casos atendidos durante 2005, codificados com diagnóstico principal com perfil de doença crónica, nomeadamente patologias marcadoras de doença crónica. Analisa-se a percentagem global de casos para cada hospital analisado e o seu peso em pessoas com idade superior a 65 anos. Considera-se que valores superiores a 25 % e 30 %, respectivamente, são elementos relevantes para procura de CCI.

4.5.1 Impacto das doenças crónicas no total de doentes

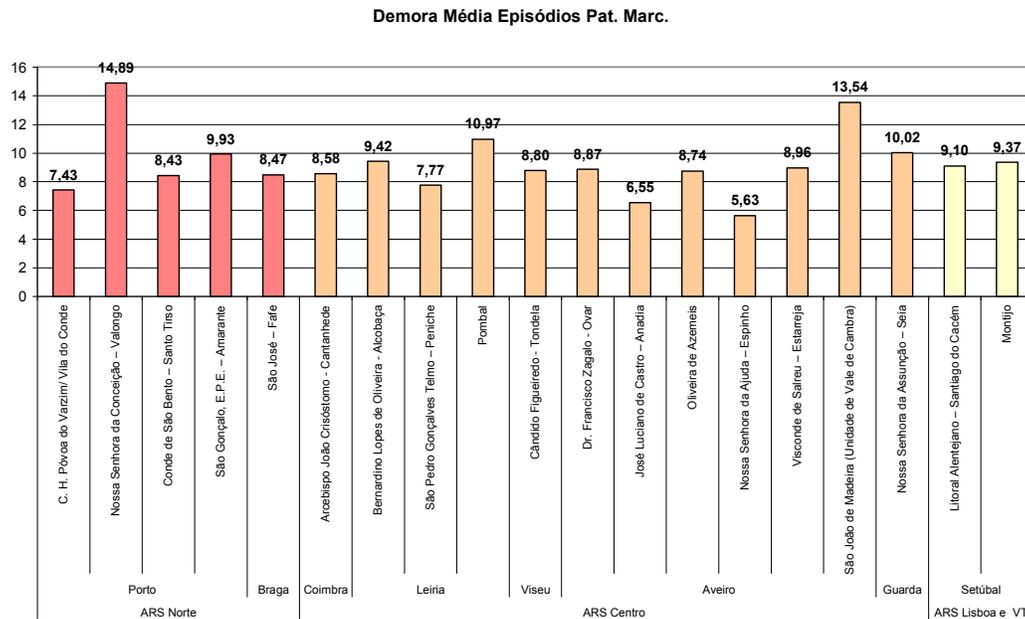
Gráfico n.º 7. % de Episódios nas patologias marcadoras sobre o total de episódios, Hospitais de Nível 1



Fonte: IGIF – Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005

A estes dados acrescentam-se os resultados do indicador de Demora média.

Gráfico nº. 8. Demora Média nos episódios de patologias marcadoras nos Hospitais de Nível 1 (em dias)



Fonte: IGIF – Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005

Observa-se que, para o conjunto de doentes, 11 dos hospitais apresentam uma percentagem superior a 25 % de episódios relacionados com GDH com perfil de doença crónica. Destes hospitais 8 apresentam demoras médias próximas ou superiores a 7 dias, nomeadamente:

- **Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo:** 33 % e 15 dias de Demora média;
- **Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante:** Somente com 19 % mas com 10 dias de Demora média;
- **Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça:** Com 37 % e 9,5 dias de Demora média;
- **Hospital Distrital de Pombal:** Com 31 % e 11 dias de Demora média;
-

- **Hospital São João de Madeira:** Somente com 13 % para o conjunto do hospital mais com 14 dias de Demora média;
- **Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia:** Com 25 % e 10 dias de Demora média;
- **Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém:** Com 31 % e 9 dias de Demora média
- **Hospital do Montijo:** Com 25 % e 9 dias de Demora média.

4.5.2 Impacto das doenças crónicas em doentes com mais de 65 anos

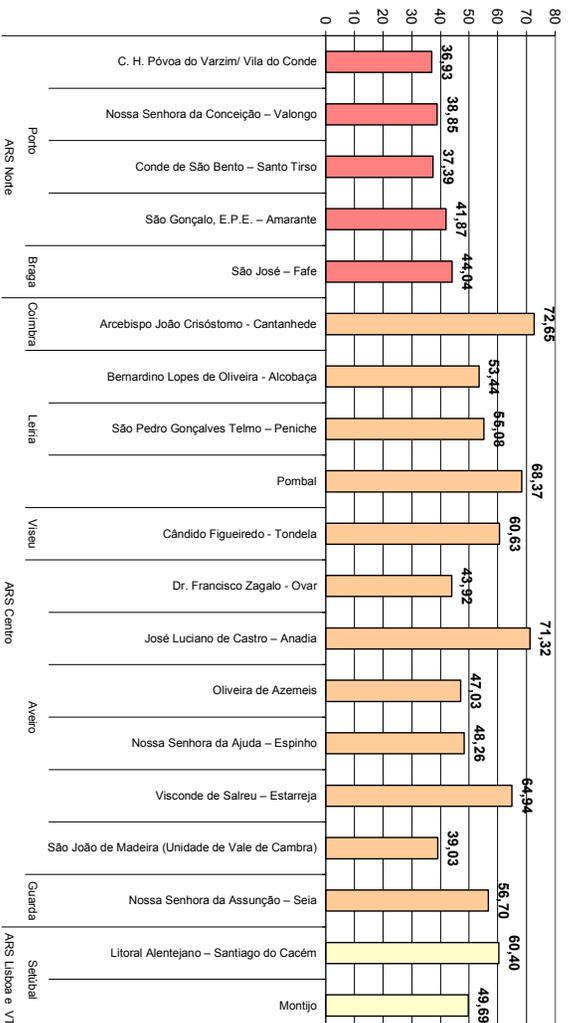
Analisados os resultados para o conjunto de doentes com mais de 65 anos, observa-se que o grupo de patologias marcadoras supõe motivo de internamento para mais 30 % dos doentes desta idade na maioria dos hospitais. Todos os hospitais analisados superam esta percentagem à excepção de 5 hospitais

- Hospital Arcebispo João Crisóstomo, em Cantanhede, com 28,5 %
- Hospital Cândido Figueiredo, em Tondela, com 17,7 %
- Hospital Nossa Senhora da Ajuda, em Espinho, com 25,6 %
- Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja, com 28,8 %
- Hospital São João de Madeira, com 19 %

Gráfico nº. 9. % de episódios de patologias marcadoras em doentes com idade igual ou superior a 65 anos, no total de episódios de patologias marcadoras – Hospitais de

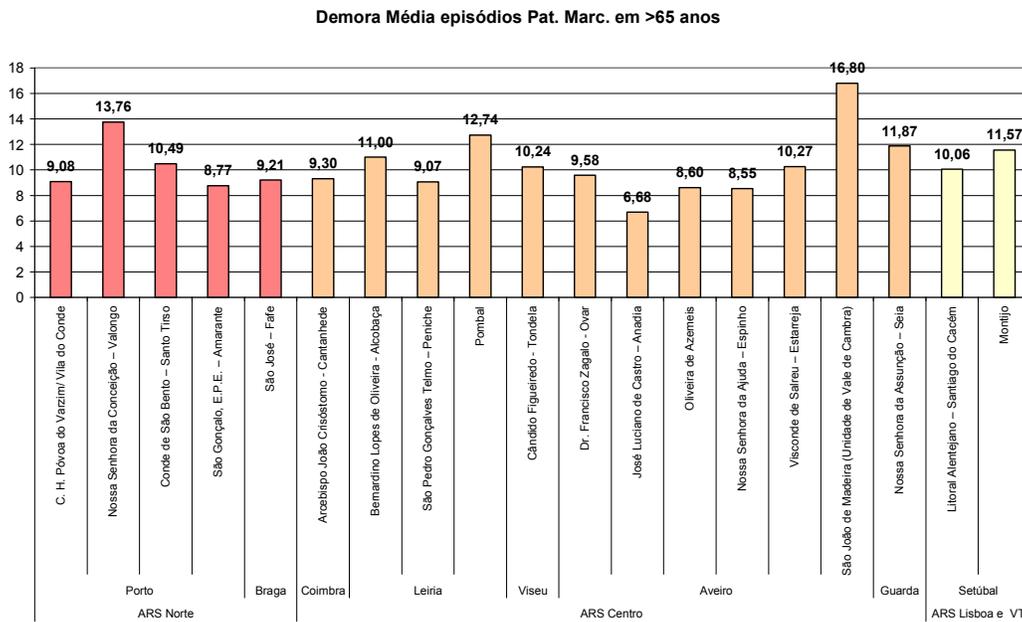
Nível 1

% Episódios em >65 anos do Total de Episódios Pat. Marc.



Fonte: IGF – Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005

Gráfico nº. 10. Demora Média nos episódios de patologias marcadoras em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos – Hospitais de Nível 1



Fonte: IGIF – Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005

As demoras médias nos episódios com GDH marcador de doença crónica em doentes com mais de 65 anos são superiores a 10 dias em 10 Hospitais, designadamente:

- **Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo:** 14 dias de Demora média;
- **Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso:** 10,5 dias de Demora média;
- **Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça:** 11 dias de Demora média;
- **Hospital Distrital de Pombal:** 13 dias de Demora média;
- **Hospital Cândido Figueiredo – Tondela:** 10 dias de Demora média;
- **Hospital São João de Madeira:** 16 dias de Demora média;
- **Hospital Visconde de Salreu – Estarreja:** 10 dias de Demora média;
- **Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia:** 12 dias de Demora média;

- **Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém:** 10 dias de Demora média;
- **Hospital do Montijo:** 11,5 dias de Demora média.

Somente no Hospital José Luciano de Castro, em Anadia, existe uma demora média inferior a 7 dias nas patologias marcadoras em doentes com idade igual ou superior a 65 anos. Para os restantes hospitais, a demora média situa-se entre 8 e 10 dias.

Tabela nº. 7. Critérios de Análise dos Hospitais de Nível 1: Impacto das doenças crónicas nos Hospitais de Nível 1

Critérios de Análise:			5. Impacto das doenças crónicas			
			Número de altas do grupo de patologias marcadoras significativa: superior a 25% do total de altas IGIF - Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005		Número de altas do grupo de patologias marcadoras em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativa: superior a 30 % do total de altas. IGIF - Base de Dados do GDH segundo dados actividade 2005	
			%	Demora Média	%	Demora Média
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	25,87	7,43	36,93	9,08
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	33,50	14,89	44,87	13,76
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	21,81	8,43	31,90	10,49
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	19,16	9,93	30,86	8,77
	Braga	Hospital São José – Fafe	21,64	8,47	33,24	9,21
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	26,12	8,58	28,53	9,30
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaca	36,64	9,42	48,27	11,00
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	32,02	7,77	37,39	9,07
		Hospital Distrital de Pombal	30,65	10,97	34,31	12,74
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	14,90	8,80	17,73	10,24
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	20,10	8,87	31,67	9,58
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	30,78	6,55	35,71	6,68
		Hospital Oliveira de Azemeis	24,52	8,74	42,80	8,60
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	29,37	5,63	25,61	8,55
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	26,97	8,96	28,85	10,27
		Hospital São João de Madeira	12,62 para total Hospital	13,54	18,98 para total Hospital	16,80
	Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	25,20	10,02	31,49	11,87
ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	30,66	9,10	37,88	10,06
		Hospital do Montijo	24,96	9,37	30,11	11,57

5. CONCLUSOES E PROPOSTAS

Como já se referiu no início do relatório, este estudo constitui uma primeira abordagem aos hospitais do SNS com um perfil passível de adaptação e de integração na Rede de Cuidados Continuados Integrados e permitiu, à luz dos critérios utilizados, assinalar os que, numa primeira fase, poderão vir a ser objecto deste tipo intervenção e caso seja esta a estratégia a adoptar para a implementação da Rede.

Reforça-se, uma vez mais, a necessidade de complementar esta análise com:

- ❖ **Estudos de viabilidade económica**, quanto à necessária 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.

A partir de estudos anteriormente desenvolvidos e considerando a tipologia e o volume dos recursos de internamento necessários e já contemplados no plano de implementação da RNCCI, sabe-se que **todos os distritos com hospital de Nível I terão de dispor de mais recursos ainda que, na maioria dos casos, já existam experiências piloto em funcionamento ou previstas.**

Da identificação desta necessidade não decorre, porém, o aumento do número das camas no conjunto das tipologias de internamento previstas (cuidados de agudos/ cuidados continuados). Pelo contrário, o reconhecimento da falta de recursos em matéria de cuidados continuados obriga a uma justa avaliação das necessidades globais de cuidados de saúde, donde a dotação e a tipologia de cuidados diferenciados para doentes agudos constitui a outra face de uma mesma moeda, não podendo deixar de ser igualmente equacionada e revista à luz dos mesmos critérios de racionalidade e eficiência.

Por último, 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.

O resultado deste trabalho pode, em última análise, ser entendido com um pequeno contributo para levar a cabo o processo de transformação a alcançar devendo, complementarmente, tomar-se em linha de conta os estudos de avaliação da oferta de outras tipologias de cuidados, bem como da evolução da procura e das necessidades actuais e esperadas em cuidados de saúde.

Na tabela seguinte apresenta-se o resumo do plano de necessidades de recursos da RNCCI nos distritos com hospital de Nível I.

Tabela nº. 8. Necessidades estimadas de recursos de internamento no final de implementação da RNCCI, por distrito e por tipologia de cuidados

NECESSIDADES ESTIMADAS DE RECURSOS TOTAIS DE INTERNAMENTO A DA REDE CCI (ATÉ 2016) COM DADOS DE POPULAÇÃO RESIDENTE 2001 E RÁCIOS DEFINIDOS PELA COORDENAÇÃO NACIONAL									
Distrito	População Censo 2001	População ≥ 65 anos (2001)	INTERNAMENTO				Núm total de lugares	Implantação Exp Piloto 2006/7 em número total de lugares previstos	Necessidades a partir de 2007 em número total de lugares
			Convalescência	Média Duração e Reabilitação	Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos			
			Rácio: 1,44 camas por 1000 hab > 65 anos Núm camas necessárias	Rácio: 1,6 camas por 1000 hab > 65 anos Núm camas necessárias	Rácio: 4 camas por 1000 hab > 65 anos Núm camas necessárias	Rácio: 0,48 lugares por 1000 hab > 65 anos Núm lugares necessários			
Braga	831.366	98.028	141	157	392	47	737	122	615
Porto	1.781.836	219.814	317	352	879	106	1.653	130	1.523
Vila Real	223.729	44.713	64	72	179	21	336	81	255
Bragança	148.883	35.549	51	57	142	17	267	0	267
Aveiro	713.575	102.003	147	163	408	48	767	121	646
Viseu	394.926	77.104	111	123	308	37	580	70	510
Guarda	179.961	45.057	65	72	180	22	339	37	302
Castelo Branco	208.063	52.169	75	83	209	25	392	101	291
Lisboa	459.426	89.063	115	128	320	38	602	0	602
Coimbra	441.204	86.424	124	138	346	41	650	130	520
Saúde	788.459	117.553	169	188	470	56	884	0	884
Beja	161.211	38.872	58	62	155	19	292	20	272

Na tabela nº. 9 é apresentado o resumo do cumprimento dos critérios de análise utilizados neste estudo.



Tabela nº. 9. Resumo do cumprimento dos critérios de análise, no Hospitais de Nível 1

Critérios de Análise:			Cumprimento de critérios de Análise								
			1. Localização		2. Capacidade		3. Produtividade		4. Impacto actual da velhice	5. Impacto das doenças crónicas	
			Hospitais localizados em cidades com menos de 30.000 habitantes. (Censo 2001)	Hospitais localizados em cidades que tenham outro hospital a menos de 60 minutos.	Hospitais com capacidade inferior a 100 camas.	Hospitais com espaços para fisioterapia e reabilitação: já em funcionamento ou com capacidade para instalar (sala de 50 – 100 m ²).	Taxa de ocupação inferior a 70 %	Demora média superior a 7 dias	Número de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativa: superior a 40% do total de altas	Número de altas do grupo de patologias marcadoras significativa: superior a 25% do total de altas	Número de altas do grupo de patologias marcadoras em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos significativa: superior a 30 % do total de altas.
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde		se	143	Se	73,46	5,79	42,01%	25,87	36,93
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo		se	74		71,04	10,07	38,85%	33,50	44,87
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso		se	129	Se	73,46	6,30	37,39%	21,81	31,90
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante		se	146	Se	77,59	6,15	41,87%	19,16	30,86
	Braga	Hospital São José – Fafe		se	93		61,85	6,24	44,04%	21,64	33,24
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	< 40.000	se	35 (encerradas)	Se	70,42	8,03	72,65%	26,12	28,53
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça		se	61		71,23	7,31	53,44%	36,64	48,27
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	se	se	50		58,28	7,20	55,08%	32,02	37,39
		Hospital Distrital de Pombal		se	59		94,21 (Taxa para cirurgia: 68 %)	8,88 (Valências médicas 14,20 dias)	68,37%	30,65	34,31
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	< 40.000	se	59		61,95	7,27	60,63%	14,90	17,73
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar		se	79		60,79	6,44	43,92%	20,10	31,67
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	< 40.000	se	44		46,60	4,20	71,32%	30,78	35,71
		Hospital Oliveira de Azemeis		se	84		60,87	6,12 (Valências médicas: 9 dias)	47,03%		42,80
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	< 40.000	se	33		80,13	6,13	48,26%	29,37	25,61
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	se	se	48		71,89	8,75	64,94%	26,97	28,85
		Hospital São João de Madeira	se	se	100 camas com 45 para Unidade Vale de Cambra	Se	Unidade de Vale de Cambra: 69,91%	Unidade de Vale de Cambra: 49,88 dias	39,03 % para total Hospital	12,62 para total Hospital	18,98 para total Hospital
	Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	se		60		89,72	8,73	56,70%	25,20	31,49
	ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	< 40.000		81		64,21	7,30	60,40%	30,66
Hospital do Montijo			< 40.000	se	71		65,55	6,21	49,69%	24,96	30,11

Fonte: FastAccess. Actividade ARS 2005

Da aplicação do conjunto de critérios e resultados, conclui-se que os seguintes Hospitais poderão ser considerados como candidatos a reconversão para a RNCCI e, portanto, sujeitos a elaboração de propostas concretas onde se defina o **plano funcional de reconversão** especificando, segundo a tipologia proposta de cuidados e número de camas, as necessidades de adequação estrutural, o reforço e o impacto em recursos humanos, as necessidades de dotação de equipamentos e a previsão económica do projecto.

Hospitais identificados como candidatos a reconversão para a RNCCI
<ul style="list-style-type: none">• 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

De seguida, apresentam-se as propostas e observações gerais para cada hospital.

A.R.S.	HOSPITAL	PROPOSTAS
NORTE	Hospital São Gonçalo E.P.E de Amarante	<p>Recomendação:</p> <p>Considerando os dados obtidos e o perfil deste hospital pode-se concluir pela pertinência da reconversão de camas do Hospital São Gonçalo, E.P.E. como recurso de internamento da Rede. Assim os dados de produção hospitalar indicam que um cenário de reconversão parcial é possível.</p>
		<p>Observação:</p> <p>No Relatório de Avaliação (Junho de 2006) da ARS Norte conclui-se que “o hospital apresenta graves problemas estruturais que condicionam a sua actividade actual e futura”, pelo que “<i>quaisquer que sejam as opções estratégicas a adoptar, terão que ter em conta os condicionalismos decorrentes do deficiente espaço físico e implicarão investimentos consideráveis num edifício que é propriedade de outra entidade (SCM)</i>”.</p>
	Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/ Vila	<p>Recomendação:</p> <p>O perfil de utilização do Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/ Vila do Conde aponta, claramente, para a existência de necessidade em matéria de cuidados continuados da população da área de influência.</p> <p>Face à impossibilidade de reconversão do Centro Hospitalar devido a condicionalismos na estrutura física (Edifício da propriedade da SCM, cedido em regime de aluguer ao Ministério da saúde) e, face às necessidades de cuidados continuados existentes, recomenda-se proceder ao estudo da possibilidade de inclusão das diversas tipologias de cuidados continuados em regime de internamento no novo edifício a construir.</p>
		<p>Observação:</p> <p>Dever-se-á proceder ao estudo dos cenários de investimento e das orientações estratégicas ao nível de reconversão de camas em hospitais próximos.</p>
	Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	<p>Recomendação:</p> <p>As características que o hospital apresenta e o perfil da utilização revelam: a existência de necessidade de prestação de cuidados continuados por parte da população da área de influência e a possibilidade da reconversão do hospital.</p>
		<p>Observação:</p> <p>A proposta de reconversão deverá ter em consideração a sustentabilidade da oferta de cuidados especializados para Valongo, cidade com quase 90.000 habitantes.</p>

A.R.S.	HOSPITAL	PROPOSTAS
NORTE		<p>Recomendação: A partir dos dados obtidos, neste momento, não parece recomendável um cenário de reconversão.</p>
		<p>Observação: O Hospital de Santo Tirso será integrado, juntamente com o Hospital de Famalicão, no Centro Hospitalar do Vale do Ave. O cenário de construção de um novo edifício para a prestação desta tipologia de cuidados, deverá ser confrontado com outro alternativo, que contemple o estabelecimento de parcerias com instituições com tradição e vocação na prestação desta tipologia de cuidados no distrito.</p>
	Hospital São José – Fafe	<p>Recomendação: As características e o perfil da utilização apontam, claramente, para a existência da necessidade de prestação de cuidados continuados por parte da população da área de influência. Um cenário de reconversão deverá ser enquadrado no actual processo de constituição do Centro Hospitalar de Guimarães e Fafe, o qual constitui uma excelente oportunidade para a organização de respostas integradas ao nível de cuidados de saúde na região.</p>
		<p>Observação: Necessidade de realização do estudo dos possíveis cenários de reconversão e dos respectivos investimentos requeridos.</p>

A.R.S.	HOSPITAL	PROPOSTAS
CENTRO	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	Recomendação: As características e o perfil da utilização obtidos indicam que se deve considerar uma proposta de reconversão do hospital para a RNCCI.
		Observação: O hospital encontra-se encerrado, estando a decorrer obras globais de reabilitação e adequação do edifício; prevê-se uma componente de cirurgia de ambulatório.
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Recomendação: As características e o perfil da utilização obtidos indicam que se deve considerar uma proposta de reconversão do hospital para a RNCCI.
		Observação: A proposta de reconversão, deverá ter em consideração a sustentabilidade da oferta de cuidados especializados para Alcobaça, cidade com quase de 60.000 habitantes. O edifício apresenta alguns problemas de conservação, pelo que se torna necessário realizar estudo dos possíveis cenários de reconversão e dos respectivos investimentos requeridos.
	Hospital São Pedro Gonçalves - Telmo Peniche	Recomendação: As características e o perfil da utilização obtidos indicam que se deve considerar uma proposta de reconversão do hospital para a RNCCI.
		Observação: Na proposta de reconversão dever-se-á equacionar a necessidade de realizar algumas correcções do ponto de vista das instalações e da organização.
	Hospital Distrital Pombal de	Recomendação: As características e o perfil da utilização obtido indicam que se deve considerar uma proposta de reconversão para a RNCCI.
		Observação: A proposta de reconversão deverá ter em consideração a sustentabilidade da oferta de cuidados especializados para Pombal, cidade com um número aproximado de 60.000 habitantes.

A.R.S.	HOSPITAL	PROPOSTAS
CENTRO	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	<p>Recomendação: As características e o perfil da utilização obtidos indicam que se deve considerar uma proposta de reconversão para a RNCCI.</p>
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	<p>Recomendação: O perfil obtido aponta, claramente, para a existência de necessidade em matéria de cuidados continuados, por parte da população da área de influência. Assim, considera-se que deverá ser equacionada uma proposta de reconversão para a RNCCI.</p>
		<p>Observação: A proposta de reconversão, deverá ter em consideração a sustentabilidade da oferta de cuidados especializados para Ovar, cidade com quase de 60.000 habitantes.</p>
	Hospital José de Castro - Anadia	<p>Recomendação: O perfil de utilização aponta, claramente, para a existência de necessidade em matéria de cuidados continuados, por parte da população da área de influência. Assim, considera-se que deverá ser equacionada uma proposta de reconversão para a RNCCI.</p>
	Hospital Oliveira de Azeméis	<p>Recomendação: As características e o perfil da utilização obtido indicam que se deve considerar uma proposta de reconversão para a RNCCI.</p> <p>Observação: A proposta de reconversão, deverá ter em consideração a sustentabilidade da oferta de cuidados especializados para Oliveira de Azeméis, cidade com quase de 80.000 habitantes. O distrito de Aveiro conta com seis Hospitais de Nível 1 pelo que se deverá atender ao planeamento territorial das respostas em cuidados continuados no distrito.</p>
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho	<p>Recomendação: O perfil obtido aponta, claramente, para a existência de necessidade em matéria de cuidados continuados, por parte da população da área de influência. Assim, considera-se que deverá ser equacionada uma proposta de reconversão para a RNCCI.</p> <p>Observação: A proposta de reconversão deverá ser equacionada em função do das necessidades de número de camas para o distrito bem como da proximidade de outros hospitais com indicação para a reconversão de camas. O distrito de Aveiro conta com seis Hospitais de Nível 1 pelo que se deverá atender ao planeamento territorial das respostas em cuidados continuados no distrito.</p>

A.R.S.	HOSPITAL	PROPOSTAS
CENTRO	Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	<p>Recomendação: As características e o perfil obtido indicam que uma proposta de reconversão para à RNCCI deve ser considerada.</p>
		<p>Observação: A proposta de reconversão deverá ser equacionada em função do das necessidades de número de camas para o distrito bem como da proximidade de outros hospitais com indicação para a reconversão de camas. O distrito de Aveiro conta com seis Hospitais de Nível 1 pelo que se deverá atender ao planeamento territorial das respostas em cuidados continuados no distrito.</p>
	Hospital São João de Madeira	<p>Recomendação: As necessidades da população abrangida pelo Hospital põem em evidencia a pertinência da existência de cuidados continuados que forneçam uma resposta eficaz e global às necessidades dos doentes. O hospital integra um serviço cuja actividade se aproxima do perfil de uma unidade de cuidados continuados, em Vale de Cambra. Recomenda-se a integração desta unidade na RNCCI salientando-se, no entanto, a necessidade de proceder a algumas correcções quanto à sua organização.</p>
		<p>Observação: A proposta de inclusão na Rede deve enquadrar-se no conjunto dos recursos e necessidades do distrito e articular-se com as restantes propostas de dotação de camas de cuidados continuados. O distrito de Aveiro conta com seis Hospitais de Nível 1 pelo que se deverá atender ao planeamento territorial das respostas em cuidados continuados no distrito.</p>
	Hospital da Nossa Senhora da Assunção - Seia	<p>Recomendação: As características e o perfil de utilização indicam que uma proposta de reconversão para à RNCCI deve ser considerada e equacionada.</p>
		<p>Observação: Os Concelhos de Seia e Oliveira de Hospital ficariam a distâncias aproximadas de 70 Km do hospital de referência mas próximo. No relatório de avaliação da ARS Centro consideram-se o <i>estado de</i> degradação das instalações e as carências da organização actual. Está prevista a construção de um novo edifício com 75 camas, isto constitui mais um dado favorável à reconversão de camas de agudos em camas de internamento para à RNCCI.</p>

A.R.S.	HOSPITAL	PROPOSTAS
LISBOA E VALE DO TEJO	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	<p>Recomendação:</p> <p>As características e o perfil apontam, claramente, para a existência de necessidade em matéria de cuidados continuados, por parte da população da área de influência.</p>
		<p>Os dados de produção hospitalar indicam que um cenário de reconversão parcial é possível.</p>
	Hospital do Montijo	<p>Observação:</p> <p>A reconversão total deste hospital afectaria os actuais concelhos sendo que todos ficariam a mais de uma hora do hospital mais próximo.</p>
		<p>Para a reconversão parcial deverá atender-se a um número mínimo aceitável de camas de CC.</p>
LISBOA E VALE DO TEJO	Hospital do Montijo	<p>Recomendação:</p> <p>As características e o perfil de utilização indicam que uma proposta de reconversão para à RNCCI deve ser equacionada.</p>
		<p>Observação:</p> <p>Deve assegurar-se que as condições estruturais do edifício estão em conformidade com os requisitos necessários para integração na Rede.</p>

6. ANEXOS

Tabela nº. 1 Resumo dos dados económicos – Hospitais Nível 1

Tabela nº. 2. Resumo dos dados de recursos humanos – Hospitais de Nível 1

Tabela nº. 1 Resumo dos dados económicos – Hospitais Nível 1

DADOS ECONÓMICOS			Despesa total/ doente saído	Despesa Total /dia de internamento	Despesa Total/cama
ARS Norte	Porto	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	5.034,72	895,63	236.878,51
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	6.330,53	630,74	147.142,09
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	4.469,41	674,60	195.476,22
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	3.414,75	601,01	159.534,32
	Braga	Hospital São José – Fafe	3.999,98	609,80	141.590,52
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	4.021,49	529,89	138.669,48
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobça	3.937,19	549,31	143.739,82
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	5.835,04	792,49	156.612,42
		Hospital Distrital de Pombal	3.575,83	474,03	153.336,58
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	4.277,45	557,75	138.038,53
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	4.995,97	861,86	154.305,90
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	9.505,25	1.841,72	195.349,28
		Hospital Oliveira de Azemeis	4.914,95	788,47	172.140,35
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	6.653,00	951,70	280.434,18
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	5.593,79	646,69	146.137,73
		Hospital São João de Madeira	sem dados	sem dados	sem dados
	Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	4.388,53	581,76	185.049,55
ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	22.664,25	2.873,91	404.934,53
		Hospital do Montijo	3.617,32	659,41	136.590,17

Fonte: IGIF – Contabilidade Analítica 2004



Tabela nº. 2. Resumo dos dados de recursos humanos dos Hospitais de Nível 1

RECURSOS HUMANOS		Total pessoal (ETC)	Total pessoal clínico (ETC)	Total de médicos (ETC)	% médicos (ETC)	Total de enfermeiros (ETC)	% enfermeiros (ETC)	Total Técnicos MCDT (ETC)	Total pessoal auxiliar da acção médica (ETC)	Rácio medico/cama	Rácio enfermeiro/cama	Rácio auxiliar da acção médica/cama	
ARS Norte	Porto	C.H. Póvoa do Varzim/ Vila do Conde	624,0	346,0	143,0	41,3	200,0	57,8	3,0	147,0	1,0	1,4	1,0
		Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo	254,0	124,0	44,0	35,5	79,0	63,7	1,0	75,0	0,6	1,1	1,0
		Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	419,0	196,0	50,0	25,5	141,0	71,9	5,0	139,0	0,4	1,1	1,1
		Hospital São Gonçalo, E.P.E. – Amarante	449,0	228,0	64,0	28,1	157,0	68,9	7,0	125,0	0,4	1,1	0,9
	Braga	Hospital São José – Fafe	300,0	145,0	51,0	35,2	89,0	61,4	5,0	74,0	0,5	1,0	0,8
ARS Centro	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	109,0	82,0	20,0	24,4	49,0	59,8	13,0	47,0	0,6	0,7	1,4
	Leiria	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	128,0	109,0	25,0	22,9	73,0	67,0	11,0	64,0	0,4	0,4	1,2
		Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	218,0	101,0	38,0	37,6	46,0	45,5	17,0	84,0	0,8	0,8	0,9
		Hospital Distrital de Pombal	180,0	83,0	14,0	16,9	58,0	69,9	11,0	40,0	0,2	0,3	1,0
	Viseu	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	101,0	82,0	13,0	15,9	57,0	69,5	12,0	67,0	0,2	0,3	1,0
	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	243,0	130,0	39,0	30,0	76,0	58,5	15,0	66,0	0,5	0,4	1,0
		Hospital José Luciano de Castro – Anadia	119,0	96,0	30,0	31,3	55,0	57,3	11,0	43,0	0,7	0,7	1,3
		Hospital Oliveira de Azemeis	226,0	198,0	100,0	50,5	81,0	40,9	17,0	73,0	1,2	0,6	1,0
		Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	200,0	169,0	28,0	16,6	60,0	35,5	13,0	68,0	0,8	1,8	2,1
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	163,0	82,0	29,0	35,4	42,0	51,2	11,0	51,0	0,6	0,9	1,1
		Hospital São João de Madeira	sem dados										
Guarda	Hospital da Nossa Senhora da Assunção – Seia	230,0	121,0	42,0	34,7	62,0	51,2	17,0	68,0	0,7	1,0	1,1	
ARS Lisboa e VT	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém	sem dados										
		Hospital do Montijo	sem dados										

Fonte: Movimento Assistencial 2005 – Hospitais/ARS

VI.2 – RELATÓRIO DO FOCUS GROUP

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO 2006 DA
REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)**

**RESUMO DOS RESULTADOS DO *FOCUS GROUP*
REALIZADO A 27 DE MARÇO DE 2007 COM
REPRESENTANTES DA RNCCI**

ABRIL DE 2007



INDICE

I. APRESENTAÇÃO

II. METODOLOGIA

III. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

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

III. 2 – PLANEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI

III.3 – O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO

III.4 – OS RESULTADOS E IMPACTO DA RNCCI

IV. CONCLUSÕES

V. PROPOSTAS

VI. ANEXOS



1. APRESENTAÇÃO

Este relatório tem como finalidade apresentar os resultados do grupo focal (*focus group*) realizado no dia 27 de Março de 2007 na sede da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) com representantes dos vários níveis da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A actividade de *focus group* insere-se no processo em curso de *Avaliação do Desenvolvimento das Experiências Piloto em funcionamento da RNCCI*, que tem por objectivo a obtenção de elementos que permitam caracterizar o processo desenvolvimento territorial das primeiras experiências da RNCCI. A avaliação resultante deverá constituir um instrumento de apoio à UMCCI no processo de planeamento e alargamento da RNCCI, reforçando os elementos sólidos e consistentes e solucionando os pontos críticos identificados.

Assim, a actividade de *focus group* constitui a metodologia definida para a obtenção de dados de carácter qualitativo sobre o desenvolvimento territorial das Experiências Piloto. Esta análise será completada com dados de carácter quantitativo, actualmente em tratamento. A combinação de ambas componentes de análise (qualitativa e quantitativa) deverá permitir a obtenção de elementos que apoiem a UMCCI no desenvolvimento da RNCCI.

Neste relatório apresentam-se os resultados da sessão de *focus group* realizada com a participação de 15 profissionais representantes das Equipas de Coordenação Regional (ECR), Equipas de Coordenação Local (ECL), profissionais das diversas tipologias de cuidados da RNCCI actualmente em funcionamento e representantes das entidades prestadoras da RNCCI.

2. OBJECTIVOS

A realização do *focus group* teve como **objectivo geral**:

A obtenção de informação de carácter qualitativo emanada pelos profissionais da RNCCI participantes na actividade em relação ao processo de desenvolvimento das Experiências Piloto da RNCCI.

Os **objectivos específicos** são:

- ✓ Obter a visão geral dos participantes em relação ao processo de desenvolvimento das Experiências Piloto da RNCCI;
- ✓ Estimular a discussão (estruturada) entre os participantes de forma a enriquecer e ampliar a discussão a partir da troca de opiniões entre os representantes de distintos níveis da RNCCI (coordenação e prestação de cuidados); de distintas tipologias de cuidados da RNCCI; de diferente formação profissional e diferente âmbito territorial de proveniência.
- ✓ Obter a visão dos participantes em relação a tópicos específicos do desenvolvimento das Experiências Piloto da RNCCI, nomeadamente:
 - Modelo de referênciação;
 - Modelo de cuidados;
 - Modelo de organização;
 - Instrumentos de apoio à gestão;
 - Recursos.

3. METODOLOGIA

O grupo focal constitui uma das metodologias para a *Avaliação do Desenvolvimento das Experiências Piloto actualmente em funcionamento da RNCCI*.

Um grupo focal (*focus group*) é uma entrevista grupal que reúne um pequeno conjunto de participantes (4 a 12 pessoas) para a discussão de uma temática específica. A entrevista é conduzida por um moderador (facilitador) que introduz tópicos para a discussão e conduz a comunicação entre os participantes. O objectivo do *focus group* é a produção de informação de carácter qualitativo, a partir das experiências pessoais expressas por cada um dos participantes, ao longo da discussão realizada (UNDP/World Bank/WHO *The focus group Manual: Methods for Social Research in Tropical Diseases No. 1*).

Assim é “uma conversa cuidadosamente planeada, desenhada para a obtenção de informação de uma determinada área de interesse, num ambiente permissivo e não directivo”. O seu objectivo fundamental é compreender como as pessoas pensam ou sentem a forma como o fazem e as razões subjacentes, sem o objectivo de chegar a consensos. Tanto importa o que há de comum como o que há de diferente nas experiências dos participantes (M.M. García Caliente e I. Mateo Rodríguez, *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa: Diseño y puesta en marcha*. Revista de Atención Primaria. Janeiro 2000).



3.1. PREPARAÇÃO DA ACTIVIDADE

Foi realizada uma reunião no dia 08 de Março entre a Dra. Ana Girão, da UMCCI e a equipa da Gesaworld S.A. (Dra. Montserrat Dolz e Dra. Liliana Inácio) para o enquadramento dos objectivos, a definição do número e perfis dos participantes do *focus group* e a selecção dos tópicos de trabalho.

Nesta reunião foi definida a **composição do grupo focal**, quer foi elaborada tendo em vista a constituição de um grupo onde estivessem cumpridos os seguintes **critérios de representação** definidos:

1. **Representação territorial:** existência de participantes representantes das cinco regiões de saúde;
2. **Representação de diferentes tipos de profissionais da RNCCI:** foi definido que deveria existir, pelo menos, um médico, um enfermeiro e um assistente social;
3. **Representação dos diferentes níveis de coordenação da RNCCI:** um membro da UMCCI, um membro da Segurança Social e membros das ECR e ECL;
4. **Representação das diferentes entidades prestadoras:** do Serviço Nacional de Saúde e de Instituições Privadas de Solidariedade Social;
5. **Representação das diferentes tipologias de cuidados:** representantes de equipas (EGA) e das diferentes tipologias de internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção).

Para a definição da composição do grupo atendeu-se à obtenção de um grupo de participantes não superior a 12 pessoas (ver quadro 1).



Quadro 1. Critérios de selecção dos participantes no focus group

	NORTE	CENTRO	LISBOA E VALE DO TEJO	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL
EQUIPA COORDENAÇÃO REGIONAL	A designar	A designar				2
EQUIPA COORDENAÇÃO LOCAL		Assistente Social		Médico	Enfermeiro	3
EQUIPA GESTÃO DE ALTAS	Assistente Social					1
UNIDADE DE CONVALESCENÇA					Médico Reabilitador (SNS)	1
UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	Médico (SCM)					1
UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO		Enfermeiro (IPSS)				1
SUB-TOTAL	3	3	0	1	2	8
REPRESENTANTE DA UMCCI						1
REPRESENTANTE DA SEGURANÇA SOCIAL						1
REPRESENTANTE UNIÃO MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS						1
TOTAL						12

Por outro lado, nesta reunião procedeu-se à **definição das áreas temáticas a tratar**, tendo-se definindo as seguintes áreas de trabalho:

- Modelo de referenciação;
- Modelo de cuidados;
- Modelo de organização;
- Instrumentos de apoio à gestão;
- Recursos.

Uma vez definidos os participantes e as áreas temáticas do *focus group*, estabeleceu-se que a Gesaworld elaboraria os convites por escrito aos participantes (o modelo de convite apresenta-se no anexo 1) e prepararia o guião do grupo focal, o qual se pode observar no quadro 2.



Quadro 2. Guião do focus group

1. Modelo de referenciação

- ✓ Conhecem o modelo definido?
- ✓ Como conheceram o modelo?
- ✓ Quais os aspectos do modelo consideram ser os mais importantes?
 - Na admissão;
 - Na alta;
 - Na coordenação entre unidades de internamento.
- ✓ Que elementos do modelo consideram de difícil aplicação?
- ✓ Que aspectos deveriam ser revistos?

2. Modelo de cuidados

(Orientado ao utente/famílias)

- ✓ No seu entender, qual é a base do modelo de cuidados?
- ✓ Que aspectos do modelo de cuidados estão já introduzidos?
- ✓ Que aspectos são difíceis de praticar (limitações)? E por quê?
- ✓ Que apoios são precisos para superar as limitações identificadas?
- ✓ Que aspectos mudaria ou melhoraria?

3. Modelo de organização

- ✓ Para o atendimento do utente;
- ✓ Para a organização interna nas unidades/equipas:
 - Horários
 - Registos

4. Instrumentos de apoio à gestão

- ✓ Quais são os mais relevantes?
- ✓ Quais utiliza?
- ✓ Quais acha que devem aplicar-se a curto prazo?

5. Recursos

- ✓ Pessoal: requisitos exigidos vs necessários quanto a rácios e perfis profissionais;
- ✓ Materiais (medicamentos): limitações.



3.2. SESSÃO FOCUS GROUP

No dia 27 de Março de 2007, realizou-se a sessão de *focus group* na sede da UMCCI. Teve a duração de aproximadamente 4 horas. A sessão foi gravada em formato audio após o consentimento dos participantes.

A sessão foi iniciada a partir de uma breve introdução realizada pela moderadora (Dra. Montserrat Dolz), na qual se explicou o objectivo da realização do *focus group*, a dinâmica de trabalho (entrevista semi-estruturada) e o guião da sessão. Seguidamente procedeu-se à apresentação individual de cada participante na sessão.

Após a abertura da sessão de *focus group* (apresentação dos objectivos, dinâmica de trabalho e guião), a moderadora deu início à sessão propriamente dita, a qual seguiu, por ordem, as seguintes áreas temáticas:

- I. Modelo de referenciação;
- II. Modelo de cuidados;
- III. Modelo de organização;
- IV. Instrumentos de apoio à gestão;
- V. Recursos.

Durante a sessão facilitou-se e promoveu-se a discussão ordenada entre os participantes. Os participantes estavam dispostos em roda. De modo a alterar a ordem de resposta dos participantes, após colocar a pergunta a moderadora escolhia aleatoriamente um dos participantes. A partir deste, a ordem de intervenções era realizada em função da ordem em que os participantes estavam colocados na mesa.

Pese a ser uma entrevista semi-estruturada, ao longo do *focus group* a discussão ordenada entre os participantes é um dos objectivos contemplados. O moderador abre assim a possibilidade de que os participantes se reportem a diferentes áreas temáticas na resposta a uma mesma pergunta (sempre e quando essas áreas estão incluídas no guião do *focus group*). Assim, é frequente que no *focus group* se abordem as grandes áreas temáticas incluídas no guião e nem sempre se respeitem totalmente as perguntas previstas. É neste sentido que apresentaremos os resultados, agrupando-os nas cinco áreas temáticas



definidas no guião do grupo focal mas subdividindo-os nas categorias que espontaneamente se criaram na discussão.

3.3. PARTICIPANTES

A lista de participantes pode-se observar no quadro apresentado em seguida:

Quadro 3. Lista dos participantes do *focus group*

N.º	NOME	PERFIL	INSTITUIÇÃO	ARS
1	Miguel Fausto	Enfermeiro	UMCCI	-
2	Sofia Borges Pereira	Assistente Social	Instituto Segurança Social, IP	-
3	Carlos Moreira	Médico	Equipa de Gestão de Altas do Hospital Santa Maria, Lisboa	Lisboa e Vale do Tejo
4	Emiliana Martins	Enfermeira	Equipa de Coordenação Local	Algarve
5	Jorge Lourenço	Médico	Unidade de Convalescença Loulé	Algarve
6	Manuela Tavares	Enfermeira	Unidade de Convalescença de Castelo de Paiva	Centro
7	Maria José Hespanha	Médica	Equipa de Coordenação Regional	Centro
8	Isabel Pedrinha	Gestora	Equipa de Coordenação Regional	Centro
9	Anabela Moreira	Assistente Social	Equipa Coordenação Local, Lousã	Centro
10	Maria Helena Albuquerque	Médica	Equipa de Coordenação Regional	Norte
11	Maria Tavares Branco	Economista	Equipa de Coordenação Regional	Norte
12	Carla Marujo	Assistente Social	Equipa de Gestão de Altas do Hospital de S. João, Porto	Norte
13	Salazar Coimbra	Médico	Unidade de Convalescença de Riba de Ave	Norte
14	Caldas de Almeida	Médico	Grupo Misericórdias Saúde	-
15	Maria Suzete Cardoso	Engenheira	Grupo Misericórdias Saúde	-

4 CONCLUSÕES

Os factores críticos identificados pelos participantes no momento actual de desenvolvimento da RNCCI (através das Experiências Piloto), constituem preciosas sugestões para a introdução de melhorias na organização e no funcionamento actual.

Neste sentido, a seguir apresentam-se, em forma de conclusões, os aspectos mais relevantes das contribuições realizadas pelos participantes em função da sua experiência profissional na RNCCI.

- O **trabalho em equipa e a transdisciplinaridade** foram identificados como valores chave da RNCCI para 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 se deve efectuar em paralelo ao alargamento da RNCCI;
 - Os novos paradigmas do modelo e as suas inovadoras metodologias de trabalho implicam um enorme esforço na **formação de profissionais**;
 - O **grande empenho e implicação dos profissionais da RNCCI** e a rápida incorporação de novos conceitos de trabalho tem sido um ponto forte no desenvolvimento das Experiências Piloto;

- O **fortalecimento dos cuidados domiciliários** a partir dos profissionais dos Centros de saúde constitui um factor de sucesso e sustentabilidade da RNCCI;

- O **alargamento da RNCCI** é importante para oferecer 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;

Neste sentido, é fundamental:

- O alargamento de unidades de Média Duração e Reabilitação;
- O desenvolvimento de Unidades de Dia e Promoção da Autonomia;
- A previsão de espaços para descanso familiar nas unidades de Longa Duração e Manutenção;

- O alargamento da RNCCI deve **incorporar novas especificidades** no sentido de incluir:
 - Cuidados específicos e estruturas adequadas para o cuidado das **demências**;
 - Respostas adequadas para o cuidados de **utentes com problemas longos e definitivos e com grande complexidade clínica**;

- O alargamento da RNCCI e as novas etapas de implementação deverão estar orientadas sob critérios de planeamento consoantes com as necessidades existentes em cada território de modo a realizar uma localização adequada das diferentes tipologias de cuidados;

- **Fortalecer a mobilidade dos utentes dentro da RNCCI** segundo as necessidades existentes nos diferentes momentos da doença constitui uma das chaves para a otimização dos recursos e o ajustamento das unidades às diferentes tipologias de respostas definidas;

- Facilitar o **desenvolvimento das diretrizes e aplicação de critérios de referenciação e admissão** através de:
 - Aproximação e comunicação fluida das ECL com os profissionais das EGA e dos Centros de saúde;
 - A elaboração e difusão de um Manual de Procedimentos com enquadramento geral, consensuado e adaptável a cada equipa e unidade da RNCCI;
 - Uniformizar os formulários de pedido de admissão e os parâmetros e dados a registar pelas ECL;
 - Melhorar os actuais mecanismos de transmissão da informação;
 - Melhorar a organização das entradas e saídas dos utentes nas unidades para atingir uma prestação mais coordenada entre diferentes respostas.

- **Aperfeiçoar a utilização de instrumentos validados em Portugal, de apoio a uma gestão dos utentes:**
 - Plano de Cuidados Individuais;
 - Avaliação integral: bio-psico-social;

- Avaliação cognitiva;
- Introduzir **incentivos nos contratos e sistema de pagamento que estimulem a eficácia e a qualidade** das unidades e equipas da RNCCI;
- **Introdução da figura de gestor do utente** na RNCCI;
- Aprofundar e estender o **trabalho com as famílias/cuidadores** para a promoção do envolvimento efectivo no plano de cuidados e uma adequada compreensão do novo modelo, incluindo os aspectos de comparticipação;
- Um dos temas prementes na RNCCI é a abordagem de como **gerar evidência**. Para tal, devem-se consensualizar os aspectos a monitorizar e os parâmetros a utilizar para a análise da evolução da RNCCI e avaliação dos ganhos. Assim, é necessário proceder à **definição consensualizada dos indicadores de avaliação** para que sejam úteis à prática, fáceis e rápidos de utilizar e adequados a cada um dos diferentes agentes e níveis da RNCCI, que permitam **desenhar o futuro esqueleto do sistema de informação da RNCCI**;
- **Rever as dotações e tempos de dedicação actualmente previstos** com base num conhecimento profundo das necessidades e adaptando-os à actividade prevista em cada caso;
- Desenvolver **mecanismos de acompanhamento e controlo** para assegurar a correcta locação dos recursos previstos.

5. RESULTADOS

Os resultados da sessão de *focus group* foram obtidos a partir do registo em audio.

De modo a tornar a leitura e utilização do presente relatório ágil, optou-se por realizar uma síntese esquemática dos contributos dos participantes, incluindo os pontos-chave de cada intervenção.

Quadro 4. Guião do *focus group* - grandes áreas temáticas

<ol style="list-style-type: none">1. MODELO DE REFERENCIAÇÃO2. MODELO DE CUIDADOS3. MODELO DE ORGANIZAÇÃO4. INSTRUMENTOS DE APOIO À GESTÃO5. RECURSOS
--

As contribuições dos participantes são apresentadas em três capítulos: modelo de referenciação, modelo de cuidados e modelo de organização (instrumentos e recursos). Em cada um dos capítulos as contribuições dos participantes classificam-se em aspectos identificados como pontos fortes ou positivos, constrangimentos identificados e aspectos a rever, sugestões e área de melhoria.

5.1. RESULTADOS SOBRE O MODELO DE REFERENCIAÇÃO

5.1.1 Aspectos identificados como pontos fortes ou positivos

- **O modelo de referenciação** constitui um bom instrumento para garantir a continuidade dos cuidados;

- **Colaboração e empenho dos profissionais:**
 - Grande empenho dos profissionais da RNCCI;
 - Adopção fácil e rápida das novas modalidades de trabalho por parte das ECL e EGA;
 - Grande colaboração (formal e informal) a nível local entre os profissionais das ECR, ECL e EGA (em algumas regiões);
 - Existência de *feedback* constante e instantâneo por parte das ECR para o apoio na tomada de decisões;
 - Grande evolução, por parte das ECL, em virtude do forte empenho e da colaboração existente entre os profissionais e da existência de meios de comunicação fluídos e constantes;
 - Avaliação e decisão conjunta entre os profissionais das ECL;
 - Boa colaboração na disponibilização de vagas em conformidade com a patologia do doente.

- **A existência de EGA nos hospitais** constitui um apoio para o processo de cuidados do utente e um elemento de referência para os familiares/ cuidadores (grande procura das EGA por parte destes) e evita duplicidades de tramites entre diferentes profissionais e ou serviços.

5.1.2. Constrangimentos identificados e aspectos a rever

- No **modelo de referenciação** identifica-se a necessidade de homogeneização na aplicação dos critérios de referenciação.

Por outro lado, existe confusão na definição dos utentes que reúnem critérios para entrada na RNCCI, nomeadamente ao nível da definição de “cuidados de saúde e/ou cuidados de apoio social”;

O apoio dos centros de saúde na prestação de cuidados domiciliários não é suficiente.

- Relativamente à **informação sobre o modelo de referenciação**, destaca-se:
 - A escassez de informação sobre o modelo de referenciação da RNCCI nos níveis assistenciais (nomeadamente, hospitais e centros de saúde);
 - A difusão dos critérios de referenciação para as ECL foi muito geral, realizado em pouco espaço de tempo e com a introdução de numerosos conceitos novos de uma única vez.

- Ao nível do **planeamento da alta e referenciação**, identificou-se:
 - Necessidade de agilizar o processo entre o pedido de entrada para a RNCCI, a decisão e a data efectiva da entrada;
 - 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;
 - Informação clínica incompleta, sobretudo na área da medicação;
 - Deficiências na preparação da alta por parte das unidades de internamento da RNCCI;
 - Transmissão de informação aos familiares/ cuidadores sobre as condições e possibilidades de cuidados continuados tardiamente;
 - Necessidade de tornar mais célere a transferência entra as tipologias de internamento de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação (inexistência de vagas nas unidades de Média Duração e Reabilitação). Por exemplo, os utentes com Acidente Vascular Cerebral não são referenciados



de imediato para a tipologia de Média Duração e Reabilitação por falta de vagas;

- Necessidade de maior precocidade na referenciação para o domicílio é necessário devido à necessidade de tempo para a preparação das ajudas técnicas e das condições no domicílio;
- Existência de menor informação na referenciação para o domicílio que para as unidades de internamento (informação bastante incompleta).

➤ Relativamente aos **critérios de referenciação** os participantes manifestaram a existência de:

- Dificuldade na utilização dos critérios de referenciação (referenciação discordante com a tipologia de cuidados definida);
- Mau entendimento dos critérios de referenciação por parte dos profissionais. Existem casos de pedidos de admissão na RNCCI que foram não foram aceites por não reunir os critérios;
- Necessidade de maior rigor na análise dos critérios de referenciação por parte das EGA e ECL;
- Variabilidade de respostas na aplicação de critérios entre as ECL;
- Discrepância nos critérios de avaliação utilizados pelas EGA e ECL;
- Existência de um número elevado de óbitos (não indicam dados) na tipologia de internamento de Convalescença devido, provavelmente, à existência de uma má avaliação no momento de referenciação;
- Referenciação para unidades de Longa Duração e Manutenção sem contemplar objectivos terapêuticos. Criou-se a ideia que esta tipologia de cuidados de internamento serve para situações “definitivas” de internamento;
- Referenciação exclusivamente para utentes com problemas sociais, ficando de fora utentes com problemas transitórios de dependência;
- Pedidos de admissão relativos a altas precoces a partir dos hospitais por necessidade de camas;
- Escassez de referenciação para o domicílio através das ECL que avaliam as necessidades dos utentes;
- Problemas de referenciação nos distritos em que não existe Rede ou que carecem de algumas tipologias de internamento.

- Quanto ao **modelo organizacional**, foram efectuadas as seguintes observações:
 - As ECL cobrem, em alguns casos, uma área territorial bastante alargada, com concelhos demasiado distantes entre si;
 - Existência de problemas de coordenação entre as ECL da residência do doente e do concelho onde a família trabalha;
 - Diferentes ritmos de funcionamento entre as Equipas de Coordenação Regional (ECR): problema das zonas fronteiriças;
 - Dificuldade na aceitação, por parte do profissional que recebe o utente numa unidade de internamento, tenha já prescritos os cuidados pelo profissional que envia;

- **Outros (redes locais, regionais)**
 - O avanço do trabalho das EGA está dependente da evolução da RNCCI em vagas de internamento;
 - A inconstância nos membros das equipas dificulta a coordenação (por exemplo na ECR de Lisboa);
 - Dificuldades de comunicação fluida entre as ECL e a ECR (relatadas na região Centro);
 - Ausência de resposta pela ECL nas 48 horas previstas (relatadas na região de Lisboa).

5.2.3 Sugestões e áreas de melhoria

- **Uniformizar os formulários de pedido de admissão e referenciação na RNCCI;**

- **Uniformizar os parâmetros e dados a registar** e consensualizar a sua definição para que apoiem o desenho do futuro sistema de informação da RNCCI;

- **O planeamento da alta deve ser feito a partir do momento em que o utente entra na unidade de internamento.** No caso dos hospitais de agudos, o planeamento da alta deverá inclusivamente realizar-se no momento da entrada em urgências. Reforçar, portanto, a necessidade de realizar o pedido de admissão ou alta na RNCCI antes das 48 horas previsíveis do momento da alta.



- **Rever o âmbito actual das ECL.** Prevendo o alargamento da RNCCI a médio prazo, poder-se-iam contemplar áreas territoriais mais amplas de modo a que cada ECL tenha maior capacidade de actuação tendo pelo menos uma rede completa (distrital) de respostas de cada tipologia.

Este aspecto dever-se-ia completar com a dedicação a tempo completo dos profissionais. O número de profissionais deverá rever-se segundo a actividade previsível.

- Dever-se-ia **potenciar a mobilidade dos utentes dentro da RNCCI** nos casos em que seja necessária a recepção de cuidados de diferentes tipologias de resposta segundo a etapa de evolução da doença. Por exemplo, um utente pode ser candidato a uma unidade de internamento de Longa Duração e Manutenção mas necessitar previamente de cuidados sub-agudos e, portanto, beneficiar de internamento numa Unidade de Convalescença.
- Estimular e **fortalecer os cuidados domiciliários** desde os Centros de saúde ou Unidades de Saúde Familiar (USF);
- **Elaboração de um *manual de procedimentos*, uniforme e de flexível adaptado a cada área, “o modelo deve ser uma referencia e não um constrangimento”, devendo-se assim encontrar o equilíbrio entre os critérios estabelecidos e os eventuais constrangimentos, 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 informação clínica que deve acompanhar o utente no momento da alta e no momento do pedido de admissão na RNCCI;
 - O horário de chegada do utente às unidades de internamento da RNCCI (não deveria ser efectuado após as 17:00 horas);
 - A medicação que deve acompanhar o utente na alta, com definição do período que deve ser coberto.

- **Aprofundar e reforçar o trabalho na aplicação dos critérios de referenciação e admissão na RNCCI.** Neste sentido, propõe-se a realização periódica de sessões de trabalho conjuntas entre as ECL, as EGA, as unidades de internamento e as ECCI dos Centros de saúde, com a finalidade de aproximar critérios e modos de actuação;
- Agilizar a utilização das vagas segundo grupos de patologias, estabelecendo **critérios de priorização em cada zona** segundo a capacidade e tipologias de cuidados existentes;
- **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;
- **Aplicar o mesmo rigor nas referenciações para unidades de internamento que nas referenciações para cuidados domiciliários;**
- Definir aspectos de referenciação no caso de **utentes com residência em áreas fronteiriças** tendo em conta as circunstâncias territoriais e a oferta da RNCCI em cada momento;
- **Melhorar os aspectos relativos à componente social** (informação, critérios, etc.) **na referenciação dos utentes** para apoiar e avançar o trabalho das ECL;
- **Conhecer melhor as tipologias de utentes atendidos na RNCCI** no sentido de identificar utentes com motivos de admissão exclusivamente clínicos, exclusivamente sociais e clínicos/sociais;
- **Promover a comunicação com a família/cuidador**, sobretudo nos casos em que o utente é referenciado para tipologias de internamento da RNCCI com comparticipação financeira (**importância do consentimento informado**);



O consentimento e o contacto familiar devem efectuar-se no início do processo, antes de iniciar o trâmite de busca de vaga na RNCCI, tanto no momento de admissão da RNCCI como no caso de mudança de tipologia de unidade ou equipa;

- 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;
- Considera se muito importante o **papel das ECR no momento actual**, no sentido de apoiar os profissionais através de orientações, informação técnica e respostas rápidas.



5.2. RESULTADOS SOBRE O MODELO DE CUIDADOS

5.2.1 Aspectos identificados como pontos fortes ou positivos

- Um dos pontos fortes do novo modelo de cuidados continuados baseia-se na **multiplicidade de tipologias de cuidados**;
- O **enquadramento intersectorial** dos cuidados é um dos aspectos chave. Assim, a **transdisciplinaridade** constitui um modelo de intervenção inovador em relação ao qual não existem resistências;
- É verdadeiramente importante conceber os cuidados desde uma perspectiva planeada através da elaboração de um **Plano Individual de Cuidados**, periodicamente avaliado;
- Outro ponto forte do modelo é a vontade expressa da **participação activa da família/cuidador**.

5.2.2. Constrangimentos identificados e aspectos a rever

- Falta de tempo e experiência para poder avaliar de forma completa e profunda o modelo;
- **Necessidade de alargamento da RNCCI e de aumento da cobertura de utentes**;

Neste momento os cuidados estão excessivamente centrados nas pessoas idosas. Existem situações ainda não resolvidas tais como os cuidados paliativos e os cuidados para as demências.

- O período de internamento em Unidades de Convalescença, deveria possibilitar o prolongamento dos 30 dias de internamento, sob justificação clínica, para utentes que não possam iniciar a reabilitação antes dos 30 dias de internamento previstos em Convalescença (pedido frequente por parte dos serviços de ortopedia); ou estabelecer **transferências ágeis** para unidades de Média Duração e Reabilitação;

- Percepção de falta de capacidade instalada na tipologia de internamento de Média Duração e Reabilitação;
- Existência de admissões de utentes com alta complexidade em unidades de Longa Duração e Manutenção;
- Necessidade de introduzir imediatamente a tipologia de cuidados em regime ambulatorio mediante o desenvolvimento da tipologia de **Unidade de Dia e Promoção da Autonomia**;
- **Na prestação de cuidados e no plano individual de cuidados** é necessário melhorar e completar os conteúdos. Assim é necessária a introdução de metas e *timings* de concretização; ou seja, desenvolver instrumentos de intervenção que sejam mensuráveis e avaliáveis;
- Identifica-se pouco investimento nos cuidados domiciliários e nos aspectos de apoio domiciliário social;

Neste sentido, existe indisponibilidade por parte dos Centros de saúde na realização de actividade domiciliária médica.

- **Trabalho com as famílias/ acções de sensibilização:**
 - O envolvimento da família no processo de cuidados não está a ser suficientemente trabalhado. Este trabalho deverá ser iniciado antes da admissão do utente na RNCCI, pelos profissionais dos centros de saúde ou dos hospitais;
 - Necessidade de desenvolver acções de sensibilização com as famílias, que actualmente apresentam dificuldade de compreensão do modelo de cuidados e na passagem do internamento hospitalar (não participado na data) para um internamento (na RNCCI) participado;
 - Criar canais de comunicação que promovam o envolvimento da família;
 - A participação financeira faz com que haja uma maior participação da família no processo de cuidados, independentemente da classe social;
 - Identificam-se resistências nas famílias em aceitar o internamento do familiar numa unidade distante da área de residência.

5.2.3 Sugestões e áreas de melhoria

- Necessidade de alargar a RNCCI à saúde mental, psicogeriatría, jovens com dependência e politraumatizados;

Neste sentido, considera-se necessário desenvolver respostas (subunidades, unidades específicas) para o **cuidado das demências** com a infra-estrutura específica adequada e introduzir respostas para o **tratamento de utentes com problemas longos e definitivos** e com **grande complexidade clínica**;

- **Ampliar a capacidade da tipologia de Média Duração e Reabilitação** para agilizar as transferências de utentes provenientes de Unidades de Convalescença e ajustar os perfis e tempo de estadias dos doentes nas Unidades de Convalescença;
- Realizar o **acompanhamento da rotação das camas da tipologia de internamento de Longa Duração e Manutenção** para garantir uma óptima utilização nesta tipologia de resposta;

Assim, o **descanso familiar**, através de internamento em unidades de Longa Duração e Manutenção, é considerado como um dos temas chaves no âmbito do “cuidado ao cuidador”;

- Fortalecer as **competências clínicas** específicas para a prestação de:
 - Cuidados paliativos;
 - Cuidados geriátricos;
 - Cuidado das demências.
- Importância da **formação aos profissionais** da RNCCI nos novos modelos e técnicas de trabalho:
 - Necessidade de ampliar a formação dos profissionais na realização e concretização do Plano Individual de Cuidados;
 - Necessidade de formação para os auxiliares.
- Necessidade de **envolver os profissionais dos hospitais** nos conceitos de continuidade de cuidados bem como sensibilizá-los em relação ao trabalho da EGA e sua importância;



- Desenvolver **plataformas periódicas de intercâmbio** entre os diferentes agentes da RNCCI (prestadores, ECR, ECL);
- **Reforçar os conceitos de participação familiar** no planeamento do Plano Individual de Cuidados como estratégia de co-responsabilização e partilha, sobretudo nas unidades de internamento da RNCCI.
- Necessidade de desenvolver acções de **sensibilização com as famílias**, que actualmente apresentam dificuldades de compreensão do modelo de cuidados e na passagem do internamento hospitalar (não participado na data) para um internamento (na RNCCI) participado.

Assim, existem duas componentes principais no trabalho com a família:

1. Financeira (planeamento precoce da alta e custos de internamento).
 2. Empowerment – envolvimento efectivo no plano de trabalho. Para o empowerment das famílias os profissionais necessitam de obter know-how. Para além disso, é necessária a criação de condições estruturais nas unidades que facilitem os trabalhos das famílias;
- Criar canais de comunicação que promovam o envolvimento da família.

5.3. RESULTADOS SOBRE O MODELO DE ORGANIZAÇÃO: INSTRUMENTOS E RECURSOS

5.3.1 Aspectos identificados como pontos fortes ou positivos

- Enquadramento da RNCCI sob o modelo de prestação baseado numa **rede configurada por múltiplas entidades parceiras contratadas**;
- O estabelecimento de “**regras de jogo**” **homogéneas** para uma mesma tipologia de cuidados independentemente da natureza da instituição que presta os cuidados (condições dos contratos);
- Considera-se como ponto-chave a **definição específica de recursos diferenciados** para cada tipologia de cuidados;
- A sensibilidade da UMCCI na identificação da **necessidade de formação** dos profissionais;
- A **intersectorialidade e o consenso** atingido entre os Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social no desenho e implementação das Experiências Piloto.

5.3.2 Constrangimentos identificados e aspectos a rever

- Relativamente à **organização interna** das unidades e equipas da RNCCI, considera-se que se deveria avançar na definição de modelos de referência que possam adaptar-se; para assim construir modelos específicos para cada tipologia de cuidados que sejam avaliáveis e contrastáveis entre si;
- Relativamente à **organização das ECL**, considera se que é preciso:
 - Clarificar o processo de substituição de profissionais nas ECL (feriados, baixas, etc.);
 - Apoiar e diminuir a carga administrativa;
 - Avançar na elaboração do regulamento interno;
- Nos aspectos relativos à **comparticipação** identificam-se:

- Limitações no cálculo da comparticipação dos utentes: a folha de cálculo da comparticipação dos utentes não é homogénea entre as ECL e os prestadores de cuidados;
- Existem problemas nos fluxos para pedido de comparticipação de medicamentos e fraldas: não está definido o modelo de relatório que a unidade tem de enviar à ECL para que esta avalie a possibilidade de pagamento do utente;
- Considera-se que não se pode concentrar esta tarefa nas unidades prestadoras já que estas não têm capacidade de aferir o rendimento fiscal do agregado familiar. As famílias recusam-se a fornecer os dados sobre rendimentos para aferir a comparticipação;

Assim considera-se que o utente deve chegar às unidades de internamento (Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) com um estudo de aproximação das possibilidades económicas familiares;

- Falta de sensibilização das famílias para a comparticipação do utente e falta de esclarecimento quando vêm encaminhados dos hospitais.
- Actualmente são aplicados **múltiplos e diferentes instrumentos de avaliação do grau de dependência do utente**; e nenhum deles avalia a parte cognitiva.
- Carece-se de um **instrumento único de avaliação bio-psico-social** que agrupe a parte social e de saúde como registo básico de apoio as ECL;
- Inexistência de um modelo de Plano Individual de Cuidados (cada prestador cria o seu próprio modelo);
- Os participantes expressam a discordância com a utilização (apenas) da classificação CID-9, já que constitui uma tabela de codificação dos diagnósticos e patologias hospitalares. Além das patologias de base do utente, dever-se-iam registar e codificar os **sintomas e sinais de risco** que motivam realmente a sua admissão e evolução nas unidades e equipas da RNCCI;

⇒ Em relação aos **instrumentos de apoio à referência**, foram destacados os seguintes aspectos:

- O actual sistema de transmissão da informação, via fax, coloca problemas:
 - Na garantia da confidencialidade;
 - De legibilidade nos documentos transmitidos por fax;
- Necessidade de modificar o processo de transmissão da informação através da criação de um código interno de rede;
- Relativamente ao **Gestcare** identificam-se constrangimentos na utilização ao nível da partilha de informação e transferência de dados. Os conteúdos não correspondem às necessidades de informação e registo das ECL e EGA.

Existe necessidade de correcção do suporte actual para sua utilização.

⇒ Multiplicidade de modelos e formulários para a referência e registo de dados: cada ECL criou e utiliza o seu próprio modelo de registo. Utilização de registos em papel, sem homogeneidade entre as diferentes ECL nos parâmetros a registar.

⇒ É preciso fortalecer a utilização do **controlo administrativo dos contratos**, nomeadamente *CADCON*, por parte das ECR no sentido de assegurar o preenchimento dos campos destinados ao controle dos investimentos em estrutura e equipamentos;

⇒ Relativamente ao instrumento **RIM, Relatório de Informações Mensais** das entidades prestadoras, considera se:

- Necessária a divulgação dos dados e resultados;
- Necessária a solução do peso actual das aplicações de modo a facilitar o melhor envio dos dados;
- Ampliar os campos incluídos para melhorar a monitorização dos contratos;

⇒ Relativamente ao **cumprimento das presenças previstas dos profissionais** nas unidades, os participantes destacaram:

- O facto do pessoal clínico (enfermeiros e médicos) nem sempre estar presente nas unidades no horário previsto e que os recursos humanos das unidades de internamento são rentabilizados para o exterior; considerando-se assim necessária a realização de auditorias;
- A percepção de uma baixa disponibilização de técnicos por parte da Segurança Social;

➤ **Relativamente à composição e rácios de pessoal considerou-se que:**

- As EGA e ECL deverão trabalhar a tempo inteiro (actualmente as equipas dedicam mais horas que as contempladas no horário de trabalho actual e coloca-se o problema da acumulação de funções pelos profissionais);
- A existência de uma EGA com a composição de uma equipa básica (1 médico, 1 assistente social e 1 enfermeiro) é inviável em hospitais de grande dimensão. Não devendo existir mais de uma EGA por hospital (a existência de várias colapsaria a comunicação com as ECL), a composição da EGA deve ser, no entanto, ajustada à magnitude e volume de altas de cada hospital de modo a abranger a totalidade de possíveis altas diárias do hospital com necessidade de cuidados continuados;
- Deve-se rever a previsão de recursos humanos das áreas da terapia ocupacional e terapia da fala na tipologia de internamento de Convalescença;
- O rácio de profissionais previsto nas unidades de internamento é insuficiente para responder às necessidades existentes;
- Os recursos de enfermagem previstos para a tipologia de internamento de Longa Duração e Manutenção parecem baixos; a par com a necessidade de afinar os fluxos para que a referenciação seja realizada em função da tipologia de internamento mais idónea. Neste sentido os participantes comentam que alguns dos perfis dos doentes das unidades de Longa Duração e Manutenção ultrapassam a complexidade inicialmente prevista;
- A carência de psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais;

➤ **Relativamente ao sistema de pagamento actual,** considerou-se que o modelo premeia a ocupação de camas e não a qualidade nem a eficiência na prestação de cuidados;

- ⇒ Introduzir **incentivos que estimulem a eficácia e a qualidade** (actualmente apenas é valorizada a ocupação nas unidades de internamento);
- ⇒ Relativamente aos **preços**, considera-se que no caso que os custos sejam superiores aos preços provisórios actualmente estabelecidos; nesta altura do desenvolvimento da RNCCI, este aspecto não pode ser desculpa para prestar cuidados com níveis de qualidade baixos.

5.3.3 Sugestões e áreas de melhoria propostas

- ⇒ Necessidade de criação de um **modelo/matriz de regulamento da organização interna** com características específicas para cada linha de cuidados da RNCCI;
- ⇒ No processo de alargamento da RNCCI, deve-se considerar a necessidade de trabalhar sobre **documentos prévios de planeamento das necessidades** existentes em cada zona, utilizando o distrito como a unidade territorial básica, que permitam realizar uma boa localização das diferentes tipologias de cuidados;
- ⇒ No processo de celebração de acordos/contratos com entidades parceiras deve-se 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);
- ⇒ É urgente a introdução de **instrumento de avaliação cognitiva** homogéneo, baseado num modelo testado previamente, homologado em Portugal, fiável e de fácil aplicação;

O processo de implementação deve prever a formação dos profissionais na sua utilização e definir os *timings* de aplicação do mesmo

- ⇒ Desenvolvimento e implementação de um **sistema de registo que permita codificar os sintomas e sinais de risco**, que poderia ser, por exemplo, o *ICPC*;
- ⇒ No desenvolvimento dos diferentes **sistemas e instrumentos de avaliação** da RNCCI dever-se-ia 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)

Também no desenho dos conteúdos dos instrumentos deve-se diferenciar as necessidades básicas de informação e partilha para avaliar e realizar o acompanhamento nos diferentes âmbitos assinalados das necessidades para realizar o desenvolver estudos específicos e investigação.

Neste sentido, considera-se que os instrumentos a desenvolver a nível nacional hão-de ser simples, de fácil utilização, consensualizados, com amplo consenso internacional, estar homologados em Portugal e que apoiem a configuração de um sistema de informação integrado (a partir de diversas bases de dados relacionadas), robusto e partilhado (que permita a transferência de informação evitando duplicações entre níveis e agentes); que geram indicadores e informação para os diferentes níveis e agentes da RNCCI (nível central, regional, local, prestadores e unidades e equipas).

- ⇒ **Investir na formação**, desenvolvendo programas de formação dos profissionais específicos para diferentes necessidades e promover a **formação continua** dentro das unidades e equipas;
- ⇒ Relativamente à necessidade de **rever as dotações e rácios de pessoal** identifica-se a necessidade de “conhecer melhor e medir” previamente as novas adaptações;

Considera-se que as dotações para a abordagem dos cuidados dos utentes da RNCCI com problemas de saúde mental, devem ter um tratamento específico com enquadramento de necessidades de pessoal e estrutura próprios;

- ⇒ **O modelo e mecanismo da aplicação da participação do utente**. Deve-se melhorar e evoluir para um mecanismo que não se limite aos rendimentos do utente,

no sentido de se considerarem os rendimentos do conjunto familiar e utilizar instrumentos homogêneos;

➤ Necessidade de desenvolver um sistema próprio **de sugestões e reclamações** da RNCCI;

➤ **Relativamente aos preços, identificou-se:**

- A necessidade de adequação dos preços após as Experiências Piloto;
- A necessidade de reconsiderar os custos nas unidades de internamento de cuidados paliativos;
- A necessidade de criar indicadores que permitam conhecer os custos reais.



ANEXO 1 – CONVITE AOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Caros colegas,

No âmbito do processo de implementação e desenvolvimento das experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Rede) actualmente em curso, é fundamental a obtenção de dados de carácter quantitativo e qualitativo que possibilitem a identificação dos problemas actualmente existentes e a introdução das medidas de melhoria apropriadas.

Neste sentido, considerou-se oportuna a realização de um *Focus-Groups* (entrevista grupal dirigida por um moderador) que, reunindo agentes envolvidos na implementação e desenvolvimento das Experiências Piloto, estimule a discussão sobre o actual processo e permita conhecer as visões existentes acerca do mesmo, bem como a identificação das principais áreas críticas.

O grupo será composto por aproximadamente 12 participantes que, tanto quanto possível, representem as várias tipologias da Rede (internamento da Rede e equipas); as estruturas de coordenação da Rede (local, regional e nacional); os prestadores; as regiões e, finalmente, os diferentes perfis profissionais existentes na Rede.

O *focus group* será realizado no dia 27 de Março de 2007, entre as 10h00 e as 13h30, na sede da UMCCI (R. Gomes Freire, nº 5, 2º dto, Lisboa; telf. 21 358 80 60).

Os temas que serão trabalhados durante o *focus group* são:

1. Referenciação;
2. Modelo de Cuidados;
3. Organização;
4. Instrumentos de apoio à gestão
5. Recursos

Na qualidade de XXXXXXXXXXX teríamos todo o gosto em que o/a XXXXXX participasse neste grupo.

Agradecemos desde já a confirmação da sua presença até ao dia XXXXXX.

Atenciosamente.



VI.3 – RELAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDAS ENTRE SETEMBRO DE 2005 E MAIO DE 2007



Relação das actividades formativas desenvolvidas entre Setembro de 2005 e Maio de 2007	
Data	Actividades
03.Set.05	Jornada técnica sobre Cuidados Continuados: <i>'Avançando para um modelo de rede integrada de Cuidados Continuados em Portugal'</i> .
12.Out.05 e 13.Out.05	Seminário: <i>'Implementação das Experiências Piloto'</i> .
26.Out.05	Jornada: <i>'Apresentação e análise da proposta da experiência da Administração Regional de Saúde do Alentejo'</i> .
28.Out.05	Jornada: <i>'Apresentação e análise da proposta de experiência da Administração Regional de Saúde do Centro'</i> .
11.Fev.06	Seminário: <i>'Planificação e gestão de altas'</i> .
02.Mar.06	Jornada: <i>'Apresentação e análise da proposta de experiência da Administração Regional de Saúde do Centro'</i> .
03.Mar.06	Jornada: <i>'Apresentação e análise da proposta de experiência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo'</i> .
22.Mar.06 e 23.Mar.06	Seminário: <i>'Planificação e gestão de altas'</i> .
26.Abr.06	Jornada – Ponto de Situação: <i>'Equipas de Gestão de Altas'</i> .
28.Abr.06	Seminário: <i>'Sistemas de classificação de doentes na Catalunha'</i> .
09.Jun.06	Seminário de trabalho: <i>'Definição de recomendações para a implementação de unidades de convalescença'</i>
02.Nov.06 e 03.Nov.06	Seminário: <i>'Aprofundamento em cuidados a pessoas idosas'</i> .
Mai.06 a Out.06	Plano de formação em Cuidados Continuados: <i>'Formação de líderes em aspectos clínicos e organizativos dos Cuidados Continuados em Portugal'</i>
18.Out.06	Reunião internacional sobre Cuidados Continuados: <i>'As Unidades de Convalescença'</i>
Out.06	Formação: <i>'Princípios e avaliação das necessidades em Cuidados Continuados'</i>
Nov.06	Plano de formação para as Equipas de Coordenação Regional: <i>'Objectivos, funcionamento e articulação com as estruturas da Rede'</i> .
Dez. 06	Formação Básica para Auxiliares da Acção Médica (AAM) e AAD



**Relação das actividades formativas desenvolvidas entre Setembro de 2005 e Maio de 2007
(continuação)**

Fev.07 e Mar.07	Plano de formação em Cuidados Continuados: <i>Formação em serviço em Cuidados Paliativos</i>
22 e 23 Mar., 29 Maio 07	Seminário: <i>Um dia numa Unidade de Cuidados Continuados</i>
Abr. 07	Seminário Internacional: A intervenção intersectorial: um desafio partilhado



**VI.4 – REGISTO DE INFORMAÇÃO MENSAL (RIM):
DECLARAÇÕES RECEBIDAS PELA UMCCI ATÉ 23 DE MAIO DE
2007, POR REGIÃO E TIPOLOGIA DE INTERNAMENTO DA RNCCI**



N.º de Registos de Informação Mensal (RIM) recebidos até 23 de Maio de 2007 pela UMCCI, referentes aos meses de funcionamento das unidades de internamento da RNCCI compreendidos entre Novembro de 2006 e Abril de 2006																
TIPOLOGIA DE CUIDADOS	REGIÃO	NOVEMBRO 2006		DEZEMBRO 2006		JANEIRO 2006		FEVEREIRO 2007		MARÇO 2007		ABRIL 2007		TOTAL (NOVEMBRO 2006 - ABRIL 2007)		
		N.º de unidades em funcionamento	N.º de declarações recebidas	N.º de unidades em funcionamento	N.º de declarações recebidas	N.º de unidades em funcionamento	N.º de declarações recebidas	N.º de unidades em funcionamento	N.º de declarações recebidas	N.º de unidades em funcionamento	N.º de declarações recebidas	N.º de unidades em funcionamento	N.º de declarações recebidas	N.º total de meses de funcionamento	N.º total de declarações recebidas	%
UNIDADE DE CONVALESCENÇA	NORTE	0	0	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	24	23	96%
	CENTRO	4	3	4	3	5	3	5	4	5	4	5	3	28	20	71%
	LVT	0	0	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	9	7	78%
	ALENTEJO	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	0	7	5	71%
	ALGARVE	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	0	9	5	56%
	Sub-Total	5	4	11	10	14	11	15	13	16	14	16	8	77	60	78%
UNIDADE DE MEDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	NORTE	0	0	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	18	18	100%
	CENTRO	5	4	5	4	7	4	7	4	7	5	7	4	38	25	66%
	LVT	0	0	1	1	2	2	2	1	2	1	1	0	8	5	63%
	ALENTEJO	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	10	8	80%
	ALGARVE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	6	5	83%
	Sub-Total	6	5	12	11	15	12	16	12	16	13	15	8	80	61	76%
UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	NORTE	0	0	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	17	17	100%
	CENTRO	9	6	10	7	11	8	11	9	11	9	11	5	63	44	70%
	LVT	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	4	1	25%
	ALENTEJO	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	5	4	80%
	ALGARVE	0	0	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	12	11	92%
	Sub-Total	9	6	15	12	18	15	19	16	20	17	20	11	101	77	76%
UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	NORTE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.										
	CENTRO	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4	0	0%
	LVT	0	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	10	9	90%
	ALENTEJO	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.										
	ALGARVE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.										
	Sub-Total	0	0	2	1	3	2	3	1	3	1	3	2	14	9	64%
TOTAL		20	15	40	34	50	40	53	42	55	45	54	29	272	207	76%

Legenda:

n.a.: não aplica já que não existem unidades dessa tipologias de internamento na região

Fonte: Registo de Informação Mensal, UMCCI: 23 de Maio de 2007



VII. BIBLIOGRAFIA



Bazo y Dominguez-Alcón (1996): «Los cuidados familiares de salud a las personas ancianas y las políticas sociales.», en: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 73.

Baztán Juan J.; Domenech Juan R.; González, M.; Forcano S.; Morales C.; Ruipérez I. «Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid.» Madrid. *Revista Española Salud Pública* 2004; 78: 355-366, N.º 3 - Mayo-Junio, 2004.

Walsh B. et al. (2005): «Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial.» *British Medical Journal*, 2005; 330; 699; March 2005.

Castells, X., Mercadé L., Riu M. *Envejecimiento y utilización hospitalaria. Capítulo 23 Informe SESPAS 2002.*

Castells; Ortiz, P. (colaboración con A.M.Gillemard) (1992): «Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo.» Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1992.

Carpenter I. et. al. (2002): «Clinical and research challenges of intermediate care.» *Age and Ageing*; 31:97-199. British Geriatrics Society.

Cervera, J.A. (2006): «Material do Seminário 9 de junho de 2006 sobre Definição de recomendações para a implementação de unidades de convalescença. Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência.» Lisboa.

Coleman, B. (1995): «European models of long term care in the home and community.» *Internacional Journal of Health Services*; 25.

Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência (2005). «Relatório final de diagnóstico da situação actual». Setembro 2005.



Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, de criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, publicado em *Diário da República, série I-A, n.º109, de 6 de Junho de 2006*.

Department of Health (2001a): HSC 2001/01: LAC (2001)1 *Intermediate Care*. London: Department of Health 2001.

Department of Health (2001b). *National Service Framework for Older People*. London: Department of Health. 2002 (paragraph 3.13 e 3.12).

Department of Health (2002b). *National Service Framework for Older People – Supporting Implementation. Intermediate Care: Moving Forward*. London: Department of Health.

Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2006): *Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados* (Agosto 2006/Rev.2). Ministério da Saúde. Lisboa, 2006.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995): «Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union» Shankill, Co. Dublin, 1995.

Fontanals de Nadal M.D., Martínez Mateo F. y Valles Forcada E. (1995): «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als anys.» *Revista Española Geriatria y Gerontología*; 30: 189-198.

Generalitat de Catalunya (1989). «Bases d'un model d'atenció socio-sanitaria, del seu finançament y del desplegament de recursos.» Direcció General d'Ordenació y Planificació Sanitaria. Barcelona, 1989.

Generalitat de Catalunya. 1990-1995: *Programa Vida als Anys*. Barcelona

González Montalvo J.I. (1998): «Alternativas a la hospitalización convencional en el anciano.» (pp. 372-394), en: Del Llano y cols. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona, 1998.



Granger CV, BB Hamilton and RC Fiedler. *Discharge outcome after stroke rehabilitation. Stroke* 1992;23;978-982 American Heart Association.

Health and Public Policy Committee. American College of Physicians(1984): «Long-term Care of the Elderly.» *Annals of Internal Medicine*; 100: 760-763.

Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Censo 2001.

Jamieson A. (1993): «El apoyo informal en Europa. En Comparación de políticas de atención a las personas mayores.» SG. Ed. Barcelona, 1993.

Jani-Le Bris H. (1993) : «Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays del Communautés Européennes». *Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail* . Dublin, 1993.

Unión General de Trabajadores (1998). «Las prestaciones sociales para los cuidados de las personas dependientes y su vinculación con la creación de empleo». Madrid, 1998.

OCDE (1994). «L'aide aux personnes âgées dépendantes: les questions de politique sociale», en: *Les nouvelles orientations de la politique sociaux*. Paris, 1994

OCDE (1996). «Protéger les personnes âgées dépendantes.» *Nouvelles orientations*. Paris, 1996.

OMS (1974). «Informe planificación y organización de los Servicios Geriátricos» (nº 548, p.39). Ginebra, 1974.

OMS (1974): «Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos.» Ginebra, 1974.

Recomendaciones de la Reunión Internacional, convocada por la Societa Italiana Geriatri Ospedalieri en Roma (1997): «Documento sobre la necesidad de servicios de geriatría en hospitales generales.» *Revista Española Geriatria y Gerontología*; 32: 123-124.



Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (2006). *Resumo executivo: Avaliação de unidades de internamento para integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Hospitais de Nível 1.*

Sabartés, O. e col.. *Deterioro funcional del anciano frágil con patología respiratoria crónica. Valoración multidisciplinar.* Revista Mult Gerontologia 2003;13(3):143-150

Salvá, A.; et al. (1996). «La evaluación geriátrica en una unidad de convalecencia. Análisis descriptivo de la actividad de un año.» *Revista Española Geriatria y Gerontología*; 31(4):205-10.

Salvá, A.; R. (1999). «Una experiencia de atención sociosanitaria: programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro». *Revista de administración sanitaria siglo XXI*; III(11): 37-52.

Varela J.; Castells X.; Riu M.; Cervera A.M. et al. (2000): «El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital.» *Gaceta Sanitaria*; 14: 203-209.