

MESTRADO
ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO

**CUIDADOS CONTINUADOS EM PORTUGAL – UMA AVALIAÇÃO DA SUA
INTEGRAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**

RUTE CARLA ANTUNES CRUZ

OUTUBRO - 2016

MESTRADO EM
ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO

**CUIDADOS CONTINUADOS EM PORTUGAL – UMA AVALIAÇÃO DA SUA
INTEGRAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**

RUTE CARLA ANTUNES CRUZ

ORIENTAÇÃO:
PROFESSOR DOUTOR CARLOS GOUVEIA PINTO

OUTUBRO - 2016

*“Um belo dia, você acorda
e se vê obrigado a cuidar um pouco
de quem sempre cuidou de você.”*

Desconhecido

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação aborda um tema atual, o qual despertou o meu interesse, permitindo-me enriquecer os meus conhecimentos. Ao longo deste período, foram tecidos comentários, contributos, sugestões, apoio e palavras de força por parte de entidades e pessoas que foram incansáveis, aos quais presto o meu reconhecimento e gratidão. Em primeiro lugar, uma palavra de profundo agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Gouveia Pinto, pela enorme disponibilidade, pela partilha, pelas críticas construtivas, pela exigência e paciência ao longo do processo de elaboração desta dissertação. Ao Gabinete de Estudos e Projetos (ISEG), pela disponibilização do software, que permitiu a elaboração e posterior envio do questionário. A todos os que estiveram envolvidos neste processo, especialmente aqueles que se disponibilizaram a responder ao questionário, transmitindo a sua opinião e experiência, contributos muito importantes para este estudo. Aos meus colegas de trabalho pela paciência, incentivo e apoio constante. Aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional, palavras de encorajamento e carinho. Ao meu marido pela paciência e tempo ocupado, pela inspiração, presença contínua e dedicação, um obrigado especial. Aos meus amigos pelos sorrisos, força e presença. A todos, dedico esta dissertação e agradeço por tudo!

RESUMO

A prestação de cuidados continuados tem merecido, nos últimos anos, uma atenção especial por parte dos responsáveis políticos de diferentes países europeus, nomeadamente no que diz respeito à sua sustentabilidade. Os cuidados domiciliários, opção mais económica, quando comparados com outras formas de cuidados, podem desempenhar um papel importante na prossecução desse objetivo. A presente dissertação procura avaliar se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados promove as condições necessárias para que os utentes possam ser tratados no seu domicílio. Questionaram-se 35 responsáveis pela gestão técnica das Unidades de Internamento, de modo a recolher a sua opinião sobre vários aspetos da Rede, entre os quais, os cuidados domiciliários (formais e informais), o financiamento e a articulação e integração com os restantes cuidados de saúde. Os cuidados domiciliários não têm tido apoio suficiente e a disponibilidade dos cuidadores informais para cuidar é pequena. Uteses em lista de espera, juntamente com o prolongamento desnecessário do internamento nas Unidades, revelam-se como ineficiências da Rede. O Governo, através do Plano de Desenvolvimento da RNCCI (2016-2019), reconhece a existência destes problemas, criando condições para o desenvolvimento dos cuidados domiciliários, constituindo um contributo importante para a contenção de custos do sistema.

Palavras-chave: Cuidados Continuados Integrados, Cuidadores Informais, Cuidados Domiciliários

ABSTRACT

The provision of long-term care has received, in recent years, a special attention from policy-makers from different European countries, particularly in regard to its sustainability. Home care, the most economical option, when compared to other forms of care, can play an important role in pursuing this goal. This thesis aims to assess whether the National Network of Long-Term Care promotes the necessary conditions so that patients can be treated in their homes. 35 responsible for the technical management of Long-term Care Units were surveyed, in order to seek their views about various aspects of the Network, including, home care (formal and informal), financing and articulation and integration with the remaining types of health care. Home care has not had enough support and the availability of informal caregivers is not much. The patients in the waiting lists, along with the unnecessary prolongation of hospitalization in the Units, are revealed as Network inefficiencies. The Government, through the RNCCI Development Plan (2016-2019), recognizes the existence of these problems, creating conditions for the development of home care, as an important contribution to the containment of system costs.

Keywords: Long-Term Care, Informal Caregivers, Home Care

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MS – Ministério da Saúde

MTSSS – Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCM – Santa Casa da Misericórdia

SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidades de Convalescença

UI – Unidades de Internamento

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. CUIDADOS CONTINUADOS EM PORTUGAL	3
2.1 <i>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>	3
2.1.1 <i>Definição</i>	3
2.1.2 <i>Evolução histórica</i>	4
2.1.3 <i>Objetivos</i>	6
2.1.4 <i>Tipologias de resposta</i>	6
2.1.5 <i>Financiamento</i>	10
2.2 <i>Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019</i>	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 <i>Tipologia de Cuidados</i>	15
3.2 <i>Articulação e Integração de Cuidados</i>	15
4. METODOLOGIA E RESULTADOS	19
4.1 <i>Objetivos</i>	19
4.2 <i>Análise Metodológica</i>	20
4.2.1 <i>Universo e construção da amostra</i>	20
4.2.2 <i>Método e instrumento de recolha de dados</i>	21
4.3 <i>Apresentação e análise dos resultados</i>	23
4.3.1 <i>Caracterização das Unidades de Internamento</i>	23
4.3.2 <i>Caracterização do perfil dos utentes</i>	23
4.3.3 <i>Apresentação de Resultados</i>	24
4.3.3.1 <i>Pós-alta da Unidade de Internamento</i>	24
4.3.3.2 <i>Apoio da unidade aos cuidados domiciliários</i>	25
4.3.3.3 <i>Papel dos cuidadores informais</i>	26
4.3.3.4 <i>Financiamento da RNCCI</i>	27
4.3.3.5 <i>Articulação e integração da RNCCI</i>	27
4.4 <i>Discussão do Trabalho</i>	28
5. CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
LEGISLAÇÃO.....	45
ANEXOS	46
Anexo 1 – Questionário.....	46

Anexo 2 – Resultados do questionário.....	51
FIGURA A.1 – 1.2 Taxa de ocupação Atual.....	51
FIGURA A.2 – 4.1 Destino dos utentes após a alta da Unidade de Internamento.....	53
FIGURA A.3 – 4.2 Caso o destino seja o domicílio, os cuidados são prestados por quem?	53
FIGURA A.4 – 4.3 Apoio que os utentes continuam a necessitar	54
FIGURA A.5 – 4.10 Percentagem de reinternamento é elevada?	55
FIGURA A.6 – 5.5 Qual a razão para esses doentes ainda não terem sido encaminhados para o domicílio?	56
FIGURA A.7 – 5.6 Deve ser garantido maior apoio aos cuidados domiciliários?.....	57
FIGURA A.8 – 6.1.1 Se sim, quais os benefícios daí resultantes?	58
FIGURA A.9 – 7.3 Concorda com o atual modelo de financiamento, por parte do Estado?.....	59
FIGURA A.10 – 8.1.1 Se não, o que deverá ser feito para promover uma melhor comunicação e articulação entre os diferentes cuidados de saúde?	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia da RNCCI	7
Figura 2 – Tipos de integração de cuidados de saúde	16
Figura A.1 – 1.2 Taxa de ocupação atual.....	51
Figura A.2 – 4.1 Destino dos utentes após a alta da Unidade de Internamento	53
Figura A.3 – 4.2 Caso o destino seja o domicílio, os cuidados são prestados por quem?	53
Figura A.4 – 4.3 Apoio que os utentes continuam a necessitar	54
Figura A.5 – 4.10 Percentagem de reinternamento é elevada?	55
Figura A.6 – 5.5 Qual a razão para esses doentes ainda não terem sido encaminhados para o domicílio?	56
Figura A.7 – 5.6 Deve ser garantido maior apoio aos cuidados domiciliários?.....	57
Figura A.8 – 6.1.1 Se sim, quais os benefícios daí resultantes?	58
Figura A.9 – 7.3 Concorda com o atual modelo de financiamento, por parte do Estado?.....	59
Figura A.10 – 8.1.1 Se não, o que deverá ser feito para promover uma melhor comunicação e articulação entre os diferentes cuidados de saúde?	60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Caracterização da RNCCI	9
Quadro II – Acordos celebrados e entidades prestadoras.....	9
Quadro III – Tabela de preços RNCCI - 2015	11
Quadro IV – Custos médios da RNCCI no 1º semestre de 2009.....	13
Quadro V – Distribuição da amostra por tipologia de UI e por ARS	21
Quadro A.1 – 1.1 Número de camas	51
Quadro A.2 – 1.2 Taxa de ocupação atual	51
Quadro A.3 – 1.3 Lista de espera	51
Quadro A.4 – 2.1 Género	51

Quadro A.5 – 2.2 Idade	52
Quadro A.6 – 2.3 Causas de internamento	52
Quadro A.7 – 3.1 Duração média de internamento.....	52
Quadro A.8 – 4.1 Destino dos utentes após a alta da Unidade de Internamento	52
Quadro A.9 – 4.2 Caso o destino seja o domicílio, os cuidados são prestados por quem?	53
Quadro A.10 – 4.3 Apoio que os utentes continuam a necessitar.....	53
Quadro A.11 – 4.6 Percentagem das ações de formação bem-sucedidas.....	54
Quadro A.12 – 4.7 Após a alta médica, existe acompanhamento do doente pela unidade de saúde?	54
Quadro A.13 – 4.8 Existe avaliação desse acompanhamento?.....	54
Quadro A.14 – 4.9 Segundo a sua opinião, qual a percentagem de reinternamento?	54
Quadro A.15 – 4.11 Ações para diminuir a taxa de reinternamento.....	55
Quadro A.16 – 5.3 Existe procura não satisfeita por parte dos doentes?	55
Quadro A.17 – 5.4 Dos doentes internados atualmente na unidade, qual a percentagem dos doentes que já estão em condições para serem tratados na sua residência?	56
Quadro A.18 – 5.5 Qual a razão para esses doentes ainda não terem sido encaminhados para o domicílio?	56
Quadro A.19 – 5.6.1 Reforço dos cuidados domiciliários – medidas propostas.....	57
Quadro A.20 – 6.1 Considera benéfico que os doentes sejam tratados no domicílio?	57
Quadro A.21 – 6.1.1 Se sim, quais os benefícios daí resultantes?.....	57
Quadro A.22 – 6.2 Os cuidadores informais disponibilizam-se com facilidade para cuidar dos doentes?	58
Quadro A.23 – 6.2.1 Se não, qual a razão para não cuidar e que tipo de incentivos são necessários para que eles cuidem?.....	58
Quadro A.24 – 7.1 O financiamento da Unidade provem de:.....	58
Quadro A.25 – 7.2 Percentagem de doentes fora da rede por não possuir recursos financeiros suficientes?.....	59
Quadro A.26 – 8.1 A articulação dos cuidados continuados com os cuidados de saúde primários e agudos é eficiente?	59
Quadro A.27 – 8.1.1 Se não, o que deverá ser feito para promover uma melhor comunicação e articulação entre os diferentes cuidados de saúde?	59
Quadro A.28 – 8.2 Qual o impacto fundamental que esta melhor integração teria?	60

1. INTRODUÇÃO

Portugal tem assistido a profundas mudanças epidemiológicas e sociodemográficas, nomeadamente no que toca à diminuição da mortalidade e da natalidade, que, aliadas ao ganho de longevidade em idades mais avançadas e às melhorias ao nível da morbilidade, têm contribuído para o envelhecimento da população (DGS, 2004).

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para dar resposta à pressão exercida pela população idosa no Serviço Nacional de Saúde, consubstanciada na insuficiência de meios para satisfazer as suas necessidades (doenças crónicas e fragilidades geriátricas) e no prolongamento desnecessário do internamento em unidades hospitalares de cuidados agudos (Simões et al, 2008).

A Rede, segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, tem como objetivos o tratamento, sempre que possível, das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, e o apoio aos cuidadores informais, com enfoque na família.

De acordo com Colombo et al (2011), fatores como o envelhecimento populacional, alterações no modelo tradicional familiar, as expectativas dos utentes e o processo de transformação digital colocarão sobre pressão os sistemas de cuidados continuados, prevendo a OCDE (2005) que os gastos mais do que dupliquem até 2050.

No centro do debate político europeu, Portugal incluído, tem estado presente a preocupação com a sustentabilidade dos sistemas de cuidados continuados (Comissão Europeia, 2015a). A tendência observada na Europa reflete-se na transferência dos cuidados em ambiente institucional para o ambiente domiciliário, reconhecendo o papel que os cuidadores informais desempenham neste processo (Genet et al, 2012).

O Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019 surge, neste contexto, como a resposta do Governo aos problemas que a Rede enfrenta, o qual defende a

reformulação do modelo existente, tendo como pilares estratégicos a domiciliação dos cuidados e os cuidadores informais (MS & MTSSS, 2016).

A presente dissertação tem como objetivo principal verificar a existência de condições para os utentes serem tratados no domicílio, sob a perspetiva dos responsáveis das Unidades de Internamento, confrontando com o que é referido no Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019. Complementarmente, avaliar-se-á a forma como os cuidadores informais, o financiamento e a articulação podem contribuir para o sucesso da aposta nos cuidados domiciliários, relevando as repercussões que a mesma pode ter ao nível da sustentabilidade do sistema.

Em primeiro lugar, avaliar-se-á o momento atual dos cuidados continuados domiciliários e os cuidadores informais, sob a perspetiva de quem está envolvido diretamente na direção técnica de uma Unidade de Internamento, recolhendo igualmente a sua opinião sobre o modelo de financiamento e a articulação e integração existente entre os diferentes tipos de cuidados. Em segundo lugar, tendo presente as boas práticas europeias, confrontar-se-á os resultados do inquérito com as ações propostas no Plano, de forma a verificar se respondem às questões levantadas pelos inquiridos e se estão criadas as condições para que a aposta nos cuidados domiciliários seja um sucesso.

A dissertação está dividida da forma como se segue. Após a introdução, onde constam os objetivos, procede-se a uma revisão da literatura relevante para o presente estudo, abordando a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a articulação e integração de cuidados e o Plano de Desenvolvimento da RNCCI. O ponto seguinte centra-se na análise empírica (metodologia usada e processo de seleção da amostra) e na apresentação, análise e discussão dos resultados. Por último, enunciam-se as conclusões, as limitações e sugestões para futuras investigações.

2. CUIDADOS CONTINUADOS EM PORTUGAL

O presente capítulo encerra uma redesenha histórica dos Cuidados Continuados em Portugal. Num primeiro momento, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) será o tema central. A definição de Cuidados Continuados, a evolução da Rede, desde a sua criação até ao presente momento, os objetivos propostos, passando pela forma como está organizada e é financiada, constarão entre os tópicos abordados.

Num segundo momento, procede-se a uma análise ao Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019, elaborado pelo Governo, identificando as razões que estiveram na sua origem e as ações propostas por este, com especial relevo nos cuidados domiciliários.

2.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

2.1.1 Definição

De acordo com a al. a) do art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, Cuidados Continuados Integrados (CCI) definem-se como o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Por sua vez, o n.º 1 do art.º 2.º refere que a RNCCI é “constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais”.

Na União Europeia é utilizada a terminologia Cuidados de Longa Duração, definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, p. 7) como sendo “atividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para autocuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores informais e formais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros, bem como voluntários”.

A RNCCI tem um carácter preventivo e de reabilitação, garantindo a continuidade dos cuidados. Visa contribuir para um Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais eficiente e menos oneroso, ao proceder ao encaminhamento de doentes crónicos do Hospital para a Rede, reduzindo a sua permanência, libertando assim as camas para o internamento de casos agudos.

2.1.2 Evolução histórica

O sistema de saúde português passou por alterações profundas nos últimos anos, tendo sempre presente o modelo social definido na Constituição, com reformas significativas, como é o caso dos cuidados continuados integrados (Simões et al, 2008).

O Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro, criou a rede de prestação de cuidados continuados de saúde, numa primeira tentativa de articulação dos diferentes tipos de cuidados, pressupondo um modelo de intervenção complementar, envolvendo diferentes atores (setor público, privado e social) na prestação de cuidados continuados, sendo a família um elemento essencial em todo este processo (cf. art.º 4.º e 6.º).

Em 2004 foi assinado um Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e a União das Misericórdias Portuguesas. Tendo por objetivo “libertar” hospitais, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) contratualizaram um número de camas com as Misericórdias, suscetíveis de serem ocupadas por doentes procedentes dos

hospitais, pagando um valor por cada doente internado e metade desse valor por cada cama contratualizada não ocupada (SEP, 2006).

O Protocolo foi suspenso, em 2005, pelo Ministério da Saúde devido à “necessidade de articular e de aproveitar os meios e os recursos disponíveis face à limitada utilização da capacidade instalada e previamente contratualizada” (OPSS, 2006, p. 115).

Face ao fracasso das experiências anteriores, o XVII Governo Constitucional definiu como meta, no seu Programa de Governo, a instauração de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde e de políticas de segurança social, surgindo em 2006, com a aprovação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no qual constam os objetivos, as competências, a composição, a tipologia de resposta e o modelo de coordenação.

Sob a tutela do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social (MTSSS), a Rede procurou dar resposta ao aumento da procura por parte de pessoas que padecem de doença crónica ou revelam algum tipo de dependência (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A implementação da RNCCI foi estruturada em três fases, com um horizonte temporal de 10 anos, definindo metas com base no critério de cobertura populacional das necessidades de cuidados continuados, propondo-se atingir 30% de cobertura entre 2006-2008, 60% entre 2009-2012 e, por fim, chegar aos 100% entre 2013-2016 (UMCCI, 2009).

As últimas alterações tiveram lugar em 2015 - integração dos CCI de saúde mental e autonomização das unidades e equipas de cuidados paliativos, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, assegurando no entanto a necessária articulação com a RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei

n.º 136/2015, de 28 de julho); e a integração dos CCI pediátricos (Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro).

2.1.3 Objetivos

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem como objetivo principal garantir a prestação de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência, encontrando-se os objetivos específicos definidos no n.º 2 do art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho, a saber:

a) melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência (vertente saúde e social), por intermédio da progressiva cobertura a nível nacional, promovendo a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

b) manutenção das pessoas, com dependência ou em risco de a perder, no domicílio, desde que os serviços prestados sejam suficientes para garantir a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, envolvendo e apoiando os cuidadores informais (família incluída), na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.

2.1.4 Tipologias de resposta

Os Cuidados Continuados Integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de Segurança Social e a sua prestação é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (Figura 1), sendo a coordenação assegurada pelas Equipas Coordenadoras Regionais e Locais (cf. art.º 9.º e 12.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

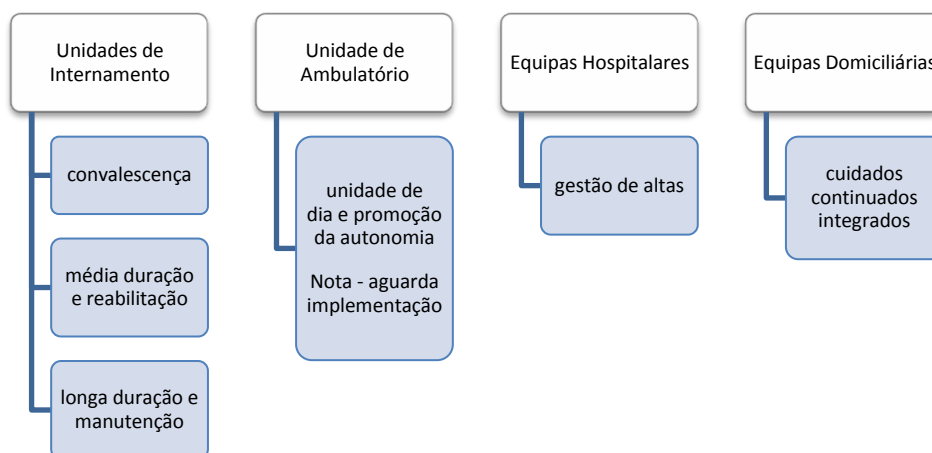


FIGURA 1 – TIPOLOGIA DA RNCCI

Fonte: Elaboração própria com base no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

As Unidades de Convalescença (UC) funcionam como unidades independentes, integradas ou não num hospital de agudos, tendo por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Destinam-se a pessoas que estejam em fase de recuperação de um processo agudo ou de um problema crónico recorrente, que não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, cujo internamento tem uma previsibilidade até 30 dias (cf. art.º 13.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) são unidades com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos, prestando cuidados de saúde, de reabilitação e apoio psicossocial, respondendo a necessidades transitórias decorrentes de recuperação de processo agudo ou descompensação de processo crónico, com o período de internamento entre os 30 e 90 dias (cf. art.º 15.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) são unidades de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, que prestam apoio social e cuidados de saúde a pessoas com processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnem condições para serem cuidadas em

casa. Visam prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência, num período de internamento superior a 90 dias (cf. art.º 17.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

As Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia, que aguardam ainda implementação, destinam-se à prestação de cuidados integrados de suporte, a pessoas com diferentes níveis de dependência, que não reúnem as condições necessárias para serem tratadas em casa (cf. art.º 21.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

As Equipas de Gestão de Altas são equipas multidisciplinares que se encontram num hospital de agudos, integrando pelo menos um médico, um enfermeiro e um assistente social, cuja função consiste na preparação, validação e gestão das altas, dos doentes que requerem continuidade de cuidados, quer em regime de internamento quer de ambulatório (cf. art.º 23.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são equipas multidisciplinares, da responsabilidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das entidades de apoio social, que prestam apoio domiciliário, quer cuidados de saúde primários quer de suporte social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, mas cuja situação não requeira internamento (cf. art.º 27.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

A articulação entre os diferentes tipos de cuidados, nomeadamente a referenciação de utentes pelos hospitais e centros de saúde, para posterior ingresso na RNCCI, é da competência das Equipas Coordenadoras Locais, as quais decidem se os utentes reúnem as condições necessárias e qual a tipologia mais adequada ao seu estado de saúde (UMCCI, 2009). Para além disso, asseguram, “após a alta dos utentes, e consoante os casos, a sua admissão em outra unidade ou equipa da Rede ou a preparação do regresso ao seu domicílio” (ERS, 2015, p. 53).

Portugal tinha, em 31 de dezembro de 2015, 7.481 camas contratadas referentes a Unidades de Internamento (UI), das quais 59% em ULDM. As ECCI tinham capacidade para tratar 6.585 utentes que necessitassem de cuidados continuados domiciliários, expressos nos 6.585 lugares disponíveis (Quadro I).

QUADRO I

CARACTERIZAÇÃO DA RNCCI

		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total
Nº de habitantes - Idade ≥ 65 anos		631.439	393.338	696.815	128.427	87.769	1.937.788
Nº Lugares:	ECCI	1.673	1.062	2.136	549	1.165	6.585
Nº de Camas:	UC	157	236	167	135	69	764
	UMDR	619	719	673	186	109	2.306
	ULDM	1.360	1.247	1.041	425	338	4.411
	Total	2.136	2.202	1.881	746	516	7.481
Nº Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ 65 anos		265	270	307	427	1.327	340
Nº Camas por 100.000 hab. ≥ 65 anos		338	560	270	581	588	386

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, 2015a) / INE (Censos 2011)

As respostas de internamento da RNCCI têm por base acordos de prestação de serviços, onde as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com especial destaque para as Santas Casas da Misericórdia (SCM), assumem a maior fatia com 247 acordos celebrados em junho de 2015 (77,4%), traduzindo-se na contratação de 5.570 camas (76,2%), como se pode ver no Quadro II.

QUADRO II

ACORDOS CELEBRADOS E ENTIDADES PRESTADORAS

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de camas Contratadas	% camas por acordos celebrados
		30.06.15		30.06.15	
SNS		15	4,7%	299	4,1%
IPSS	SCM	173	54,2%	3.723	50,9%
	Outras	74	23,2%	1.847	25,3%
Total IPSS		247	77,4%	5.570	76,2%
Privada com fins lucrativos		57	17,9%	1.442	19,7%
TOTAL		319		7.311	

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, 2015b)

2.1.5 Financiamento

O financiamento resume-se, de uma forma simples, à origem do dinheiro para suportar as despesas de saúde (Barros, 2013). Os sistemas de cuidados continuados têm na sua base mecanismos *ex ante* e *ex post*, cujas formas de financiamento são vistas geralmente como substitutas, combinadas entre si na maioria dos países, sendo no caso português de 50-50 (Costa-Font et al, 2015a).

O traço distintivo é o momento da dependência. Os mecanismos *ex ante* reúnem as medidas tomadas antes do início da dependência (por exemplo, seguros, públicos ou privados, e poupanças), ao passo que os mecanismos *ex post* incluem medidas tomadas após o início da dependência (por exemplo, património particular, apoio familiar e subsídios estatais, tendo como fonte os impostos e a riqueza) (Costa-Font et al, 2015a).

Em Portugal, o sistema de saúde português tem na sua base diferentes modelos de financiamento: SNS, através da coleta de imposto (via Orçamento de Estado); seguro social público e privado, por contribuições obrigatórias dos beneficiários; seguros de saúde privados; e despesas privadas dos utentes (Barros et al, 2011).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, refere no art.º 46 que o “financiamento das unidades e equipas da Rede depende das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva mediante modelo de financiamento próprio”.

O financiamento da RNCCI é assegurado pelo Orçamento de Estado, pela arrecadação de verbas oriundas dos jogos sociais da SCM de Lisboa e pelas contribuições dos utentes e famílias, no que respeita às despesas de apoio social, de forma proporcional aos seus rendimentos. Os copagamentos dos utentes e famílias respondem por 45% do financiamento da Rede (Costa-Font et al, 2015a).

O Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 44/2011, de 24 de março, e pelo Decreto-Lei n.º 106/2011, de 21 de outubro, estabelece no art.º 3.º a forma de repartição dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais da Santa Casa. O MS é responsável por 16,44% dos resultados, dos quais 55% se destinam à RNCCI (cf. al. a) do art.º 2.º da Portaria n.º 37/2016, de 4 de março, alterada pela Portaria n.º 193/2016, de 18 de julho). Por sua vez, o MTSSS é responsável por 33,33%, montante esse afeto ao financiamento de ações que se destinam, designadamente, a melhorar condições de vida das pessoas idosas e das pessoas com dependência.

Os utentes da RNCCI suportam apenas os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas UMDR e ULDM, podendo ser comparticipados pela Segurança Social mediante prova de rendimentos do agregado familiar, cujas condições encontram-se definidas pelo Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 23613/2009, de 28 de outubro.

A Portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto aprovou os preços a pagar às entidades prestadoras que pertencem à RNCCI, conforme está descrito no Quadro III, definidos por dia e por utente, revistos anualmente em função da taxa de inflação do ano anterior.

QUADRO III

TABELA DE PREÇOS RNCCI - 2015

Unidades de Internamento	Encargos com cuidados de saúde	Outros Encargos (medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso)	Encargos com cuidados de apoio social	Encargos com utilização de fraldas	Total
I – Diárias de internamento por utente (€)					
UC	90,46	15			105,46
UMDR	55,75	12	19,81		87,56
ULDM	18,61	10	30,34	1,24	60,19

Fonte: Portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto

As UMDR, as ULDM e as ECCI, dependendo da tipologia dos cuidados prestados, são financiadas pelos orçamentos, quer das ARS (cuidados de saúde), quer dos organismos do MTSSS (cuidados de apoio social), enquanto as UC são financiadas exclusivamente pelo MS (art.º 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

2.2 Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019

O Plano de Desenvolvimento da RNCCI, proposto pelo Governo em março de 2016, disponível no portal do SNS, deriva da preocupação com a “Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência”, patente no Programa do XXI Governo Constitucional (p. 98).

Tendo passado dez anos desde a sua criação, o Governo considerou ser importante proceder a uma avaliação da situação atual da RNCCI, com o objetivo de retomar o investimento e de promover a sua expansão, procurando dar novas respostas ao envelhecimento e às necessidades das pessoas em situação de dependência, criando novos modelos e reformando os já existentes.

Entre as principais conclusões da avaliação, consta a insuficiência de camas/lugares nas grandes cidades, com especial destaque para Lisboa e Vale do Tejo, com reflexo no número de utentes em lista de espera, na sobrecarga dos hospitais e respetivos custos, comprovado pelo facto do custo médio diário hospitalar, que em 2008 ascendeu a 403 euros, ser significativamente maior que o custo médio diário na RNCCI, que foi de 81 euros no 1º semestre de 2009 (Costa, 2010).

Outras conclusões importantes, com influência significativa na sustentabilidade económico-financeira da RNCCI, prendem-se com a maior oferta de cuidados institucionais, em detrimento dos domiciliários, opção financeiramente mais onerosa,

conforme é visível no Quadro IV, e com a ausência de reconhecimento formal do papel que os cuidadores informais desempenham na Rede, com exceção da possibilidade de faltarem ao trabalho para assistência à família, de acordo com o artigo n.º 252 do Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro).

QUADRO IV

CUSTOS MÉDIOS DA RNCCI NO 1º SEMESTRE DE 2009

Custo médio por:	Custo médio
Utente assistido numa unidade prestadora da RNCCI	3.435 €
Utente assistido por uma ECCI	1.796 €
Mês de uma cama de internamento na RNCCI	2.166 €
Mês de um lugar domiciliário na RNCCI	136 €
Dia de uma cama de internamento na RNCCI	81 €

Fonte: UMCCI (Lopes et al, 2010, p. 69)

De forma a solucionar as questões retratadas na avaliação efetuada à RNCCI, o Governo elaborou o presente Plano de Desenvolvimento, tendo como referência as boas práticas que têm sido implementadas a este nível em diversos países europeus, nos quais se tem observado “uma tendência geral de transição dos cuidados institucionais (...) para o desenvolvimento de cuidados personalizados no domicílio e num ambiente comunitário” (Comissão Europeia, 2008, p. 5), com os cuidadores familiares no centro das políticas implementadas (Colombo et al, 2011).

Também foram tidos em consideração os consensos definidos pela Organização Mundial de Saúde, que, no que respeita aos cuidadores, refere “a necessidade de integrar os sistemas formais e informais” bem como a prestação de “apoio estruturado aos cuidadores informais”, nas reformas que se pretendam implementar nos sistemas de cuidados continuados (MS & MTSSS, 2016, p.11).

A sustentabilidade dos sistemas de cuidados continuados tem estado também no centro do debate político. O envelhecimento da população europeia é notório, prevendo-

se que nas próximas décadas duplique a percentagem da população com idade de 80 anos ou mais, com reflexo no aumento da procura por serviços de cuidados continuados, esperando que, até 2050, os gastos mais do que dupliquem (Colombo & Mercier, 2011).

O Plano, identificando que os cuidados domiciliários não têm tido a atenção merecida, evidencia uma aposta clara no seu reforço, ao contrário do que vinha acontecendo até então, reconhecendo ao mesmo tempo o papel dos cuidadores informais. O aumento de camas e lugares na região de Lisboa e Vale do Tejo, o reforço das ECCI e a criação do Estatuto de Cuidador Informal constam entre as ações a concretizar no período 2016-2019.

A Assembleia da República, a exemplo do que se tem feito em outros países, recomenda ao Governo, na Resolução n.º 130/2016, de 18 de julho, várias medidas de apoio aos cuidadores informais, nomeadamente benefícios fiscais, descanso do cuidador, horários de trabalho flexíveis, formação e atribuição de apoios diretos, na lógica de que, conforme expresso no número 6 da Resolução, “a não institucionalização significa objetivamente uma poupança de recursos públicos”.

O Plano não ilustra a forma como pretende implementar o Estatuto do Cuidador Informal, não sendo possível determinar se o Governo, no apoio que pretende prestar aos cuidadores informais, irá contemplar as propostas da Assembleia da República ou adotar, como modelo, algumas das medidas implementadas em outros países europeus.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo encerra uma breve revisão da literatura, na qual se procede a uma descrição sumária dos diferentes tipos de cuidados bem como das várias formas possíveis de articulação e integração de cuidados.

3.1 Tipologia de Cuidados

Regra geral, os cuidados continuados são prestados formalmente, em instituições ou no domicílio, ou informalmente (Comissão Europeia, 2015b). Os cuidados institucionais, como o próprio nome indica, são prestados numa instituição, enquanto nos cuidados domiciliários a prestação é feita na casa do utente (OCDE, 2005).

O cuidado formal é prestado por profissionais qualificados, remunerados, ao abrigo de um contrato e horário de trabalho, controlado pelo Estado ou outras organizações. O cuidado informal é prestado pela família, amigos e vizinhos, sem qualquer vínculo laboral, não remunerado e sem limite de tempo (Triantafillou et al, 2010).

O tipo de prestação de cuidados difere de país para país, com predomínio dos cuidados informais no Sul da Europa e dos formais nos países Nórdicos, o que pode ser explicado pelo nível de apoio estatal dado (Lyberaki, et al, 2013). Entre os países europeus, Portugal é o que “tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais (...) e uma das menores taxa de cobertura de cuidados formais” (ERS, 2015, p. 1).

3.2 Articulação e Integração de Cuidados

A articulação e integração surgem como conceitos chave na definição atual das políticas de saúde, como resultado da pressão crescente sobre a racionalização de recursos aliada aos novos padrões de doença e expectativas por parte da população (Contandriopoulos et al, 2003).

Os cuidados de saúde, outrora limitados, isolados, dispersos, descontínuos e virados para o indivíduo, passam a ser integrados num sistema global, hierarquizado, complementar e contínuo, assente na dupla lógica de eficácia dos processos e da eficiência do sistema, numa perspetiva comunitária.

In Silva & Delgado (1985), p. 13.

O artigo 8º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, refere que o modelo de intervenção da Rede tem como pilares a integração com cuidados de saúde (cuidados hospitalares agudos e cuidados de saúde primários) e a articulação de ação dos vários atores que integram a RNCCI.

A Integração é vista como a coordenação de cuidados entre diversos profissionais, organizações e setores de saúde que intervêm ao longo do processo da doença (Santana et al, 2014), com reflexo na melhoria global dos serviços (Gröne & Garcia-Barbero, 2001), podendo dividir-se em:

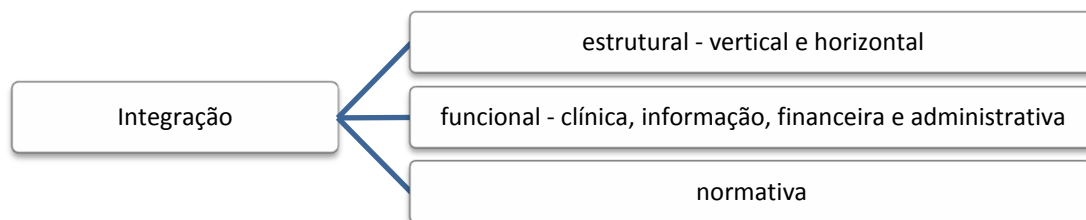


FIGURA 2 – TIPOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

(adaptado de Santana & Costa, 2008)

Na ótica de Sobczak (2002), integração estrutural é quando organizações grandes e complexas trabalham em conjunto, sendo capazes de executar várias tarefas de forma a alcançar sinergias. A integração horizontal une entidades que prestam o mesmo tipo de cuidados de saúde, fomentando a colaboração e a comunicação entre elas, enquanto a integração vertical é entendida como sendo a gestão conjunta de diferentes níveis de cuidados de saúde (por exemplo cuidados primários, secundários e especializados) (Nolte & Pitchforth, 2014).

A integração funcional tem como objetivo criar uma estrutura comum que coordena as funções de *back-office* dos diferentes sistemas de financiamento, informação e gestão (Contandriopoulos et al, 2003). Engloba a integração clínica, de informação, financeira e administrativa.

A integração clínica define-se como “a extensão em que os serviços de atendimento ao paciente são coordenados entre os vários profissionais, funções, atividades e unidades operacionais de um sistema” (Shortell et al, 1994, p. 52), abrangendo a prestação de cuidados uniformes ao longo do seu percurso dentro do sistema de saúde (Rosen et al, 2011).

A integração de informação promove o tratamento de dados e informação, através de sistemas de informação clínicos, de modo a acrescentar valor e conhecimento à entidade e aos seus utentes. De acordo com Saultz (2003), garante a continuidade da informação médica e social do utente pelos diferentes locais e prestadores de cuidados.

Para Santana & Costa (2008), integração financeira é a forma como se coordenam atividades na obtenção de financiamento e na aplicação eficiente do mesmo, ao passo que integração administrativa significa que, dentro do sistema, diferentes unidades adotam procedimentos administrativos comuns e centralizam os procedimentos logísticos, de forma a tirar vantagem no processo de negociação.

Na integração normativa, as organizações, grupos profissionais e indivíduos compartilham o desenvolvimento e manutenção de um quadro comum de referência (missão, visão, valores, cultura e normas) (Valentijn et al, 2013).

Portugal tem seguido como modelo quer a integração horizontal – exemplo da criação dos Centros Hospitalares, onde unidades hospitalares autónomas fundem-se numa única entidade jurídica, quer a integração vertical - vê-se na definição de três níveis de cuidados: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares de Agudos e Cuidados de Saúde Continuados (Santana & Costa, 2008).

A articulação de cuidados compreende a forma como, diferentes entidades, públicas ou privadas, formais ou informais, articulam a sua ação de forma a garantir a satisfação

das necessidades dos utentes em termos de cuidados de saúde (Bilro, 2004), traduzindo-se na garantia da continuidade de cuidados, na melhoria de respostas oferecidas, numa intervenção social mais eficaz e na rentabilização dos recursos existentes (Maria, 2000).

A RNCCI caracteriza-se por respostas intersectoriais, refletidas em parcerias entre SNS, instituições privadas, misericórdias, instituições particulares de solidariedade social, entre outros, e pelo envolvimento de profissionais de várias especialidades.

4. METODOLOGIA E RESULTADOS

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2003, p. 31) “uma investigação (...) é um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal”.

Neste capítulo descreve-se a metodologia usada, na qual são definidos os objetivos, a população, o processo de seleção da amostra e a descrição do instrumento de recolha de dados. Segue-se a análise e o tratamento dos resultados, utilizando para o efeito o Excel, concluindo com a discussão dos resultados, de forma a dar resposta aos objetivos propostos.

4.1 Objetivos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI tem como objetivos o tratamento, sempre que possível, das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, e o apoio aos cuidadores informais, com especial enfoque na família, objetivos esses com peso reforçado no Plano de Desenvolvimento proposto pelo Governo para 2016-2019.

A sustentabilidade dos sistemas de cuidados continuados tem estado no centro do debate político na maioria dos países europeus (Mosca et al, 2016), constituindo os cuidados domiciliários e os cuidadores informais as principais apostas das políticas europeias, implementadas e a implementar.

A presente dissertação tem como objetivo principal verificar se, mediante a avaliação feita por quem está envolvido na direção técnica das UI, existem efetivamente condições para que os utentes sejam tratados no seu domicílio e, caso não haja, se o Plano de Desenvolvimento, proposto pelo Governo, promove ações para que tal se concretize, relevando as implicações económicas na sustentabilidade do sistema de cuidados continuados.

De acordo com o objetivo geral enunciado no parágrafo anterior estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil dos utentes, tentando perceber até que ponto influencia a prestação dos cuidados domiciliários;
- Perceber qual é o papel da família no contexto dos cuidados domiciliários;
- Como é que o financiamento e a articulação podem contribuir para o sucesso da aposta nos cuidados domiciliários.

4.2 Análise Metodológica

4.2.1 Universo e construção da amostra

A população alvo é constituída pelas UI que integram a RNCCI em Portugal Continental, mormente as UC, UMDR e ULDM. A definição e seleção da amostra tiveram por base o processo de amostragem não probabilística – amostra por quotas.

A amostragem é não probabilística dado que a seleção não é aleatória, existindo uma escolha deliberada por parte do investigador, não tendo todas as Unidades a mesma probabilidade de serem escolhidas. A amostra por quotas é utilizada quando, não sendo possível garantir a representatividade, estão incluídos todos os grupos que compõem a população (Coutinho, 2013).

A amostra inicial é constituída por uma seleção de UI, que juntas totalizam 749 camas, correspondendo a 10% da capacidade instalada (7.481 camas, de acordo com o Quadro I, p. 9). A distribuição foi feita segundo dois prismas:

- por tipologia de Unidade de Internamento;
- por ARS, de acordo com a proporção de idosos de cada região (65 e mais anos) no conjunto da população idosa em Portugal Continental (Censos 2011).

No processo de seleção teve-se a preocupação de que todas as entidades promotoras e gestoras, com exceção das de cariz público, estivessem representadas, nomeadamente as SCM, as IPSS e as Entidades Privadas com fins lucrativos.

Após aplicação das condições acima mencionadas, a amostra final, devido ao processo de envio dos questionários, é constituída por 35 UI, num total de 840 camas, cuja distribuição encontra-se espelhada no quadro seguinte:

QUADRO V

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TIPOLOGIA DE UI E POR ARS

Amostra		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total	
							N.º	%
UC	N	2	1	1	1	1	6	17,1
	n.º camas	42	22	12	21	19	116	13,8
UMDR	N	3	2	4	2	1	12	34,3
	n.º camas	85	45	76	41	33	280	33,3
ULDM	N	6	4	4	1	2	17	48,6
	n.º camas	148	118	109	30	39	444	52,9
Total	N	11	7	9	4	4	35	100,0
	n.º camas	275	185	197	92	91	840	100,0

UC – Unidade de Convalescência

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

4.2.2 Método e instrumento de recolha de dados

O método escolhido no processo de levantamento empírico dos dados foi o questionário, técnica de observação não participante e autonomizada, que resulta de perguntas elaboradas a um conjunto de indivíduos, com determinada forma e ordem prévia estritamente programada (Almeida & Pinto, 1990).

O questionário, que consta no Anexo 1 – Questionário, é constituído por 8 grupos, num total de 36 questões, de resposta fechada, semiaberta e aberta, distribuídas pelas seguintes secções:

- caracterização das Unidades de Internamento – capacidade de resposta, taxa de ocupação e lista de espera (grupo 1); duração média do internamento (grupo 3);
- caracterização dos utentes – género, idade e causas de internamento (grupo 2);
- situação do utente após alta da Unidade – pós-alta (grupo 4); cuidados domiciliários (grupo 5); papel dos cuidadores informais (grupo 6);
- financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (grupo 7);
- articulação e integração dos cuidados continuados com os cuidados de saúde primários e hospitalares de agudos (grupo 8).

A seleção dos inquiridos incidiu sobre as pessoas que, de algum modo, estão diretamente envolvidas na direção técnica da UI, justificada pelo facto destas possuírem conhecimentos profundos sobre o funcionamento, a gestão e a organização da Unidade dado o cargo que ocupam. Contactaram-se telefonicamente as UI, de forma a apresentar o estudo e obter o endereço de correio eletrónico para posterior envio do questionário.

O questionário foi disponibilizado online via plataforma *LimeSurvey*. Face ao número de não respostas observadas no decorrer deste processo, procedeu-se à seleção de novas Unidades, em substituição das anteriores. Adicionalmente, foram enviados lembretes e efetuados contactos telefónicos com as Unidades que tinham o questionário incompleto e por submeter.

No total de 159 questionários enviados, obtiveram-se 52 respostas. Dos questionários respondidos, foram considerados válidos 35 (penúltima linha, Quadro V), tendo os restantes 17 sido excluídos pelo facto de não terem qualquer resposta ou estarem muito incompletos. A informação foi recolhida entre os dias 29 de junho a 31 de agosto de 2016, tendo sido tratada de forma confidencial e anónima, sendo usada apenas para os propósitos da investigação.

4.3 Apresentação e análise dos resultados

Importa referir que todos os dados referenciados neste subcapítulo encontram-se nos quadros presentes no Anexo 2 – Resultados do questionário.

4.3.1 Caracterização das Unidades de Internamento

O número médio de camas nas Unidades inquiridas é de 24 camas, assim distribuídas: UC - 20 camas, UMDR - 24 camas e ULDM - 27 camas (Quadro A.1). A taxa média de ocupação é de 96,4%, com os valores a oscilarem entre os 80,0% e 100,0%, sendo mais elevada nas ULDM (97,8%), seguido pelas UMDR (96,1%) e UC (93,2%) (Quadro A.2/Figura A.1). Das Unidades inquiridas, 94,3% assinalaram a existência de lista de espera (utentes referenciados pelas Equipas referenciadoras, existentes nos Hospitais e Centros de Saúde, os quais aguardam vaga para ingressar na RNCCI) (Quadro A.3).

Por sua vez, a duração média de internamento distribui-se da seguinte forma: 32 dias nas UC, 90 nas UMDR e 182 nas ULDM (Quadro A.7). De notar a não resposta de 4 UMDR e a exclusão de 2 respostas das ULDM, pelo facto destas serem consideradas *outliers*¹ (com a inclusão dos *outliers*, a duração média nas ULDM seria de 261 dias).

4.3.2 Caracterização do perfil dos utentes

Analisando as estatísticas relativas ao género, constatou-se que, dos utentes internados presentemente nas Unidades, 59,2% são do género feminino e 40,8% do género masculino. De salientar uma discrepância maior nas UC, com o género feminino a totalizar 64,8% e o género masculino 35,2% (Quadro A.4).

¹“*Outlier* é uma observação que se desvia tanto de outras observações que desperta suspeitas de ter sido gerada por um mecanismo diferente” (Hawkins, 1980, p. 1).

Relativamente à idade, e tendo presente que a maior parte das pessoas internadas tem mais de 65 anos², fez-se a distribuição em 4 faixas etárias, a saber: até aos 64 anos, dos 65 até 75, dos 76 até 85 e mais de 85 anos. A faixa etária 76-85 é a mais representada, com 33,4% dos utentes, situação que se repete quando a análise é feita por tipologia de UI (UC – 38,9%, UMDR – 26,5% e ULDM – 35,8%) (Quadro A.5).

No âmbito das causas de internamento, a principal causa é a Dependência de Atividades da Vida Diária (AVD), com 36,2%, seguido de Reabilitação (21,3%) e por Doença Vascular (10,2%) (Quadro A.6). As respostas dadas identificaram mais do que uma causa de internamento, o que pode indicar a existência de relação entre elas. Por exemplo, uma pessoa que sofra um acidente vascular tem grande probabilidade de necessitar de cuidados de reabilitação e de ajuda nas AVD.

4.3.3 Apresentação de Resultados

4.3.3.1 Pós-alta da Unidade de Internamento

Nas questões 4.1, 4.2 e 4.3, foi solicitado às Unidades para ordenar as várias opções de resposta, por grau de frequência. Relativamente ao destino do doente, após alta, questão 4.1, as Unidades escolheram a “Residência Habitual” como sendo o destino mais frequente (37,1%), seguido por “Casa de Familiares” e “Lar” (Quadro A.8/Figura A.2). Como “Outro” destino, 8 Unidades referem as “transferências para outras Unidades de Cuidados Continuados Integrados”.

No caso de o destino ser o domicílio, questão 4.2, os principais cuidadores são a “Família” (82,8%), aos quais se seguem os “Profissionais de IPSS” e os “Profissionais do Centro de Saúde” (Quadro A.9/Figura A.3). Quanto ao apoio que os utentes continuam a necessitar, questão 4.3, temos, por grau de importância, “Ajuda para

² De acordo com o “Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2015” (ACSS, 2015b), 84,5% dos utentes internados têm idade superior a 65 anos.

atividades de vida diária”, “Prestação de outros cuidados de saúde” e “Prestação de Cuidados de Enfermagem” (Quadro A.10/Figura A.4).

As 35 Unidades afirmam que os utentes são ensinados a cuidarem-se e que os cuidadores são instruídos da forma como os devem cuidar. 28 Unidades consideram que, em média, 76,7% das ações de formação são bem-sucedidas (Quadro A.11).

Questionadas sobre se o doente continua a ser acompanhado pela Unidade de Saúde, nomeadamente pelas ECCI, 37,1% das Unidades referem que sim (Quadro A.12). Por sua vez, 77,1% afirmam que esse acompanhamento não é alvo de avaliação (Quadro A.13).

A taxa média de reinternamentos é de 18,1%, sendo de 3,0% nas UC, 18,8% nas UMDR e de 21,9% nas ULDM (Quadro A.14). Das 27 Unidades que responderam à questão “Qual a percentagem de reinternamento?”, 37,0% consideram os valores elevados face a 63,0% que não partilham da mesma opinião (Figura A.5).

Não obstante a taxa média de reinternamento ser considerada baixa, as Unidades referem várias ações que podem contribuir para a sua diminuição (Quadro A.15), sendo de destacar:

- melhorar o acompanhamento domiciliário pelas ECCI;
- maior participação e comparticipação nas respostas sociais da comunidade.

4.3.3.2 Apoio da unidade aos cuidados domiciliários

Relativamente à existência de procura não satisfeita dos utentes, apenas 23 Unidades de Internamento responderam, das quais 73,9% negativamente (Quadro A.16).

Em média, 24,2% dos utentes internados reúnem condições para terem alta, com os valores a divergirem entre os diferentes tipos de Unidade de Internamento (UC - 11,7%,

UMDR - 21,6%, ULDM - 30,2%) (Quadro A.17). Entre as razões assinaladas para os utentes continuarem na Unidade, consta, como principal razão, a “Ausência de cuidador” (60,0%), seguida pela “Escassez de recursos humanos”, “Condição financeira” e “Condições da habitação” (Quadro A.18/Figura A.6).

As Unidades referem ainda, como outros motivos, a insuficiência da resposta do setor social, a incapacidade das ECCI em responder a todos os pedidos e a formação atual prestada aos cuidadores e utentes no âmbito da preparação de alta.

Quando questionadas sobre se os cuidados domiciliários deviam ter maior apoio, apenas 29 UI responderam, das quais 89,7% afirmativamente (Figura A.7), referindo várias medidas que se podiam implementar (Quadro A.19), designadamente:

- garantir a multidisciplinariedade das ECCI, reforçando-as e aumentando o horário de atendimento;
- estimular e apoiar as iniciativas do setor social;
- garantir apoio ao cuidador informal (apoio financeiro, grupos de apoio e criação do Estatuto).

4.3.3.3 Papel dos cuidadores informais

A totalidade das Unidades considera benéfico que os utentes sejam tratados no domicílio, apontando como principais benefícios daí resultantes, o facto do “Doente regressar ao seu meio/habitação”, “Menores riscos de complicações” e “Maior número de camas disponíveis” (Quadro A.21/Figura A.8).

Quando questionadas sobre se os cuidadores informais se disponibilizam com facilidade para cuidar dos utentes, 85,7% das Unidades responderam negativamente (Quadro A.22), enumerando como principais razões para não o fazer, a “Falta de

tempo/disponibilidade”, as “Implicações na vida pessoal” e a “Falta de condições monetárias” (Quadro A.23).

4.3.3.4 Financiamento da RNCCI

De acordo com as 33 Unidades que responderam à questão, o financiamento destas provem de transferências do setor público. 26 Unidades referem também que os copagamentos, por parte dos utentes, contribuem para o financiamento da Unidade (Quadro A.24). Estimam que, em média, 9,8% dos utentes possam ficar fora da Rede por não possuírem recursos financeiros suficientes (Quadro A.25).

Entre as Unidades inquiridas, apenas 20,6% não concorda com o atual modelo de financiamento da RNCCI (Figura A.9), apontando como possíveis alterações:

- aumento das comparticipações, de acordo com as necessidades/gastos dos utentes, por considerarem que o valor não é suficiente para o serviço prestado;
- revisão das condições de admissão, tendo em conta, para além dos rendimentos dos utentes, o montante de despesas suportadas com o tratamento destes;
- reformulação do modelo de financiamento, na qual os montante pagos pelos utentes passem a ser calculados em função do seu rendimento.

4.3.3.5 Articulação e integração da RNCCI

A questão 8.1 consiste em saber se a articulação dos cuidados continuados com os cuidados de saúde primários e agudos é eficiente, tendo-se verificado uma divisão quase perfeita nas respostas dadas, com 48,6% das Unidades a considerarem a articulação existente eficiente (Quadro A.26).

As Unidades discordantes (51,4%) consideram que, para promover uma melhor comunicação e articulação entre os cuidados de saúde, deveria ser feito, em 1º lugar, “Integração clínica”, seguida pela “Integração de informação” e “Integração de normas”

(Quadro A.27/Figura A.10), tendo como impacto fundamental a “Melhor satisfação das necessidades dos utentes” (60,0%) (Quadro A.28).

4.4 Discussão do Trabalho

A população alvo da RNCCI é composta, maioritariamente, por utentes com idade superior a 65 anos, com predomínio do género feminino, tendo como principal necessidade a ajuda nas AVD, a exemplo do que vem sendo referenciado nos vários relatórios de monitorização da Rede (ACSS, 2015b). A prestação de cuidados recai essencialmente em cuidadores informais, com especial relevo para a família, apoiados formalmente pelos profissionais de IPSS e pelas ECCI.

O Governo, na sessão de apresentação do Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019, reconheceu a ausência de formação, quer dos cuidadores informais quer dos utentes (Vassal, 2016), propondo, como ações a implementar, o levantamento das necessidades formativas e a elaboração de um plano de formação nacional (MS & MTSSS, 2016), o que, aparentemente, contradiz as repostas dadas pelas Unidades, as quais referem que ambos são ensinados sobre a forma de cuidar, avaliando positivamente essas ações de formação.

Os responsáveis das Unidades podem ter encarado o conceito de formação como as recomendações feitas pelos seus profissionais, no âmbito do processo de alta, aos utentes e respetivos cuidadores, sobre os cuidados de saúde a ter no domicílio, o que pode justificar a aparente contradição mencionada anteriormente.

O papel dos cuidadores informais no sistema de cuidados continuados e na sua sustentabilidade, pode ser condicionado, conforme mencionado pelos responsáveis das Unidades, pela cada vez menor disponibilidade para cuidar, justificada, segundo Costa-

Font et al (2015b), pela emancipação da mulher, alterações na composição do agregado familiar e dos princípios familiares.

Não menos importante, deve-se ter também em consideração os impactos negativos que a prestação de cuidados a familiares provoca na vida pessoal dos cuidadores, mormente, a nível familiar, físico, mental e financeiro. De acordo com dados da Eurofamcare ³, os cuidadores informais mencionam ainda que, entre os principais problemas originados pela atividade do cuidar, constam as dificuldades no relacionamento familiar, na confraternização social e as implicações negativas no trabalho (Glendinning et al, 2009).

As alterações observadas nos últimos anos no contexto familiar (participação mais ativa da mulher no mercado de trabalho e a redução da dimensão do agregado familiar) podem explicar, em parte, o porquê de, conforme mencionado no inquérito, utentes em condições de terem alta permanecerem internados na unidade, complementando-se com a inexistência de alternativas adequadas no setor formal e a inadaptação das habitações à sua situação de dependência.

O prolongamento do internamento, para além do necessário, traduz-se numa ineficiência para o sistema de saúde. Por um lado, os utentes continuam a receber cuidados nas Unidades, mais onerosos quando comparados com os prestados pelas ECCI (Quadro IV, p. 16). Por outro, não permite a entrada de novos utentes, prolongando, desnecessariamente, o seu internamento no hospital de agudos, o qual, conforme refere Costa (2010), representa um custo muito superior ao registado nas Unidades da Rede – 403 euros (custo médio diário hospitalar, 2008), face aos 81 euros (custo médio diário na RNCCI, 1º semestre de 2009).

³ Projeto internacional de investigação financiado pela Comunidade Europeia, com o objetivo de avaliar a situação dos cuidadores familiares de idosos na Europa.

A existência de utentes em lista de espera representa outra ineficiência do sistema, facto assinalado pela generalidade das Unidades, ilustrado pela elevada taxa de ocupação e pela incapacidade destas em responder a todas as solicitações, podendo demonstrar o subdimensionamento da RNCCI. Uteses em lista de espera são reflexo de procura não satisfeita, pelo que causa assim estranheza que, quando questionadas sobre esta questão, 17 Unidades, das 23 que responderam, tenham negado a sua existência.

A colocação desta questão pretendia aferir se, considerando o espaço geográfico em que se insere, a Unidade tinha capacidade para satisfazer a procura potencial por parte da população da sua área de influência. As respostas dadas podem evidenciar uma má interpretação da questão, julgando os responsáveis que, por terem taxas de ocupação elevadas, a procura estaria assim satisfeita, ou eventualmente, não quererem reconhecer a falta de capacidade para satisfazer todas as solicitações que recebem.

A tendência na Europa tem sido a desinstitucionalização dos cuidados continuados, em favor dos cuidados domiciliários.

Desinstitucionalização, definida como o desenvolvimento de serviços de base comunitária como uma alternativa à prestação de cuidados em ambientes institucionais, tornou-se a marca da estratégia de serviços sociais e de cuidado para os indivíduos com autonomia limitada entre os países europeus.

In Ilinca et al (2015), p. 1

Entre as razões para a crescente aposta nos cuidados domiciliários, constam, entre outras, o facto de as pessoas preferirem ser tratadas nos seus domicílios e, de acordo com Guo et al (2015), puderem contribuir ativamente para a contenção de custos do sistema de cuidados continuados. Na opinião das Unidades, os cuidados domiciliários têm como vantagens a menor probabilidade do utente contrair infeções, juntamente com a disponibilização das camas para pessoas com condições de saúde mais graves.

O Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019, teve como ponto de partida uma análise à situação atual da Rede, na qual identifica claramente os pontos fracos que urge resolver, entre os quais, o predomínio dos cuidados institucionais (Unidades de Internamento) face aos cuidados domiciliários formais (Equipas de Cuidados Continuados Integrados), e o não reconhecimento do papel central que os cuidadores informais desempenham no sistema (MS & MTSSS, 2016).

A opinião é partilhada pelos responsáveis das UI, que embora não prestem cuidados de saúde domiciliários, reclamam ser necessário prestar um maior apoio a estes, com especial enfoque nas ECCI, nos cuidadores informais e nas respostas sociais da comunidade. Não obstante, a taxa média de reinternamento é baixa (18,1% - Quadro A.14), de acordo com as respostas dadas no questionário, indicador demonstrativo da eficiência e qualidade dos cuidados prestados, como referido por Acheson & Barr (1965).

O Plano, à semelhança do que tem sido feito noutros países europeus, manifesta uma aposta clara no reforço dos CCI prestados no domicílio e no reconhecimento e apoio aos cuidadores informais, tendo por objetivo garantir que a “comunidade seja o contexto privilegiado dos cuidados” e a casa das pessoas se transforme no “centro dos cuidados” (MS & MTSSS, 2016, p. 12).

Entre as medidas propostas no Plano, realce para a especial atenção dada às ECCI – reforço da capacidade de resposta, multidisciplinariedade, otimização dos recursos – e ao Cuidador Informal, na vertente utente e parceiro, consubstanciado na criação do seu Estatuto, não desprezando no entanto o aumento da capacidade de resposta da Rede, no que diz respeito às UI.

Contudo, embora seja de louvar o reconhecimento do importante papel que os cuidados informais desempenham na prestação de cuidados continuados, o Plano não contém medidas específicas de como pretende alcançar esse objetivo, não sendo possível determinar se a mudança proposta vai ao encontro dos ensejos dos cuidadores, nomeadamente no que respeita às implicações que o ato de cuidar provoca na sua vida pessoal e profissional.

Outra questão que tem estado na agenda política de vários países europeus prende-se com a sustentabilidade dos sistemas de cuidados continuados, nomeadamente o seu financiamento, conforme expresso por Mosca et al (2016). Esta preocupação é partilhada por Portugal, aliás evidenciada no Plano de Desenvolvimento da RNCCI, no qual se pretende um “sistema que garanta o financiamento sustentável a longo prazo, tendo em conta as projeções demográficas” (MS & MTSSS, 2016, p. 12). No entanto, o Plano falha ao não concretizar como pretende alcançar essa sustentabilidade.

Os cuidados domiciliários, sejam formais ou informais, podem ter também um papel importante na questão da sustentabilidade do sistema, oferecendo uma opção menos dispendiosa quando comparada com a prestação de cuidados em ambiente institucional (Kok et al, 2015), conforme ilustrado pelo Quadro IV (p. 16). Para além do aspeto financeiro, contribuem igualmente para uma maior eficiência do sistema, retirando o excesso de ocupação das Unidades de Internamento, possibilitando assim a transferência de utentes dos cuidados hospitalares para a RNCCI, seja na vertente institucional (UI) seja na vertente domiciliária (ECCI).

Em relação ao financiamento, apenas 20,6% das Unidades não concorda com o modelo atual (Figura A.9). Quando solicitadas a propor alterações, centraram-se no montante e na fórmula de cálculo das comparticipações que recebem do Estado, bem

como nos montantes pagos pelos utentes. Valorizaram apenas a sua posição e o papel que desempenham na Rede, não tendo apresentado propostas relativas aos restantes atores envolvidos na prestação de cuidados continuados, mormente, as ECCI e os cuidadores informais.

Na procura da sustentabilidade dos cuidados continuados, um dos caminhos apontados passa pela integração dos cuidados de saúde, com especial relevo para a informação (acesso, disponibilização) e o acompanhamento multidisciplinar do utente ao longo de todo o processo (Allen et al, 2011). Em Portugal, o sucesso da integração é condicionado por aspetos políticos, sociais e culturais, sendo importante que as diferentes partes reconheçam a interdependência que existe entre eles (Santana et al, 2007).

Os responsáveis das Unidades e o Plano de Desenvolvimento da RNCCI partilham pontos comuns relativamente à questão da integração e articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. A promoção do trabalho conjunto dos diferentes atores, definindo concretamente qual o seu papel, aliada à partilha de informação, constam entre os pontos a salientar. A criação de um processo clínico comum e uniformização de normas e procedimentos, são outras medidas elencadas pelas Unidades.

As propostas acima mencionadas podem constituir um contributo adicional para a eficiência do sistema, ao evitar a duplicação de procedimentos desnecessários e o desperdício na utilização de recursos, tendo presente em última instância, mais do que questões meramente técnicas ou financeiras, a satisfação integral das necessidades dos utentes.

5. CONCLUSÕES

O principal papel na prestação de cuidados continuados recai, tradicionalmente, nos cuidadores informais, com os familiares em posição de destaque. Alterações no contexto familiar, como a redução da família, a participação da mulher no mercado de trabalho e a alteração dos valores familiares, conjugado com as implicações negativas a nível pessoal e profissional, faz com que tenham cada vez maior dificuldade em assumir esse papel.

A inexistência de apoio consistente aos cuidadores informais, seja financeiro ou não, bem como a falta de capacidade de resposta das ECCI, contribuem para a avaliação negativa feita pelos responsáveis das UI sobre os cuidados domiciliários em Portugal. Acresce o facto dos cuidadores informais não serem vistos, até à presente data, como uma parte integrante da Rede, não tendo o apoio necessário dos restantes intervenientes.

O Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019 identifica claramente os problemas que importa corrigir no âmbito dos cuidados domiciliários, sejam prestados formalmente ou informalmente, reconhecendo que os mesmos não têm sido alvo da atenção merecida, destacando-os na sua missão “a expansão da capacidade de resposta da Rede, privilegiando a domiciliação e as respostas comunitárias” (MS & MTSSS, 2016, p. 17).

Tendo como referência o que tem sido feito noutros países europeus, nomeadamente a tendência da desinstitucionalização e o reconhecimento do papel fundamental dos cuidadores informais no sistema de cuidados continuados, o Plano identifica como objetivos principais “priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias” e promover o “reconhecimento e apoio a cuidadores informais”, sendo de relevar, a proposta de criação do Estatuto do Cuidador Informal (MS & MTSSS, 2016, p. 21 e 23).

A preocupação com a sustentabilidade dos cuidados continuados está patente no Plano, embora de forma muito superficial e genérica, não concretizando quais as ações ou medidas que lhe permitem alcançar tal desiderato.

A aposta nos cuidados domiciliários pode dar um grande contributo para a sustentabilidade do sistema, oferecendo uma solução menos onerosa, quando comparados com os cuidados institucionais, embora as UI, quando questionadas sobre as alterações que propunham ao modelo de financiamento vigente, tenham dado apenas especial relevo às comparticipações - fórmula de cálculo e montantes pagos.

Os inquiridos, bem como o Governo, constataam que a articulação e integração dos diferentes tipos de cuidados não é eficiente, podendo ser reforçada, nomeadamente, com a promoção da integração clínica, normativa e de informação. O objetivo central prende-se com a prestação de cuidados padronizados e consistentes, envolvendo a multidisciplinariedade, um processo clínico comum, a partilha de informação e a uniformização de normas e procedimentos.

Neste processo de integração e articulação devem estar também os cuidados domiciliários, incluindo os cuidadores informais, de modo a que o sistema de cuidados continuados funcione como um todo, obtendo ganhos de eficiência, permitindo que o percurso do utente seja feito no sentido dos cuidados institucionais, com um custo maior, para os cuidados domiciliários, de menor custo.

É importante reter que os cuidados domiciliários não devem ser uma aposta isolada, mas sim, estarem integrados numa visão abrangente do sistema, promovendo a sua articulação com todos os atores envolvidos na prestação de cuidados, num esforço conjunto para que o tratamento dos utentes no seu domicílio seja uma realidade.

Conclui-se que efetivamente ainda há muito para fazer no que respeita aos cuidados domiciliários. A reforma que o Governo pretende implementar na RNCCI é um passo importante para que os cuidados domiciliários constituam a primeira opção no que toca à prestação de CCI, pelo que só o tempo poderá confirmar o seu sucesso.

A principal limitação da dissertação advém do questionário obter uma visão parcial sobre a situação da RNCCI, reflexo de apenas se ter questionado os responsáveis das Unidades. Neste sentido, os resultados podem estar enviesados pela sua opinião pessoal e pela forma como encaram o comportamento da Unidade e a sua inserção dentro do sistema. As incongruências notadas em algumas respostas podem dever-se ao facto dos responsáveis não terem conhecimento direto sobre tudo o que se passa na Rede.

Na análise prévia à elaboração da presente dissertação, constatou-se a existência de vários trabalhos académicos cujo objeto de estudo era, maioritariamente, composto por utentes, familiares e profissionais de saúde⁴. A justificação para não se ter questionado outros intervenientes, teve a ver essencialmente com uma opção de investigação, procurando abordar a temática dos cuidados continuados sobre uma perspetiva diferente.

Como sugestão de investigação futura propõe-se que, findo o período de aplicação do Plano de Desenvolvimento da RNCCI, proceda-se a nova inquirição aos responsáveis pela gestão técnica das UI, questionando-os sobre se os objetivos propostos no Plano foram efetivamente alcançados, devendo ser complementada com inquéritos aos restantes intervenientes, nomeadamente utentes, famílias, equipas domiciliárias, setor social e poder político para que, confrontando as respostas dos diferentes inquéritos se possa ter um retrato real da situação da Rede.

⁴ Estes trabalhos não são discutidos neste estudo porque a sua perspetiva é diferente uma vez que constituem estudos de casos ou se limitam a abordar aspetos parciais de funcionamento do setor.

Outra possibilidade consiste na comparação de dados técnicos, económicos e financeiros da RNCCI, entre dois momentos distintos, o momento presente e o momento após a implementação do Plano, para perceber se efetivamente a aposta nos cuidados domiciliários contribuiu efetivamente para a sua eficiência e sustentabilidade no longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acheson, E. D. & Barr, A. (1965). Multiple spells of in-patient treatment in a calendar year. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 19, 182-191.

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2015a). *Monitorização Mensal RNCCI – dezembro de 2015* [Em linha]. Disponível em:

[http://www.acss.min-](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Indicadores%20Mensais%20dezembro%202015.pdf)

[saude.pt/Portals/0/Indicadores%20Mensais%20dezembro%202015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Indicadores%20Mensais%20dezembro%202015.pdf) [Acesso em: 2016/4/13].

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2015b). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º Semestre de 2015*

[Em Linha]. Disponível em: [http://www.acss.min-](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI_%201.%C2%BA%20Semestre%202015.pdf)

[saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI_%201.%C2%BA%20Semestre%202015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI_%201.%C2%BA%20Semestre%202015.pdf) [Acesso em: 2016/4/13].

Allen, K., Bednárík, R., Campbell, L., Dieterich, A., Durrett, E. H., Emilsson, T., Glasby, J., Gobet, P., Kagialaris, G., Klavus, J., Kümpers, S., Leichsenring, K., Ljunggren, G., Mastroiannaki, T., Meriläinen, S., Naiditch, M., Nies, H., Repetti, M., Repkova, K., Rodrigues, R., Stiehr, K., Van der Veen, R., Wagner, L. & Weigl, B. (2011). *Governance and finance of long-term care across Europe*. Birmingham / Vienna: Interlinks.

Almeida, J. F. & Pinto, J. M. (1990). *A investigação nas ciências sociais*, 4ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

- Barros, P. (2013). *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*, 3ª Ed. Coimbra: Almedina.
- Barros, P., Machado, S. & Simões, J. (2011). Portugal: Health System Review in: Mossialos, E. (Eds.) *Health Systems in Transition* 13 (4), Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bilro, M. E. S. (2004). Articulação de cuidados. In: Bilro, M. E. S. & Cruz, A. G. (Eds.) *Enfermagem oncológica*, 1ª Ed. Coimbra: Formasau, pp. 195-200.
- Colombo, F. & Mercier, J. (2011). Help wanted! Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care. *Eurohealth* 17 (2-3), 3-6.
- Colombo, F., Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.
- Comissão Europeia (2008). *Cuidados de longa duração na união europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Comissão Europeia (2015a). *Long-term care – the problem of sustainable financing*. Luxembourg: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Comissão Europeia (2015b). *The 2015 Ageing Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N. & Rodriguez, C. (2003). *The integration of health care: dimensions and implementation*, Working Paper N04-01. Montréal: University of Montreal.

Costa, A. (2010). *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [Em linha]. Disponível em:

http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/3_anos_RNCCI.pdf [Acesso em: 2016/8/02].

Costa-Font, J., Courbage, C. & Swartz, K. (2015a). Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post or Both?. *Health Economics* 24 (Issue Supplement S1), 45–57.

Costa-Font, J., Courbage, C. & Zweifel, P. (2015b). Policy dilemmas in financing long-term care in Europe. *Global Policy Journal*, ISSN 1758-5880 (In Press).

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, 2ª Ed. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

DGS - Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos* [Em linha]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf [Acesso em: 2016/6/14].

Genet, N., Kroneman, M., Chiatti, C., Gulácsi, L. & Boerma, W. (2012). The policy perspective. In: Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (Eds.) *Home Care across Europe - Current structure and future challenges*. Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies.

Glendinning, C., Tjadens, F., Arksey, H., Morée, M., Moran, N. & Nies, H. (2009). *Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers*. York: Social Policy Research Unit, University of York.

- Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* 1, 1-10.
- Guo, J., Konetzka, R. T. & Manning, W. G. (2015). The causal effects of home care use on institutional long-term care utilization and expenditures. *Health Economics* 24 (Suppl 1), 4-17.
- Hawkins, D. M. (1980). *Identification of Outliers*. London and New York: Chapman and Hall.
- Ilinca, S., Leichsenring, K. & Rodrigues, R. (2015). *From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalization in long-term care* [Em linha]. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/1449741582_83911.pdf [Acesso em: 2016/7/12].
- INE (2012). *Censos 2011 – resultados definitivos*. Lisboa
- Kok, L., Berden, C. & Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics* 16 (2), 119-131.
- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., Cardozo, S., Fonseca, A., Novas, V., Eliseu, G., Serra, I. & Morais, C. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro (Anexos)* [Em linha]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSC-A1.pdf> [Acesso em: 2016/1/25].

- Lyberaki, A., Tinios, P., Mimis, A. & Georgiadis, T. (2013). Mapping population aging in Europe: how are similar needs in different countries met by different family structures?. *Journal of Maps* 9, 4-9.
- Maria, V. A. J. (2000). Cuidados comunitários e cuidados hospitalares: centrados nas instituições ou no doente?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 16 (6), 479-484.
- MS - Ministério da Saúde & MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019* [Em linha]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf> [Acesso em: 2016/7/20].
- Mosca, I., Van der Wees, P., Mot, E., Wammes, J. & Jeurissen, P. (2016). Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *International Journal of Health Policy and Management* 5 (x), 1–11.
- Nolte, E. & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OCDE Publishing.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). *Um ano de governação em saúde: sentidos e significados*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Programa do XXI Governo Institucional 2015-2019. [Em linha]. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/media/18268168/programa-do-xxi-governo.pdf> [Acesso em: 2016/7/20].

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 3ª Ed. Lisboa: Gradiva.

Rosen, R., Mountford, J., Lewis, G., Lewis, R., Shand, J. & Shaw, S. (2011). *Integration in Action: four international case studies*. London: Nuffield Trust.

Santana, R. & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7, 29-56.

Santana, S., Dias, A., Souza, E. & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care* 7, 1-8.

Santana, S., Szczygiel, N. & Redondo, P. (2014). Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms. *International Journal of Integrated Care* 14, 1-10.

Saultz, J. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine* 1 (3), 134–143.

SEP - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2006). Cuidados Continuados: Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. *Enfermagem em Foco* (62), 16-18.

Shortell, S., Gillies, R. & Anderson, D. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 13 (5), 46-64.

- Silva, J. & Delgado, M. (1985). Cuidados de saúde diferenciados, sua articulação e continuidade com os cuidados primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 3 (2), 13-18.
- Simões, J., Barros, P. & Pereira, J. (2008). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*, 1ª Ed. Lisboa: Ministério da Saúde - Secretaria Geral.
- Sobczak, A. (2002). Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care* 2, 1-10.
- Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Di Santo, P., Bednarik, R., Brichtova, L., Ceruzzi, F., Cordero, L., Mastroiannakis, T., Ferrando, M., Mingot, K., Ritter, J. & Vlantoni, D. (2010). *Informal care in the long-term care system - European Overview Paper*. Athens/Vienna: Interlinks.
- UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 13, 1-12.
- Vassal, R. (2016). *RNCCI: Prioridade aos cuidados domiciliários e às respostas comunitárias* [Em linha]. Disponível em: <http://raiox.pt/rncci-prioridade-aos-cuidados-domiciliarios-e-as-respostas-comunitarias/> [Aceso em: 2016/9/15].
- WHO - World Health Organization (2002). *Lessons for Long-Term Care Policy*. Geneva: World Health Organization.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro – Rede de Cuidados Continuados de Saúde

Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 44/2011, de 24 de março e pelo Decreto-Lei n.º 106/2011, de 21 de outubro – Distribuição dos resultados líquidos dos jogos sociais da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho – 1ª alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 23613/2009, de 28 de outubro – Comparticipação dos encargos com a prestação de cuidados de apoio social na RNCCI

Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro – Código do Trabalho

Portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto – Tabela de Preços na RNCCI 2015

Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro – Condições de instalação de unidades de internamento de Cuidados Integrados Pediátricos

Portaria n.º 37/2016, de 4 de março, alterada pela Portaria n.º 193/2016, de 18 de julho – Repartição dos resultados dos jogos sociais afetos ao Ministério da Saúde

Resolução da Assembleia da República n.º 130/2016, de 18 de julho – Recomenda ao Governo medidas de apoio aos cuidadores informais e a aprovação do seu estatuto

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

Cuidados Continuados em Portugal – Uma avaliação da sua integração no Sistema de Saúde Português

O presente questionário destina-se à realização de uma dissertação, no âmbito do Mestrado em Economia e Políticas Públicas ministrado no Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) - Lisboa.

Pretende-se avaliar os cuidados domiciliários, nas suas diferentes vertentes (prestadores, tipos de cuidados prestados, as condições em que eles são prestados), bem como obter uma opinião crítica sobre o financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a sua articulação com o sistema de saúde.

A sua colaboração para este estudo é importante, pelo que se solicita que responda a todas as questões.

Garante-se a total confidencialidade dos dados obtidos.

Rute Carla Antunes Cruz

Orientador: Professor Doutor Carlos Gouveia Pinto

1. Unidade de Cuidados Continuados

1.1 Número de camas:

Neste campo só se aceitam números

1.2 Indique qual a taxa de ocupação atual:

Neste campo só se aceitam números

1.3 Existem doentes em lista de espera?

- Sim
 Não

2. Responda às questões, tendo por base os doentes internados na Unidade, no presente momento.

2.1 Género:

(indique o número de doentes)

Feminino
Masculino

2.2 Idades:

(indique o número de doentes)

Faixa etária <65
Faixa etária 65-75
Faixa etária 76-85
Faixa etária 85+

2.3 Causa de internamento:

(indique o número de doentes)

Cuidados pós-cirúrgicos	<input type="text"/>
Degenerações cerebrais	<input type="text"/>
Dependência AVD (Atividades da Vida Diária)	<input type="text"/>
Doença e infeção respiratória	<input type="text"/>
Doença vascular	<input type="text"/>
Neoplasias	<input type="text"/>
Reabilitação	<input type="text"/>
Tratamento de feridas / úlceras de pressão	<input type="text"/>
Outra	<input type="text"/>

3. Internamento na Unidade de Cuidados Continuados

3.1 Qual a sua estimativa, em dias, para a duração média de internamento?

Neste campo só se aceitam números

4. Pós-alta da Unidade de Cuidados Continuados

4.1 Qual o destino dos doentes?

Clique num item da lista da esquerda, começando pelo do item com maior classificação para o item com menor classificação

As suas escolhas:	A Sua Classificação:
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Casa de familiares ▲ ▼ </div> <ul style="list-style-type: none"> Casa de repouso Hospital Residência habitual Lar Óbito Outro ▼ </div>	1: <input type="text"/> 2: <input type="text"/> 3: <input type="text"/> 4: <input type="text"/> 5: <input type="text"/> 6: <input type="text"/> 7: <input type="text"/>

Caso selecione a opção "Outro", especifique:

4.2 Caso o destino seja o domicílio, os cuidados são prestados por quem?

Clique num item da lista da esquerda, começando pelo do item com maior classificação para o item com menor classificação

As suas escolhas:	A Sua Classificação:
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Amigos ▲ ▼ </div> <ul style="list-style-type: none"> Família Vizinhos Profissionais hospitalares do SNS Profissionais do Centro de Saúde Profissionais de Unidades de Saúde Privadas Profissionais de IPSS Outro(s) ▼ </div>	1: <input type="text"/> 2: <input type="text"/> 3: <input type="text"/> 4: <input type="text"/> 5: <input type="text"/> 6: <input type="text"/> 7: <input type="text"/> 8: <input type="text"/>

Caso selecione a opção "Outro(s)", especifique:

4.3 Que tipo de apoio a maioria dos doentes continua a necessitar?

Clique num item da lista da esquerda, começando pelo do item com maior classificação para o item com menor classificação

As suas escolhas:	A Sua Classificação:
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Ajuda para Atividades da Vida Diária (alimentação, higiene, vestir, limpeza) ▲ ▼ </div> <ul style="list-style-type: none"> Apoio psicossocial (ajuda de foro psicológico e social, convívio) Ajuda técnica (cadeira de rodas, cama articulada, oxigénio, outros) Necessidade de transporte (ambulância, táxi, carro particular) Prestação de cuidados de enfermagem Prestação de cuidados médicos Prestação de outros cuidados de saúde (fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, reabilitação) Outro ▼ </div>	1: <input type="text"/> 2: <input type="text"/> 3: <input type="text"/> 4: <input type="text"/> 5: <input type="text"/> 6: <input type="text"/> 7: <input type="text"/> 8: <input type="text"/>

Caso selecione a opção "Outro", especifique:

4.4 Os doentes são ensinados a cuidarem-se?

- Sim
 Não

4.5 E os cuidadores são instruídos da forma como devem cuidar dos doentes?

- Sim
 Não

4.6 Qual a percentagem das ações de formação bem-sucedidas?

Neste campo só se aceitam números

4.7 Após a alta médica, o doente continua a ser acompanhado pela unidade de saúde?

Sim

Não

4.8 Existe avaliação desse acompanhamento?

Sim

Não

4.9 Segundo a sua opinião, qual a percentagem de reinternamento?

Neste campo só se aceitam números

4.10 Acha essa percentagem elevada?

Sim

Não

4.11 Na sua opinião, quais seriam as ações que seriam necessárias para diminuir esta percentagem?

5. Apoio da Unidade aos Cuidados Domiciliários

5.1 No âmbito dos cuidados continuados, a unidade presta cuidados de saúde ao domicílio?

Sim

Não

5.2 Considerando a capacidade máxima de resposta, qual a percentagem de tratamentos que assegura?

Neste campo só se aceitam números

5.3 Existe procura não satisfeita por parte dos doentes?

Sim

Não

5.3.1 Se sim, porque é que não é satisfeita?

(selecione a mais importante)

Falta de meios (por ex., transporte, equipamento médico)

Insuficiência de recursos financeiros

Insuficiência de recursos humanos

Não contratualização dos cuidados domiciliários com a ARS

Outra:

5.4 Dos doentes internados atualmente na unidade, qual a percentagem dos doentes que já estão em condições para serem tratados na sua residência?

Neste campo só se aceitam números

5.5 Qual a razão para esses doentes ainda não terem sido encaminhados para o domicílio?

Clique num item da lista da esquerda, começando pelo do item com maior classificação para o item com menor classificação

As suas escolhas:

Condição financeira	▲	▼	A Sua Classificação:
Condições da habitação			1: <input type="text"/>
Ausência de cuidador (familiar, amigo)			2: <input type="text"/>
Escassez de recursos humanos (médico, enfermeiro, assistente social)			3: <input type="text"/>
Outra			4: <input type="text"/>
			5: <input type="text"/>

Caso selecione a opção "Outra", especifique:

5.6 Deve ser garantido maior apoio aos cuidados domiciliários?

- Sim
- Não

5.6.1 Se sim, que tipo de apoio deve ser prestado?

6. Papel dos cuidadores informais

6.1 Considera benéfico que os doentes sejam tratados no domicílio?

- Sim
- Não

6.1.1 Se sim, quais os benefícios daí resultantes?

(escolha no máximo 3 opções, ordenando-as)

Clique num item da lista da esquerda, começando pelo do item com maior classificação para o item com menor classificação

As suas escolhas:

Doente regressa ao seu meio/habitação	▲	▼	A Sua Classificação:
Maior número de camas disponíveis			1: <input type="text"/>
Melhoria de planeamento de altas em termos hospitalares			2: <input type="text"/>
Menores riscos de complicações			3: <input type="text"/>
Prestação de cuidados mais específicos			
Redução da demora média do internamento			
Redução de custos			
Outro(s)			

6.2 Os cuidadores informais (família, amigos, vizinhos) disponibilizam-se com facilidade para cuidar dos doentes?

- Sim
- Não

6.2.1 Se não, qual a razão para não cuidar e que tipo de incentivos são necessários para que eles cuidem?

(escolha no máximo 3 opções, ordenando-as)

Clique num item da lista da esquerda, começando pelo do item com maior classificação para o item com menor classificação

As suas escolhas:

Falta de condições logísticas (oferta/empréstimo de equipamento médico - camas articuladas, cadeiras de rodas; comparticipação do custo com as obras de adaptação das habitações)	▲	▼
Falta de condições monetárias (subsídios estatais - compensação da perda de salário)		
Falta de formação / conhecimento (promoção de ações de formação pelos profissionais de saúde, workshops temáticos)		
Falta de saúde mental / física		
Falta de tempo / disponibilidade (regalias na atividade profissional, horário de trabalho reduzido; promoção do teletrabalho, quando possível)		
Implicações na vida pessoal		
Outra		

Caso selecione a opção "Outra", especifique:

7. Financiamento

7.1 O financiamento da Unidade provem de:

(caso escolha mais do que uma opção, indique o valor percentual face ao financiamento total)

<input type="checkbox"/> Donativos	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Transferências do sector público	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Transferências do sector privado	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Utentes	<input type="text"/>
Outro: <input type="text"/>	<input type="text"/>

7.2 Qual a percentagem de doentes que estima possam ficar fora da rede por não possuir recursos financeiros suficientes?

Neste campo só se aceitam números

7.3 Concorda com o atual modelo de financiamento, por parte do Estado?

- Sim
 Não

7.3.1 Se respondeu não, que alterações propõe?

8. Articulação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

8.1 A articulação dos cuidados continuados com os cuidados de saúde primários e agudos é eficiente?

- Sim
 Não

8.1.1 Se não, o que deverá ser feito para promover uma melhor comunicação e articulação entre os cuidados continuados e os cuidados de saúde primários e agudos?

(escolha no máximo 3 opções, ordenando-as)

Integração administrativa (centralização de procedimentos administrativos entre as diferentes unidades de saúde – compras, transportes, recursos humanos, financeiros)

Integração clínica (formação de equipas multidisciplinares, criação de um processo clínico único, existência de programas de referênciação, "gestão da doença")

Integração financeira (coordenação das atividades desenvolvidas na obtenção de recursos financeiros bem como a maximização da sua rendibilidade no continuum de doença)

Integração horizontal (uma única entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde – por ex., centros hospitalares)

Integração de informação (interligação dos sistemas de informação - promover a utilização e partilha da informação clínica, evitar informação replicada ou contraditória)

Integração de normas (uniformização de procedimentos internos e estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns)

Integração vertical (uma única entidade gestora de duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de cuidados)

Outro(s)

Caso selecione a opção "Outro(s)", especifique:

8.2 Qual o impacto **fundamental** que esta melhor integração teria?

Escolha uma opção... ▼

Escolha uma opção...

Melhor satisfação das necessidades dos doentes

Tratamento mais atempado

Diminuição do internamento desnecessário nos cuidados agudos

Processo de referênciação mais célere

Diminuição de procedimentos desnecessários

Redução de custos

Outro

Sem resposta

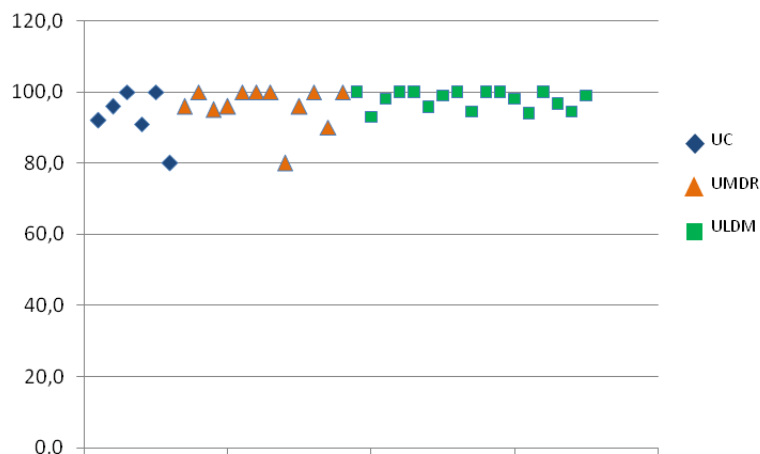
Anexo 2 – Resultados do questionário**QUADRO A.1 – 1.1 Número de camas**

	Total	Tipo de UI		
		UC	UMDR	ULDM
N	35	6	12	17
Nº de camas	840	116	280	444
Média	24	19,3	23,3	26,1
Mediana	24	20	21	26
Moda	21 ^a	12 ^a	15 ^a	30
Mínimo	12	12	15	18
Máximo	44	27	44	38

QUADRO A.2 – 1.2 Taxa de ocupação atual

	Total	Tipo de UI		
		UC	UMDR	ULDM
N	35	6	12	17
Média	96,4	93,2	96,1	97,8
Mediana	98	94	98	99
Moda	100	100	100	100
Mínimo	80	80	80	93
Máximo	100	100	100	100

a) Existe mais do que uma Moda, sendo mostrado o valor mais baixo.

FIGURA A.1 – 1.2 Taxa de ocupação Atual**QUADRO A.3 – 1.3 Lista de espera**

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	33	94,3%
Não	2	5,7%
Total	35	100,0%

QUADRO A.4 – 2.1 Género

	Tipo de UI							
	UC		UMDR		ULDM		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	70	64,8%	126	55,0%	263	60,0%	459	59,2%
Masculino	38	35,2%	103	45,0%	175	40,0%	316	40,8%

QUADRO A.5 – 2.2 Idade

	Tipo de UI							
	UC		UMDR		ULDM		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<65	15	13,9%	58	25,2%	82	19,7%	155	20,6%
65-75	28	25,9%	57	24,8%	82	19,7%	167	22,1%
76-85	42	38,9%	61	26,5%	149	35,8%	252	33,4%
85+	23	21,3%	54	23,5%	103	24,8%	180	23,9%

QUADRO A.6 – 2.3 Causas de internamento

	Tipo de UI							
	UC		UMDR		ULDM		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuidados pós-cirúrgicos	43	20,9%	9	2,9%	14	2,6%	66	6,3%
Degenerações cerebrais	11	5,3%	21	6,8%	53	9,8%	85	8,0%
Dependência AVD	57	27,7%	113	36,6%	212	39,1%	382	36,2%
Doença e infeção respiratória	9	4,4%	9	2,9%	6	1,1%	24	2,3%
Doença vascular	9	4,4%	22	7,1%	77	14,2%	108	10,2%
Neoplasias	6	2,9%	9	2,9%	16	3,0%	31	2,9%
Reabilitação	65	31,5%	80	25,9%	80	14,8%	225	21,3%
Feridas/úlceras de pressão	6	2,9%	36	11,7%	56	10,4%	98	9,3%
Outra	0	0,0%	10	3,2%	27	5,0%	37	3,5%

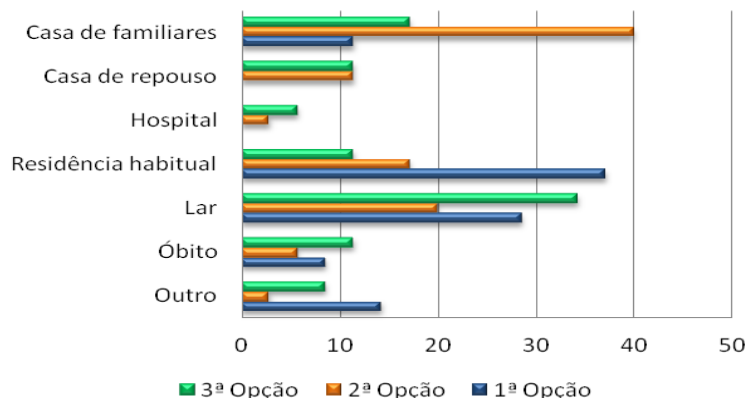
QUADRO A.7 – 3.1 Duração média de internamento

	Tipo de UI		
	UC	UMDR	ULDM
N	6	8	15
Média	31,8	90	181,3
Mediana	30,5	90	180
Mínimo	28	90	90
Máximo	40	90	300

QUADRO A.8 – 4.1 Destino dos utentes após a alta da Unidade de Internamento

	Casa de familiares		Casa de repouso		Hospital		Residência habitual		Lar		Óbito		Outro		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%	13	37,1%	10	28,6%	3	8,6%	5	14,3%	0	0,0%	35	100,0%
2º lugar	14	40,0%	4	11,4%	1	2,9%	6	17,1%	7	20,0%	2	5,7%	1	2,9%	0	0,0%	35	100,0%
3º lugar	6	17,2%	4	11,4%	2	5,7%	4	11,4%	12	34,3%	4	11,4%	3	8,6%	0	0,0%	35	100,0%

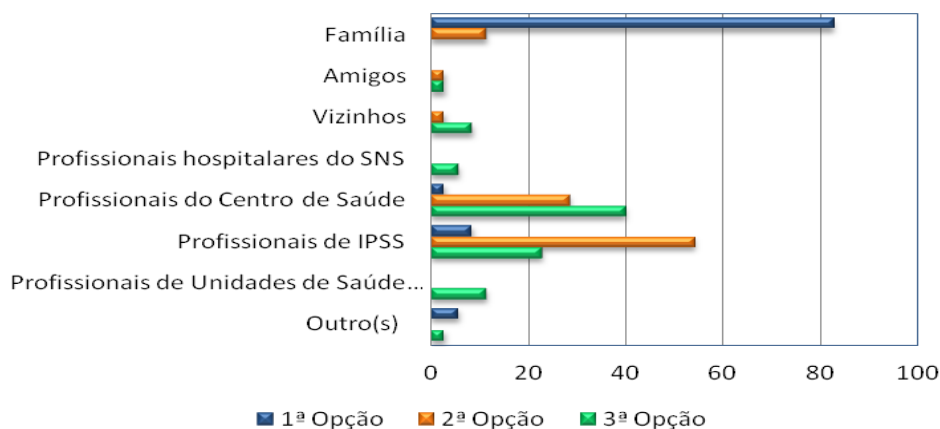
FIGURA A.2 – 4.1 Destino dos utentes após a alta da Unidade de Internamento



QUADRO A.9 – 4.2 Caso o destino seja o domicílio, os cuidados são prestados por quem?

	Família		Amigos		Vizinhos		Profis. hospitalares do SNS		Profis. do Centro de Saúde		Profis. de IPSS		Profis. de Unidades de Saúde Privadas		Outro		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	29	82,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	3	8,6%	0	0,0%	2	5,7%	0	0,0%	35	100,0%
2º lugar	4	11,4%	1	2,9%	1	2,9%	0	0,0%	10	28,6%	19	54,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	35	100,0%
3º lugar	0	0,0%	1	2,9%	3	8,6%	2	5,7%	14	39,9%	8	22,9%	4	11,4%	1	2,9%	2	5,7%	35	100,0%

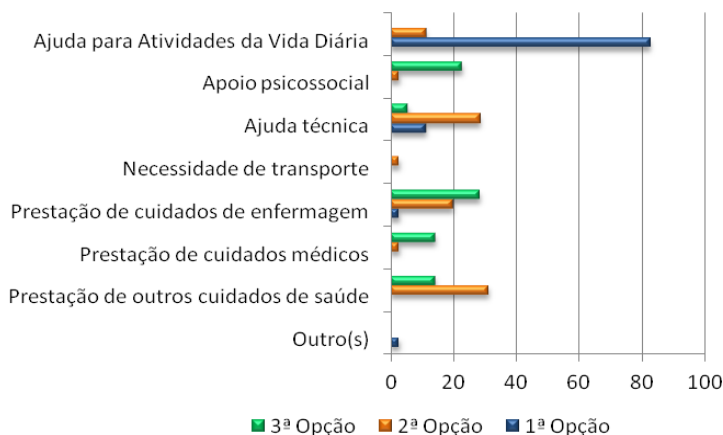
FIGURA A.3 – 4.2 Caso o destino seja o domicílio, os cuidados são prestados por quem?



QUADRO A.10 – 4.3 Apoio que os utentes continuam a necessitar

	Ajuda para AVD		Apoio psicossocial		Ajuda técnica		Necessidade de transporte		Cuidados de enfermagem		Cuidados médicos		Outros cuidados de saúde		Outros		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	29	82,8%	0	0,0%	4	11,4%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	35	100,0%
2º lugar	4	11,4%	1	2,9%	10	28,6%	1	2,9%	7	20,0%	1	2,9%	11	31,3%	0	0,0%	0	0,0%	35	100,0%
3º lugar	0	0,0%	8	22,9%	2	5,7%	0	0,0%	10	28,5%	5	14,3%	5	14,3%	0	0,0%	5	14,3%	35	100,0%

FIGURA A.4 – 4.3 Apoio que os utentes continuam a necessitar



QUADRO A.11 – 4.6 Percentagem das ações de formação bem-sucedidas

N	Respostas	28
	Não Respostas	7
Média		76,7
Mediana		80
Moda		80
Mínimo		50
Máximo		100

QUADRO A.12 – 4.7 Após a alta médica, existe acompanhamento do doente pela unidade de saúde?

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	13	37,1%
Não	21	60,0%
Não resposta	1	2,9%
Total	35	100,0%

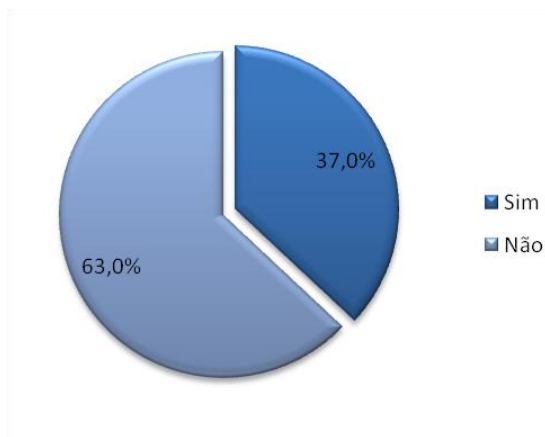
QUADRO A.13 – 4.8 Existe avaliação desse acompanhamento?

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	6	17,1%
Não	27	77,1%
Não resposta	2	5,8%
Total	35	100,0%

QUADRO A.14 – 4.9 Segundo a sua opinião, qual a percentagem de reinternamento?

	Total	Tipo de UI			
		UC	UMDR	ULDm	
N	Respostas	27	4	9	14
	Não Respostas	8	2	3	3
Média		18,1	3,0	18,8	21,9
Mediana		10	2	19	15
Moda		20	2	1,00 ^a	10,00 ^a
Mínimo		0	0	1	2
Máximo		85	8	40	85

a) Existe mais do que uma Moda, sendo mostrado o valor mais baixo.

FIGURA A.5 – 4.10 Percentagem de reinternamento é elevada?**QUADRO A.15 – 4.11 Ações para diminuir a taxa de reinternamento**

Âmbito de atuação	Ações
ECCI	- Melhorar o acompanhamento domiciliário pelas ECCI - horário alargado, aumento do número de técnicos, maior acompanhamento profissional com os utentes, realização de exames complementares de diagnóstico
Cuidadores informais	- Promover a sua presença aquando da visita das ECCI - Apoios financeiros - Formação
Comunidade	- Maior participação e comparticipação nas respostas sociais da comunidade
Utentes	- Melhorar a condição financeira dos utentes
Outros	- Incrementar resposta ao nível de estruturas residenciais para idosos - Transporte adaptado para pessoas com mobilidade reduzida - Centros de reabilitação e acompanhamento dos utentes no pós-alta - Diversificar as tipologias da RNCCI, aumentando a sua capacidade de resposta - Ações de prevenção - Acompanhamento permanente pelas ECCI e pelos familiares

QUADRO A.16 – 5.3 Existe procura não satisfeita por parte dos doentes?

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)
Sim	6	17,1	26,1
Não	17	48,6	73,9
Não resposta	12	34,3	
Total	35	100,0	

QUADRO A.17 – 5.4 Dos doentes internados atualmente na unidade, qual a percentagem dos doentes que já estão em condições para serem tratados na sua residência?

	Total	Tipo de UI		
		UC	UMDR	ULDM
N Respostas	34	6	11	17
	1	0	1	0
Média	24,2	11,7	21,6	30,2
Mediana	20	0	20	20
Moda	20	0	15,00 ^a	20
Mínimo	0	0	1	0
Máximo	70	40	50	70

a) Existe mais do que uma Moda, sendo mostrado o valor mais baixo.

QUADRO A.18 – 5.5 Qual a razão para esses doentes ainda não terem sido encaminhados para o domicílio?

	Condição financeira		Condições da habitação		Ausência de cuidador		Escassez de recursos humanos		Outro		Não resposta		Total*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	3	10,0%	5	16,7%	18	60,0%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	30	100,0%
2º lugar	7	23,3%	4	13,3%	6	20,0%	7	23,3%	1	3,3%	5	16,8%	30	100,0%
3º lugar	7	23,3%	7	23,3%	3	10,0%	4	13,3%	1	3,3%	8	26,8%	30	100,0%

* N = 30 unidades que na questão anterior referiram já estar em condições para serem tratados no domicílio

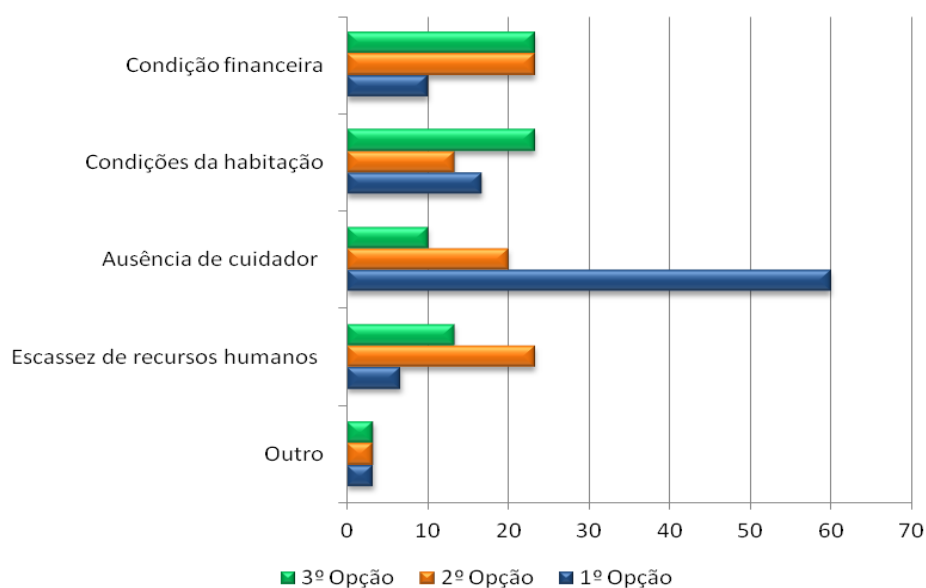
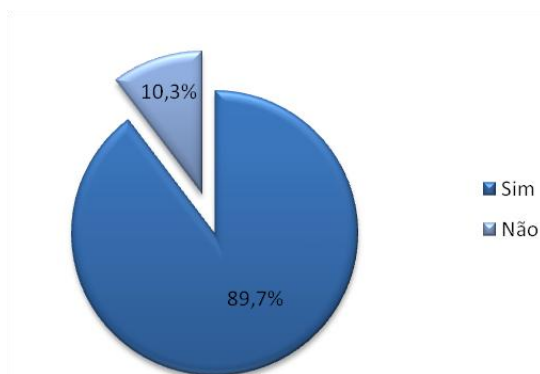
FIGURA A.6 – 5.5 Qual a razão para esses doentes ainda não terem sido encaminhados para o domicílio?

FIGURA A.7 – 5.6 Deve ser garantido maior apoio aos cuidados domiciliários?**QUADRO A.19 – 5.6.1 Reforço dos cuidados domiciliários – medidas propostas**

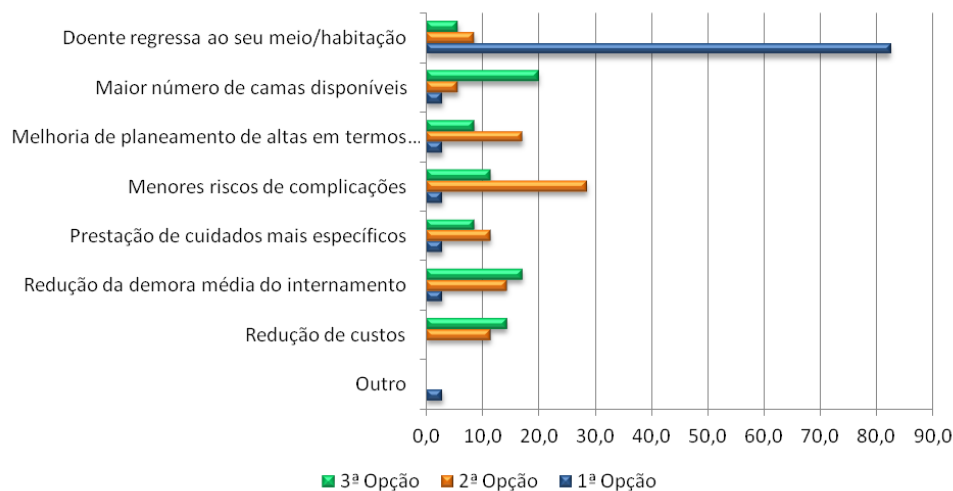
Âmbito de atuação	Ações
ECCI	- Garantir a multidisciplinidade das equipas -médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapia ocupacional e apoio psicossocial ao utente e cuidador - Ajuda técnica, gestão terapêutica, exames complementares, ajuda nas AVD's e vigilância - Maior número de horas de acompanhamento, em horários mais alargados - Incremento de equipas
Área Social	- Estimular e apoiar as iniciativas do setor social
Cuidadores Informais	- Apoio financeiro - Grupos de apoio - Estatuto do cuidador informal - Adaptações na habitação
Outros	- Recursos humanos - Recursos financeiros - Promoção de ações de formação

QUADRO A.20 – 6.1 Considera benéfico que os doentes sejam tratados no domicílio?

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	35	100

QUADRO A.21 – 6.1.1 Se sim, quais os benefícios daí resultantes?

	Doente regressa ao seu meio/habitação		Maior número de camas disponíveis		Melhoria de planeamento de altas em termos hospitalares		Menores riscos de complicações		Prestação de cuidados mais específicos		Redução da demora média do internamento		Redução de custos		Outro		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	29	82,6%	1	2,9%	1	2,9%	1	2,9%	1	2,9%	1	2,9%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	35	100,0%
2º lugar	3	8,6%	2	5,7%	6	17,1%	10	28,6%	4	11,4%	5	14,3%	4	11,4%	0	0,0%	1	2,9%	35	100,0%
3º lugar	2	5,7%	7	20,0%	3	8,6%	4	11,4%	3	8,6%	6	17,1%	5	14,3%	0	0,0%	5	14,3%	35	100,0%

FIGURA A.8 – 6.1.1 Se sim, quais os benefícios daí resultantes?**QUADRO A.22 – 6.2 Os cuidadores informais disponibilizam-se com facilidade para cuidar dos doentes?**

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	5	14,3
Não	30	85,7
Total	35	100,0

QUADRO A.23 – 6.2.1 Se não, qual a razão para não cuidar e que tipo de incentivos são necessários para que eles cuidem?

	Falta de condições logísticas		Falta de condições monetárias		Falta de formação / conhecimento		Falta de saúde mental / física		Falta de tempo / disponibilidade		Implicações na vida pessoal		Outro		Não resposta		Total*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	2	6,7%	4	13,3%	2	6,7%	2	6,7%	14	46,6%	5	16,7%	1	3,3%	0	0,0%	30	100,0%
2º lugar	1	3,3%	7	23,3%	2	6,7%	2	6,7%	10	33,4%	7	23,3%	0	0,0%	1	3,3%	30	100,0%
3º lugar	5	16,7%	6	20,0%	1	3,3%	4	13,3%	3	10,0%	9	30,0%	0	0,0%	2	6,7%	30	100,0%

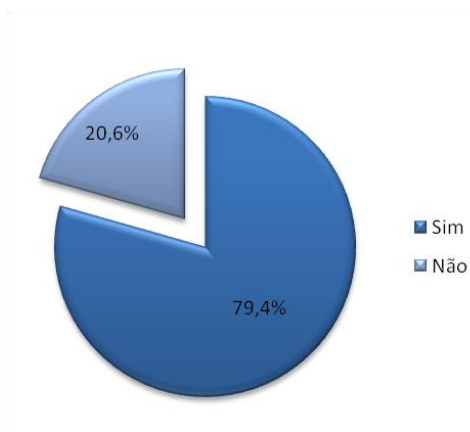
* N = 30 unidades que na questão anterior referiram não se disponibilizar com facilidade para cuidar dos doentes

QUADRO A.24 – 7.1 O financiamento da Unidade provem de:

	Donativos		Transferências do setor público		Transferências do setor privado		Utentes		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	0	0,0%	33	100,0%	1	3,0%	26	78,8%	1	3,0%
Não	33	100,0%	0	0,0%	32	97,0%	7	21,2%	32	97,0%
Total	33	100,0%	33	100,0%	33	100,0%	33	100,0%	33	100,0%

QUADRO A.25 – 7.2 Percentagem de doentes fora da rede por não possuir recursos financeiros suficientes?

	Total	Tipo de UI			
		UC	UMDR	ULDM	
N	Válidas	26	3	9	14
	Não respostas	9	3	3	3
Média		9,8	10	20	3,2
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		60	30	60	30

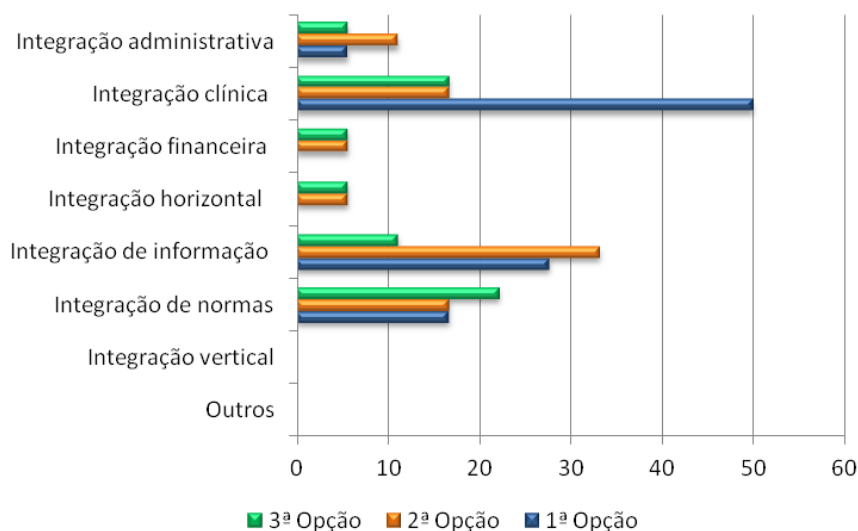
FIGURA A.9 – 7.3 Concorda com o atual modelo de financiamento, por parte do Estado?**QUADRO A.26 – 8.1 A articulação dos cuidados continuados com os cuidados de saúde primários e agudos é eficiente?**

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	17	48,6
Não	18	51,4
Total	35	100,0

QUADRO A.27 – 8.1.1 Se não, o que deverá ser feito para promover uma melhor comunicação e articulação entre os diferentes cuidados de saúde?

	Integração administrativa		Integração clínica		Integração financeira		Integração horizontal		Integração de informação		Integração de normas		Integração vertical		Outros		Não resposta		Total*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º lugar	1	5,6%	9	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	27,7%	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	100,0%
2º lugar	2	11,1%	3	16,7%	1	5,6%	1	5,6%	6	33,2%	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	11,1%	18	100,0%
3º lugar	1	5,6%	3	16,7%	1	5,6%	1	5,6%	2	11,1%	4	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	6	33,2%	18	100,0%

* N = 18 unidades que na questão anterior referiram que a articulação entre cuidados de saúde não é eficiente

FIGURA A.10 – 8.1.1 Se não, o que deverá ser feito para promover uma melhor comunicação e articulação entre os diferentes cuidados de saúde?**QUADRO A.28 – 8.2 Qual o impacto fundamental que esta melhor integração teria?**

	Frequência	Percentagem (%)
- Melhor satisfação das necessidades dos doentes	21	60,0
- Tratamento mais atempado	5	14,2
- Diminuição do internamento desnecessário nos cuidados agudos	2	5,7
- Processo de referenciação mais célere	3	8,6
- Diminuição de procedimentos desnecessários	1	2,9
- Redução de custos	1	2,9
Não respostas	2	5,7
Total	35	100,0