



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



AVALIAÇÃO DO ACESSO DOS UTENTES AOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



5 DE FEVEREIRO DE 2013

Agradecimentos

A ERS agradece a colaboração de:

Enf.^o Manuel Luís Capelas, Dra. Inês Guerreiro, Dra. Isabel Galriça Neto, Dr. Ricardo Rodrigues e Dra. Marta Viana.

Os seus contributos foram de grande valia para a elaboração do presente estudo, o qual, no entanto, apenas vincula a ERS.

Índice

Sumário executivo	4
1. Introdução.....	7
2. Metodologia	12
2.1. Recolha de dados da procura e da oferta.....	12
2.2. Análise do acesso potencial	12
2.3. Avaliação da qualidade	15
2.4. Colaboração de especialistas.....	18
3. Caracterização da procura.....	20
3.1. Características do perfil mais frequente do utente da RNCCI.....	30
4. Caracterização da oferta.....	32
4.1. Unidades de internamento	32
4.1.1. Contratos vigentes das unidades de internamento.....	39
4.2. Unidades de ambulatório.....	45
4.3. Equipas hospitalares	45
4.3.1. Contratos vigentes das equipas hospitalares	47
4.4. Equipas domiciliárias.....	47
4.4.1. Contratos vigentes das equipas domiciliárias.....	49
4.5. A evolução da oferta ao longo do tempo	50
5. Análise do acesso.....	53
5.1. Barreiras ao acesso	53
5.1.1. Encargos dos utentes	53
5.1.2. Acesso potencial.....	61
5.2. Resultados da análise das barreiras ao acesso.....	70
5.3. Efeitos das deficiências de acesso identificadas	71
6. Avaliação da qualidade.....	73
6.1. Análise regional.....	87
7. Conclusões.....	90
7.1. Pontos de melhoria	92
Bibliografia.....	95

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHCS – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ETC – Equivalente a Tempo Completo

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

IAS – Indexante dos Apoios Sociais

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

KD2SFCA – *Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area*

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OMS – Organização Mundial da Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDPA – Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Sumário executivo

Tendo em consideração o reconhecido contexto de progressivo envelhecimento demográfico e contínuo aumento das necessidades de cuidados continuados das populações, bem como a ainda recente organização da oferta para colmatar estas necessidades, foi publicado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2011, o “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”. Com vista à ampliação das análises realizadas e para a aferição das regiões que se apresentam como prioritárias para a evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a ERS apresenta este novo trabalho sobre o acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. Este estudo é realizado na prossecução das incumbências da ERS de elaborar estudos sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, com vista ao “fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes”, cf. a alínea a) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, e de elaborar estudos “sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS”, cf. a alínea c) do mesmo artigo, tendo igualmente em vista os objetivos da ERS de “velar pelo cumprimento dos requisitos do exercício da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”, de “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei” e de “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”, cf. as alíneas a), b) e c) do artigo 33.º do mesmo diploma.

O relatório inicia-se com a apresentação da metodologia adotada, a que se segue a caracterização da procura por cuidados continuados integrados, que permite identificar o utente típico que necessita deste tipo de cuidados de saúde.

No capítulo da caracterização da oferta, são apresentados detalhadamente os diferentes tipos de serviços que devem constituir a oferta da RNCCI, designadamente unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

No que se refere à evolução da oferta das unidades de internamento ao longo do tempo, face à meta estabelecida até à concretização da satisfação das necessidades dos utentes, fixada em 2013, o cumprimento da meta aparenta ser inviável, tendo em conta o número de camas existentes em agosto de 2012 e a evolução recente deste número, só se podendo perspetivar que venha a tornar-se exequível num prazo mais alargado. A oferta de cuidados paliativos é a que mais se distancia das metas estabelecidas.

Destaca-se, ainda, a discrepância entre a situação atual das equipas domiciliárias comunitárias de suporte em cuidados paliativos e das unidades de ambulatório de dia e

promoção da autonomia face às metas estabelecidas. No que concerne às unidades de ambulatório, em particular, estas ainda não existem, por questões orçamentais e por não terem sido regulamentados a sua instalação e o seu funcionamento. A criação destas unidades é importante, não apenas do ponto de vista do acesso dos utentes, mas também do ponto de vista de uma visão equilibrada e consistente da RNCCI.

No capítulo referente à análise do acesso, é apresentada uma avaliação dos encargos que devem ser pagos pelos utentes para internamento na RNCCI e uma análise do acesso potencial, de cunho sobretudo geográfico, com a identificação das populações que mais enfrentam barreiras à obtenção de cuidados continuados e à satisfação das suas necessidades.

Relativamente aos encargos pagos pelos utentes, há indícios de entraves financeiros ao acesso dos utentes às unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, resultantes de dificuldades financeiras para a cobertura dos encargos.

Outra conclusão prende-se com o possível internamento inadequado de utentes nas unidades de internamento que requerem o pagamento de encargos dos utentes, quando deveriam ser internados nas unidades isentas desses encargos.

No que se refere à análise do acesso potencial, apresentam-se resultados para toda a tipologia das unidades de internamento e para os tipos de internamento individuais.

Os resultados para toda a tipologia indicam que em oito distritos se constata um baixo acesso aos cuidados continuados com internamento – Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro e Leiria, nas regiões de Saúde do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo.

Um segundo resultado refere-se à conclusão de que a grande maioria das populações usufrui de um acesso que está aquém da meta planeada para a RNCCI, em termos de número de camas por habitantes: 95% das unidades geográficas utilizadas para a análise apresenta um rácio inferior à meta.

Quanto aos resultados dos tipos de internamento individuais, destacam-se os melhores resultados referentes às unidades de internamento de longa duração e manutenção. Por outro lado, um resultado comum a todos os tipos de internamento individuais refere-se à identificação de populações residentes em algumas áreas, nas regiões de Saúde do Norte e do Alentejo, que têm acesso mais restrito por residirem a mais de uma hora de viagem de uma unidade. No caso específico das unidades de convalescença, há também populações com acesso mais restrito nas regiões de Saúde do Centro e do Algarve, sendo certo que, no caso dos cuidados paliativos, há populações com acesso mais

reduzido nas cinco regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Relativamente à avaliação da qualidade, é possível constatar, num primeiro momento, uma escassez de médicos e enfermeiros em algumas unidades de internamento, que pode comprometer a qualidade na prestação de cuidados de saúde. O tipo de internamento com maior deficiência em termos de atendimento médico aos doentes é o de longa duração e manutenção. No que se refere aos enfermeiros, há indícios de que a escassez de enfermeiros afeta sobretudo as unidades de convalescença e de média duração e reabilitação.

Num segundo momento, na análise regional, conclui-se que, globalmente, a região de Saúde que presta cuidados continuados de maior qualidade à sua população é a região do Alentejo, seguida das regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (regiões com mesma pontuação na análise realizada), e Centro.

As conclusões a que se chegam quando se comparam os resultados da avaliação da qualidade com os resultados da análise do acesso indicam que as populações que têm um acesso mais baixo a cuidados continuados de saúde de elevada qualidade são, em especial, parte das populações residentes nos distritos de Lisboa, Setúbal, Aveiro, Leiria, Guarda, Castelo Branco, Porto e Braga, a que se acrescentam os distritos de Bragança, Coimbra e Faro, tendo em conta os resultados da análise dos tipos de internamento específicos.

É de salientar, ainda, que o acesso de todos os utentes residentes em Portugal Continental a cuidados continuados de saúde de qualidade é prejudicado pela deficiente oferta de cuidados paliativos, em particular, e pela inexistência das unidades de ambulatório previstas na legislação.

Por último, atentos os principais resultados do estudo, identificam-se nove pontos de melhoria que deveriam ser fomentados, com vista ao alcance das metas estabelecidas para a RNCCI e ao aumento do acesso equitativo da população de Portugal Continental a cuidados continuados de saúde de qualidade.

1. Introdução

Conforme disposto na alínea b) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, um dos objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) consiste em “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”. Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos da alínea a) do artigo 35.º do mesmo diploma, “assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados”.

O cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde só será assegurado em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões. Idealmente, a oferta de cuidados de saúde deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso uniforme para todas as populações.

A ERS tem vindo a caracterizar as descontinuidades na prestação e a escassez de oferta de cuidados de saúde, conducentes a desigualdades no acesso, através do desenvolvimento de mapas da oferta para diferentes tipos de cuidados de saúde prestados. Nesses estudos, a partir da comparação do mapa da oferta de diferentes tipos de cuidados de saúde com as características da população de cada região, são realizadas análises do acesso dos utentes, com conclusões indicativas de oportunidades de melhoria do sistema, tendo em vista a redução da iniquidade no acesso dos cidadãos.

Os cuidados continuados de saúde podem ser definidos 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” (cf. a alínea k) da Base II da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro – a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos). Os cuidados continuados integrados compreendem “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” (cf. as alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (doravante RNCCI ou Rede)).

Até à criação da RNCCI, inexistia em Portugal um sistema nacional para a prestação de cuidados continuados, organizado e articulado com os cuidados de saúde hospitalares e primários, com vista a uma resposta eficaz e equitativa às necessidades dos utentes. O reconhecimento desta lacuna ocorreu apenas durante a década de 90 do século

passado, tendo motivado o Despacho Conjunto n.º 407/98, 15 de maio, da Ministra da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade¹, em que se aprovaram “as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência” e “as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social [...]”. Contudo, os tipos de resposta criados mostraram-se insuficientes e ineficazes ao longo do tempo, tendo tido impacto limitado sobre o problema².

Ainda outros desenvolvimentos no sentido da criação de um sistema articulado foram promovidos até à criação da RNCCI em 2006, como, por exemplo, a criação de uma Rede de Cuidados Continuados em 2003³. No entanto, apenas a partir de 2006 começou a verificar-se um rápido desenvolvimento da prestação de cuidados continuados integrados em Portugal.

Sem prejuízo de o objetivo geral da RNCCI consistir em prestar cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, *independentemente da idade* (cf. o n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho), a criação da Rede resultou da constatação da necessidade, cada vez mais urgente, de se promover uma política pública integrada de saúde e de segurança social na área dos cuidados continuados, como resposta ao progressivo envelhecimento demográfico. Com efeito, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi reconhecida a necessidade de se criar um sistema prestador de cuidados continuados integrados com uma resposta adequada, articulada e eficaz ao processo de alteração da estrutura demográfica no país, caracterizado pelo aumento da população idosa, dependente e portadora de doença crónica⁴.

É de salientar que o índice de dependência de idosos de Portugal tem apresentado um aumento progressivo desde pelo menos 1960⁵. Acresce que este índice tem sido superior ao índice referente à União Europeia, como se pode notar na Figura 1, elaborada com dados desde 2002 do Banco Mundial⁶.

¹ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 138, de 18 de junho de 1998.

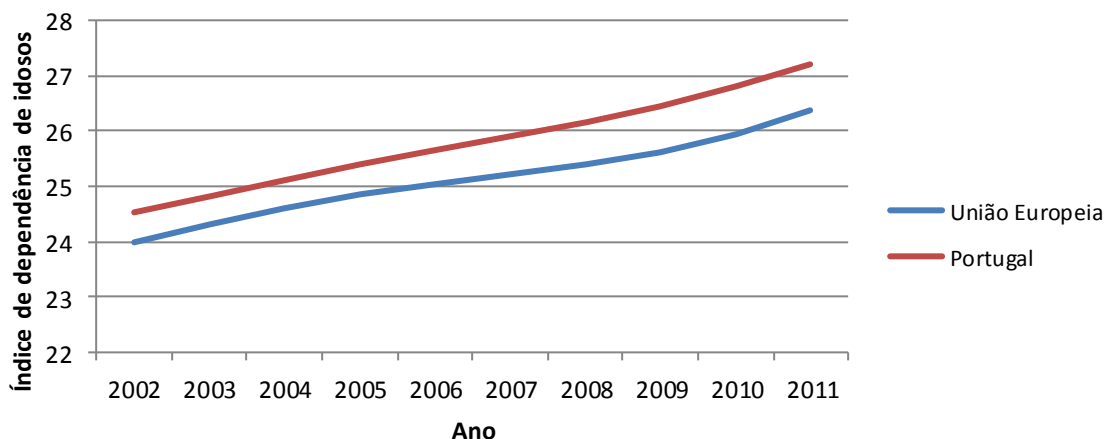
² Sobre estes desenvolvimentos, *vide* Gonçalves (2010).

³ *Vide* Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro.

⁴ *Vide* volume 2 do relatório do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf.

⁵ O índice de dependência de idosos é calculado com base na relação entre o número de pessoas com 65 e mais anos de idade e o número de pessoas com idades entre 15 e 64 anos.

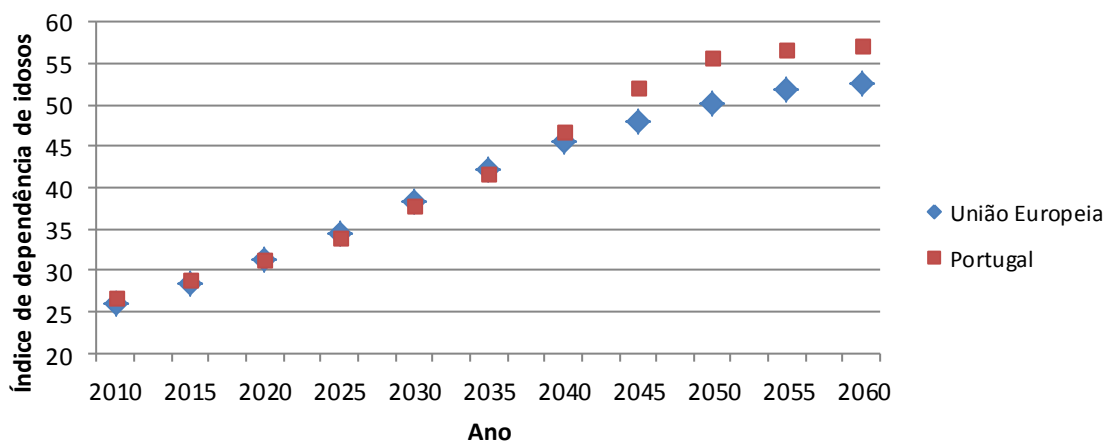
⁶ Dados disponíveis em data.worldbank.org.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Banco Mundial.

Figura 1 – Evolução do índice de dependência de idosos de Portugal e da UE

Por sua vez, como se pode constatar na Figura 2, o índice de dependência de idosos deverá continuar a elevar-se, tendo em conta as projeções do Eurostat até 2060, sendo que se prevê para os anos mais distantes uma diferença relativamente mais ampliada entre o índice português e o da União Europeia⁷.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Eurostat.

Figura 2 – Projeção do índice de dependência de idosos de Portugal e da UE

Neste contexto de contínuo aumento das necessidades de cuidados continuados das populações e da organização ainda recente da oferta para colmatar estas necessidades foi publicado pela ERS em 2011 o “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”^{8 9}.

⁷ Projeções disponíveis em epp.eurostat.ec.europa.eu.

⁸ Refira-se que o desenvolvimento da oferta de cuidados continuados integrados em Portugal ainda é recente, com despesas públicas relativamente reduzidas (*vide* relatório “Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care – Europe and North America”, de 2012, do Centro Europeu de Políticas de Assistência Social e Investigação), pelo que é comum a ocorrência de casos em que os utentes precisam de recorrer excessivamente a apoios de familiares, quando têm

Naquele estudo, concentrou-se a análise do acesso das populações aos cuidados continuados prestados nas unidades de internamento da RNCCI, sendo que as principais conclusões que se obtiveram indicaram que a Rede estava a expandir-se de forma relativamente adequada em termos geográficos, embora tenham sido identificados os concelhos de Bragança e Moura e regiões circundantes como áreas prioritárias para a promoção da expansão da oferta, tendo em vista uma redução das desigualdades no acesso das populações.

Com vista à ampliação do escopo do estudo de 2011 e para a aferição das regiões que se apresentam como prioritárias para a continuação da evolução da RNCCI, cujo planeamento estratégico se prevê que fique completo em 2013¹⁰, a ERS apresenta este novo estudo sobre o acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, que é realizado na prossecução das incumbências da ERS de elaborar estudos sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, com vista ao “fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes” (cf. a alínea a) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio), e de elaborar estudos “sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS” (cf. a alínea c) do mesmo artigo e diploma).

O relatório está estruturado em sete capítulos. Segue-se a este primeiro capítulo introdutório o capítulo 2, com a descrição da metodologia adotada, incluindo a descrição das informações reunidas para as análises e dos métodos utilizados.

No capítulo 3 é caracterizada a procura, com a identificação do perfil dos utentes admitidos na RNCCI, a partir das variáveis idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão, autonomia física, apoio e convívio social e risco de quedas.

O capítulo 4 dedica-se à caracterização da oferta da Rede, englobando não apenas as unidades de internamento, tal como se fez no estudo de 2011, mas também as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias.

oportunidade, ou, por exemplo, a apoios em lares de idosos ou centros de dias, ou, ainda, a serviços diversos de apoios domiciliários. No entanto, estas alternativas não são equivalentes aos cuidados continuados de saúde da RNCCI, quer em termos de organização e cobertura populacional, quer em termos de financiamento e especificidades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde.

⁹ O estudo publicado pela ERS em 2011 encontra-se disponível em www.ers.pt.

¹⁰ O planeamento estratégico da RNCCI está organizado em três fases de desenvolvimento: fase 1, entre 2006 e 2008, fase 2, de 2009 a 2012, e fase 3, de 2013 a 2016 (conforme informação disponível em www.rncci.min-saude.pt). No entanto, as metas previstas para 2016 foram antecipadas para 2013, conforme anunciado no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 25/2010, de 29 de março, e referido na Lei n.º 3-A/2010, de 28 de abril, das Grandes Opções do Plano para 2010-2013.

No capítulo 5, apresenta-se a análise do acesso, organizada em duas partes, referindo-se a primeira parte aos encargos pagos pelos utentes, que poderão condicionar o acesso dos utentes aos cuidados continuados e a segunda parte à análise do acesso potencial, em que são consideradas, para além da distribuição geográfica e da capacidade da oferta face à procura potencial, o ajustamento da procura, com base em variáveis representativas da procura potencial e das necessidades de obtenção de cuidados continuados das populações.

O capítulo 6 dedica-se à avaliação da qualidade das unidades de internamento a partir de uma lista de indicadores e informações diversas. Esta avaliação, que tem em vista os objetivos da ERS de “velar pelo cumprimento dos requisitos do exercício da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde” e de “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” (cf. as alíneas a) e c) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio), configura-se num importante complemento da análise do acesso, possibilitando a obtenção de conclusões definitivas sobre o acesso dos utentes a cuidados continuados de qualidade.

Finalmente, no capítulo 7, são apresentadas as conclusões do estudo, incluindo uma comparação dos resultados da análise do acesso com os resultados da avaliação da qualidade, para além da identificação de pontos de melhoria a serem fomentados, com vista ao alcance das metas estabelecidas para a RNCCI, à redução das desigualdades no acesso e à melhoria da qualidade.

2. Metodologia

O presente capítulo apresenta a metodologia adotada no estudo, indicando quais as informações recolhidas para as análises realizadas e descrevendo os principais métodos de análise utilizados.

2.1. Recolha de dados da procura e da oferta

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro, para conduzir e operacionalizar a implementação da RNCCI, constituiu a principal fonte de referência utilizada para a recolha de dados e demais informações caracterizadoras da procura e da oferta¹¹.

A ERS enviou um ofício à UMCCI no dia 13 de agosto de 2012, que resumiu a base das informações que foram consideradas necessárias para se iniciar o estudo e definir os métodos de análise adequados para o melhor aproveitamento das informações. Posteriormente, contatos estabelecidos com a UMCCI permitiram complementar, confirmar e afinar as informações recebidas para as análises da ERS, que, por sua vez, foram ajustadas à disponibilidade de dados. Foram reunidas informações essenciais para a caracterização da procura e da oferta, bem como os dados necessários para a análise do acesso (capítulo 5) e a avaliação da qualidade (capítulo 6).

Outras informações recolhidas referiram-se a dados de fontes oficiais, designadamente o Banco Mundial, o Eurostat e o Instituto Nacional de Estatística (INE).

2.2. Análise do acesso potencial

O acesso potencial pode ser definido como a habilidade das populações para obterem cuidados de saúde, ao passo que esta habilidade é afetada por barreiras ao acesso realizado, ou seja, à utilização ou obtenção dos cuidados por parte dos utentes¹². A análise do acesso potencial é adequada para a identificação de problemas de acesso das

¹¹ Importa notar que a UMCCI foi extinta, em 1 de dezembro de 2012, com a conclusão do processo de fusão da mesma na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (cf. a Deliberação n.º 2020/2012, de 8 de novembro, do Conselho Diretivo da ACSS, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 245, de 19 de dezembro de 2012). A Rede passou a ser coordenada pela ACSS.

¹² Definição de acesso baseada na definição de Gulzar (1999).

populações aos cuidados de saúde, sendo este tipo de análise de reconhecida utilidade para políticas públicas direcionadas para a promoção de acesso equitativo¹³.

Para a análise do acesso potencial foram estudados fatores que podem dificultar o acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, tendo em conta principalmente variáveis representativas da proximidade dos utentes aos prestadores da RNCCI e da capacidade da prestação face à procura potencial, medida pelo número de camas das unidades de internamento em relação à população residente. A análise consistiu, concretamente, na atribuição de rácios de oferta às unidades geográficas escolhidas para análise, nomeadamente as áreas dos códigos postais de quatro dígitos de Portugal Continental¹⁴. Portanto, para cada uma destas áreas com pequenas superfícies foi calculado o índice de acesso representativo do acesso da população ali residente, compreendendo diferentes dimensões do acesso, tendo sido possível identificar deste modo diferenças no acesso entre as populações.

O método de análise do acesso escolhido foi o método *Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area* (KD2SFCA)¹⁵, que se descreve no Quadro 1.

Quadro 1 – O método KD2SFCA

$$A_i = \sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} R_l f(d_{il}, h) = \sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} \frac{S_l f(d_{il}, h)}{\sum_{k \in \{d_{kl} \leq d_{\max}\}} P_k f(d_{kl}, h)}, \text{ em que:}$$

A_i é o índice de acesso calculado para a população residente na unidade geográfica i , R_l é o rácio de oferta da unidade geográfica l , S_l é o número de recursos de oferta em l , d_{il} e d_{kl} são os tempos de viagem em estrada entre as unidades geográficas i e l , e k e l , respetivamente, P_k é a população residente na unidade geográfica k , h , que equivale a d_{\max} , é o tempo máximo de viagem definido como sendo representativo das distâncias máximas tipicamente percorridas pelos utentes até à obtenção dos cuidados continuados, e finalmente, $f(d_{il}, h)$ e $f(d_{kl}, h)$ referem-se à função que confere maior peso a tempos de viagem mais curtos relativamente a tempos mais longos e que é aplicada apenas para tempos de viagem inferiores ou iguais ao tempo de viagem máximo:

$$f(d_{ij}, h) = \frac{3}{4} \left[1 - \left(\frac{d_{ij}}{h} \right)^2 \right].$$

Ao valorizar distâncias mais próximas para o utente, a aplicação desta função permite o ajustamento das populações cobertas pelas áreas de influência dos prestadores, bem como o ajustamento do índice de acesso considerando as opções de oferta disponíveis.

Refira-se que a aplicação informática utilizada para estes cálculos foi o MapPoint, que fornece os mapas com limites de velocidade e regras de tráfego, as áreas dos códigos postais de quatro dígitos e, ainda, os pontos de referência dessas áreas (centroídes), que foram utilizados para os cálculos dos tempos de viagem.

¹³ A valorização de análises do acesso potencial para políticas públicas é referida em Lin et al. (2005) e Andersen (1995).

¹⁴ Os rácios de oferta considerados foram rácios de recursos de oferta (número de camas) em relação à população residente.

¹⁵ Vide Dai & Wang (2011).

Importa notar, contudo, que este método foi adaptado para a inclusão de variáveis adicionais no cálculo do índice de acesso. Com efeito, as populações das unidades geográficas foram ajustadas de acordo com as respetivas necessidades de cuidados de saúde estimadas por meio de dados dos Censos de 2011, do INE, designadamente idade, nível de escolaridade, sexo e estado civil. Estas são variáveis que, conforme verificado nos dados referentes às admissões na RNCCI (*vide* capítulo 3) e de acordo com a literatura, podem caracterizar os utentes a quem tipicamente são prestados cuidados continuados ou que têm mais necessidades de obtenção de cuidados continuados¹⁶. Estas variáveis foram integradas num índice por meio do método de análise de componentes principais.

A construção de um índice de necessidades de cuidados continuados por meio da análise de componentes principais e a inclusão desse índice no cálculo do índice final do acesso são explicadas no Quadro 2¹⁷.

Quadro 2 – Construção de um índice por meio da análise de componentes principais e integração das necessidades de cuidados das populações no índice de acesso

A análise de componentes principais é uma técnica estatística utilizada para reduzir o número de variáveis num conjunto de dados, para a obtenção de um menor número de dimensões, em forma de componentes ou índices. Cada índice é uma combinação linear ponderada das variáveis iniciais.

Por exemplo, no caso de apenas um índice ser produzido pela análise de componentes principais, representa-se este índice pela seguinte fórmula:

$$PC_1 = a_{11}X_1 + a_{12}X_2 + \dots + a_{1n}X_n, \text{ em que:}$$

PC_1 é o índice, ou componente principal; X_1 a X_n são um conjunto de variáveis; e a_{1n} representa o peso da variável X_n .

Portanto, na análise realizada, as variáveis utilizadas para a representação aproximada das necessidades de cuidados continuados das populações das unidades geográficas formaram um índice, que, após ser ajustado a uma escala de 0,5 a 2 (como em McGrail & Humphreys (2009)), foi multiplicado pela população P_k na fórmula de cálculo do método KD2SFCA. Com o ajustamento nesta escala, a dimensão da população em cada unidade geográfica foi ajustada de acordo com as necessidades estimadas da população, tendo sido aumentada (até 100%), no caso de as necessidades serem mais altas, e diminuída (até 50%), no caso de serem mais baixas.

Note-se que este tipo de ajustamento produz um efeito contrário sobre R_i , o rácio de oferta da unidade geográfica i (e consequentemente, sobre o índice de acesso final, A_i), uma vez que uma população aumentada diminui o rácio, refletindo a necessária maior utilização da oferta existente, e uma população reduzida aumenta o rácio, refletindo a menor necessidade de utilização da oferta.

¹⁶ Veja-se, por exemplo, o relatório de investigação “Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland”, da Rede Europeia de Institutos de Investigação de Política Económica, ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes), disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2060145.

¹⁷ Sobre construção de índices com análise de componentes principais, veja-se, por exemplo, Vyas & Kumaranayake (2006).

Os resultados finais produzidos com a aplicação do método de análise do acesso escolhido, ajustado pelas necessidades de cuidados de saúde continuados, foram, por sua vez, agrupados em três níveis de acesso – alto, médio e baixo – por meio de uma análise *clusters* por k-médias, tal como explicado no Quadro 3¹⁸.

Quadro 3 – Agrupamento em *clusters* com o algoritmo das k-médias

O agrupamento de dados em *clusters* por meio do algoritmo das k-médias é feito com a minimização da soma do erro padrão entre a média e as observações em cada *cluster* para todos os *k clusters*, que se representa pela seguinte função:

$$J(C) = \sum_{k=1}^K \sum_{x_i \in c_k} \|x_i - \mu_k\|^2,$$

em que C se refere ao conjunto de *clusters*; *k*, à identificação de um *cluster* específico (*c_k*); K, ao número total de *clusters*; *x_i*, a uma observação do conjunto de dados; e *μ_k*, à média do *cluster c_k*.

Deste modo, os *clusters* são formados quando cada observação passa a pertencer ao *cluster* com média mais próxima.

Este agrupamento permitiu que se produzissem mapas para a visualização dos três níveis relativos de acesso nas diferentes regiões de Portugal Continental, sendo certo que o resultado final possibilitou a identificação das populações com baixo acesso aos cuidados de saúde continuados prestados pelas unidades da RNCCI.

2.3. Avaliação da qualidade

Atualmente assiste-se a uma reestruturação dos sistemas de saúde por todo o mundo, que tem levado a um grande enfoque na área da qualidade dos serviços, sendo estabelecidos objetivos de maior e melhor prestação de cuidados de saúde com menos recursos.

A prestação de cuidados de saúde está sujeita a uma grande variabilidade nos procedimentos, que se podem traduzir em diferentes resultados de saúde e numa utilização variável de recursos. Num contexto de prestação de cuidados continuados e integrados, como é o caso da RNCCI, este problema torna-se premente, uma vez que os serviços prestados abrangem diversos tipos de instituições, com diferentes níveis de cuidados, tanto na área da saúde como na área social. Neste tipo de estrutura, medir a qualidade dos serviços prestados é fundamental para que se possa uniformizar procedimentos e introduzir sistemas de melhoria contínua.

O conceito de qualidade em saúde é um conceito multidimensional e complexo. Vários autores e instituições têm tentado definir o conceito de uma forma mais clara. Uma das

¹⁸ Como referência, vide Jain (2009).

definições mais utilizadas na literatura é a do Instituto de Medicina Americano (*Institute of Medicine*¹⁹), que define qualidade como a medida em que os cuidados de saúde prestados aumentam a probabilidade de se obter os resultados esperados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

As definições de qualidade do cuidado de saúde incluem domínios como, por exemplo, a segurança, a eficácia, a acessibilidade, a eficiência, a equidade, os resultados dos cuidados, a melhoria na saúde e a obtenção atempada dos cuidados²⁰. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define seis dimensões para o conceito de qualidade²¹: eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade, equidade e segurança. Neste sentido, o cuidado de saúde deve ser:

- i) Eficaz, na medida em que deve ser concordante com a evidência científica, levando à melhoria dos resultados de saúde para os indivíduos e para as comunidades;
- ii) Eficiente, com prestação voltada para a maximização da utilização dos recursos, evitando o desperdício;
- iii) Acessível, com prestação atempada, bem distribuída em termos geográficos, e num ambiente em que as competências e os recursos são apropriados às necessidades clínicas;
- iv) Aceitável, ou centrado no paciente, devendo ter em consideração as preferências e aspirações dos utentes individuais e da cultura das suas comunidades;
- v) Equitativo, sem apresentar variabilidade na qualidade em função das características pessoais dos utentes, tais como género, raça, etnia, localização geográfica ou situação socioeconómica; e
- vi) Seguro, minimizando o risco e o dano aos utentes.

Tendo em conta a complexidade do conceito de qualidade, é necessário encontrar ferramentas que permitam a operacionalização deste conceito, tais como, por exemplo, os indicadores de qualidade, que são unidades básicas utilizadas na avaliação quantitativa da qualidade de um cuidado de saúde (Derose et al., 2002). A utilização e a monitorização de indicadores possibilitam a documentação da qualidade dos cuidados de saúde prestados; a comparação ao longo do tempo entre estabelecimentos prestadores; a tomada de decisões e a definição de prioridades; o apoio à responsabilização, à regulação e à acreditação; o apoio à melhoria da qualidade; e, ainda, o apoio à escolha de prestadores por parte dos utentes (Mainz, 2003).

¹⁹ Vide <http://www.iom.edu>.

²⁰ The King's Fund (2011).

²¹ OMS (2006).

Donabedian (1988) desenvolveu um quadro conceptual baseado numa tríade que tem sido amplamente utilizada no desenvolvimento de indicadores de saúde. Segundo o autor, os indicadores de qualidade podem ser classificados como indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

Os indicadores de estrutura referem-se às características organizacionais dos serviços. A esta dimensão estão subjacentes as características físicas da organização e dos recursos humanos.

Os indicadores de processo estão relacionados com as interações entre os prestadores e os utentes. Nos processos inerentes à prestação de cuidados de saúde podem-se identificar duas dimensões da qualidade: a qualidade técnica e a qualidade interpessoal (Donabedian, 1992). A qualidade técnica refere-se à aplicação da ciência e da tecnologia aos cuidados de saúde prestados, enquanto a qualidade interpessoal está relacionada com a gestão e a interação entre o prestador de cuidados de saúde e o utente. São exemplo de indicadores de processo o diagnóstico, o plano de tratamento, a referenciação dos utentes, a comunicação e a coordenação entre os utentes e os profissionais.

Os indicadores de resultado relacionam-se com o efeito que os cuidados de saúde prestados têm no estado de saúde do utente e da população em geral. São exemplos deste tipo de indicadores a mortalidade, a morbilidade, o estado de saúde do utente, os reinternamentos, a satisfação do utente e a qualidade de vida do utente.

Os três tipos de indicadores são interdependentes. Os indicadores de resultado são uma importante medida de qualidade de um serviço, mas dependem da estrutura e dos processos. Portanto, é importante monitorizar tanto os indicadores de resultado como os indicadores de estrutura e de processo. Tendo em conta esta tríade, pode considerar-se que os cuidados de saúde têm qualidade quando os indivíduos conseguem aceder às estruturas e processos de saúde de que necessitam e os cuidados que recebem são eficazes (Campbell et al., 2000).

Refira-se que, quando se desenvolvem indicadores de qualidade em saúde, estes devem ter determinadas características para que se possam considerar bons indicadores. Podem ser definidas as seguintes características referentes ao desenvolvimento e a aplicação de indicadores de qualidade (Campbell et al., 2002): validade facial e de conteúdo; reprodutibilidade; aceitabilidade; viabilidade; fiabilidade; sensibilidade à mudança; e validade preditiva.

No que se refere à validade facial e de conteúdo, no desenvolvimento de um indicador deve verificar-se se o indicador representa o conceito que está a ser medido e se se

baseia na evidência científica ou no consenso. A reprodutibilidade no desenvolvimento de um indicador relaciona-se com a noção de que na repetição do método de desenvolvimento deveria obter-se o mesmo indicador. Quanto à aceitabilidade, deve verificar-se, na aplicação de um indicador, se o mesmo é admissível, tanto para o avaliador como para o avaliado. A viabilidade tem relação com a validade, a fiabilidade, a consistência e a disponibilidade dos dados utilizados na aplicação de um indicador. A fiabilidade relaciona-se com a necessidade de se garantir um erro de medição mínimo na aplicação de um indicador, bem como a comparabilidade entre as organizações avaliadas e a reprodução dos resultados medidos pelo indicador, na eventualidade do indicador ser utilizado por outros avaliadores. A sensibilidade à mudança na aplicação de um indicador refere-se à capacidade do indicador de detetar mudanças na qualidade dos cuidados de saúde. Finalmente, no que concerne à validade preditiva, os indicadores de qualidade devem ser capazes de prever resultados em saúde.

O processo de desenvolvimento de indicadores de qualidade pode ser feito de acordo com diferentes abordagens, sistemáticas e não sistemáticas. As abordagens sistemáticas compreendem a análise da literatura científica existente. Em áreas em que a literatura não é conclusiva, recorre-se à análise da opinião de especialistas através de técnicas de consenso, como a técnica de Delphi. Por seu turno, as abordagens não sistemáticas são baseadas na disponibilidade dos dados e nos incidentes diários da prática clínica.

No presente relatório, utilizaram-se indicadores de qualidade para a avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas instituições que fazem parte da RNCCI. Os indicadores utilizados foram selecionados com base no relatório de avaliação de 2011, “Contratualização nos Cuidados Continuados Integrados – Projecto de Incentivo à Qualidade”, da equipa coordenadora regional do Alentejo, sendo estes indicadores representativos da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde²². A metodologia utilizada teve em conta os dados existentes disponibilizados pela UMCCI.

2.4. Colaboração de especialistas

Com vista à validação do estudo e à identificação de ajustes necessários para a conclusão do relatório final do estudo, a ERS convidou diferentes especialistas na área dos cuidados continuados: Dra. Inês Guerreiro, Coordenadora da UMCCI; Dra. Isabel Galriça Neto, Deputada e membro da Comissão Parlamentar de Saúde; Enf.º Manuel Luís Capelas, Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP); e Dr. Ricardo Rodrigues, Investigador do Centro Europeu de Políticas de Assistência Social

²² Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt>.

e Investigação (*European Centre for Social Welfare Policy and Research*²³). Estes especialistas foram convidados individualmente no início de dezembro de 2012 para o envio de comentários a respeito do conteúdo de uma versão preliminar do relatório. Para a elaboração do presente relatório final todos os comentários recebidos foram tidos em conta.

É de salientar, ainda, a colaboração, ao longo do estudo, da Dra. Marta Viana, doutoranda em Saúde Pública, em particular na área da avaliação da qualidade.

²³ Organização intragovernamental afiliada às Nações Unidas que tem os cuidados continuados como uma das principais áreas de investigação.

3. Caracterização da procura

A RNCCI tem como objetivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (cf. o n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Por seu turno, constituem objetivos específicos da Rede, atento o n.º 2 do artigo 4.º do mesmo diploma:

- a) “A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situações de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”.

Conforme estabelecido no n.º 1 do artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, “o ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência”.

A admissão de um utente nas unidades de internamento da RNCCI ocorre principalmente por meio da referenciação dos utentes pelas equipas de gestão de altas (EGA) dos hospitais de agudos do SNS²⁴. De acordo com o Despacho n.º 7968/2011, de 24 de maio,

²⁴ As equipas de gestão de altas são explicadas detalhadamente no capítulo referente à caracterização da oferta (capítulo 4).

da Ministra da Saúde²⁵, todos os hospitais do SNS devem ter uma equipa de gestão de altas, que deve “proceder ao efectivo planeamento da alta hospitalar, em conjunto com os restantes serviços hospitalares, de forma a garantir a continuidade de cuidados a todos os doentes que destes necessitem” (cf. o preâmbulo do referido Despacho). Este diploma teve como objetivo promover o acesso de todos os doentes internados em hospitais do SNS “que carecem de cuidados de saúde e apoio social e que se constituem como potenciais utentes de unidades e equipas de cuidados continuados integrados e ou com necessidade de continuidade de cuidados em qualquer das tipologias da RNCCI” (igualmente cf. o preâmbulo do referido diploma).

Também são referenciados utentes oriundos das suas residências para a RNCCI pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários²⁶, nos casos em que tais decisões de referenciação são validadas pela equipa coordenadora local (ECL) da área de residência do utente²⁷, sendo que a admissão é direta para as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) ou para as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), sem avaliação pela ECL²⁸.

Note-se que o critério de proximidade à residência do utente é a única determinante válida para todas as admissões em unidades ou equipas da RNCCI, conforme estabelecido na Diretiva Técnica, n.º 1/UMCCI/2012, de 28 de março de 2012, da UMCCI.

Os utentes podem ser admitidos na Rede se se encontrarem em alguma das seguintes situações, de acordo com as alíneas a) a e) do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho:

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

²⁵ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 2 de junho de 2011.

²⁶ Conforme referido no documento “Modelo de Referenciação de Utentes da UMCCI”, de 2009, disponível em www.umcci.min-saude.pt, “a sinalização de doentes oriundos do domicílio, ou de outro local onde residam à data da referenciação, pode ser efectuada por qualquer profissional da área da saúde e/ou social, bem como por qualquer cidadão que identifique a necessidade de cuidados de saúde/apoio social de outrem”.

²⁷ Esta validação também é necessária para a referenciação feita pelas EGA dos hospitais.

²⁸ Cf. o documento “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua”, de agosto de 2011, disponível no website da UMCCI, em www.umcci.min-saude.pt.

Mais especificamente, de acordo com o documento “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua”, de 2011, da UMCCI²⁹, descrevem-se da seguinte forma os utentes que podem ser admitidos na RNCCI, importando notar que não há restrição quanto à idade:

- i) “Pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;
- ii) Pessoas com episódios frequentes de reagudização e que necessitam de ser seguidas e acompanhadas durante períodos de tempo mais ou menos longos, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;
- iii) Pessoas com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;
- iv) Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos;
- v) Necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio”.

Uma vez admitido numa unidade ou equipa da RNCCI, o doente poderá ser transferido para outra unidade ou equipa, caso essa necessidade seja constatada³⁰. Neste caso, para a concretização da mobilidade na Rede, o pedido deve ser feito pelo responsável da unidade/equipa em que o utente está admitido, através de proposta fundamentada. Este pedido deve ser submetido à validação da equipa coordenadora local da área de influência da unidade/equipa, sendo certo que, conforme definido no documento Modelo de Referenciação de Utentes da UMCCI, o critério de proximidade ao domicílio do doente deve ser observado na sua transferência³¹. Nos casos em que a unidade/equipa de

²⁹ Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf.

³⁰ Vide Despacho n.º 19040/2006, de 3 de agosto, do Secretário de Estado da Segurança Social e da Secretaria de Estado Adjunta e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 181, de 19 de setembro de 2006. Concretamente, de acordo com a alínea e) do n.º 3.3 do referido Despacho, as ECL “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”.

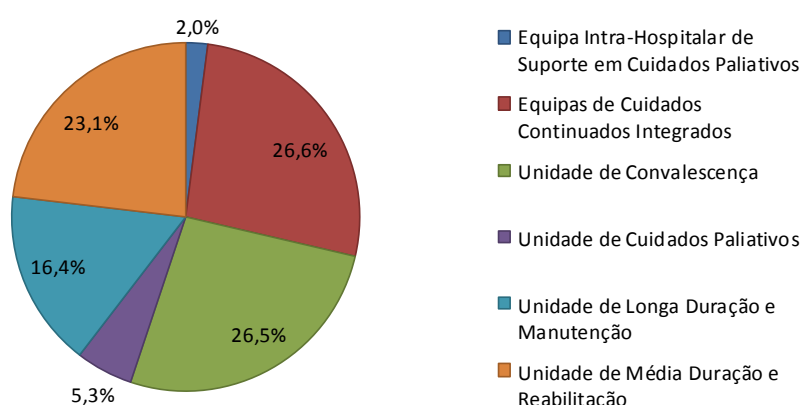
³¹ Não obstante, note-se que, conforme estabelecido na Diretiva Técnica, n.º 1/UMCCI/2012, de 28 de março de 2012, da UMCCI, os doentes têm o direito preferencial de escolha na mobilidade/transferência entre unidades ou equipas da RNCCI. A transferência deve sempre depender da aceitação pelo doente.

destino não corresponde à equipa coordenadora local da área do domicílio do doente, deve haver articulação entre a equipa coordenadora local e a equipa coordenadora regional (ECR).

Sem prejuízo de poderem ser autorizadas prorrogações dos internamentos, note-se que a mobilidade na Rede deve ocorrer, em particular, nos casos em que o prazo de internamento fixado se esgota e não são atingidos os objetivos terapêuticos, para que o doente possa ingressar numa unidade ou equipa mais adequada, “com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade de vida” (cf. o n.º 1 do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)³².

Para a caracterização da procura por cuidados continuados de saúde em Portugal continental foram consideradas informações da UMCCI referentes aos utentes admitidos na RNCCI entre janeiro de 2011 e setembro de 2012³³.

Foram 37.871 os utentes admitidos na RNCCI durante aquele período, tendo sido registados 47.322 episódios de referência dos utentes neste período – a maioria para as equipas de cuidados continuados integrados, para as unidades de convalescença e para as unidades de média duração e reabilitação, conforme se constata da Figura 3.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 3 – Distribuição das referências de utentes às unidades e equipas da RNCCI entre janeiro de 2011 e setembro de 2012

São apresentados de seguida dados estatísticos relativos à idade, ao género, ao estado civil, ao nível de instrução, à profissão, à autonomia física, ao apoio e convívio social, e ao risco de quedas dos utentes admitidos na RNCCI. Admitindo que todos os utentes que

³² A prorrogação do internamento depende de autorização da equipa coordenadora regional e deve ser assegurada pela equipa coordenadora local, cf. a alínea d) do n.º 3.3 do Despacho n.º 19040/2006, de 3 de agosto, e de acordo com o disposto no Manual de Procedimentos de Referência da UMCCI.

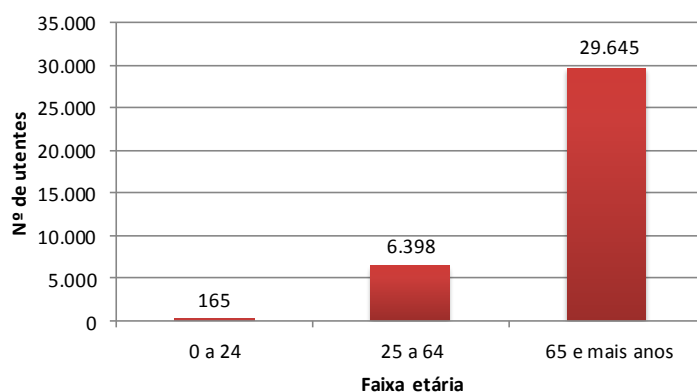
³³ Mais especificamente entre 1 de janeiro de 2011 e 6 de setembro de 2012.

efetivamente necessitam de cuidados continuados ingressam na Rede, esta caracterização identifica os grupos populacionais que mais necessitam destes cuidados em Portugal Continental.

Idade

Com base nos dados dos utentes admitidos entre 1 de janeiro de 2011 e 6 de setembro de 2012, foi possível identificar a idade de 36.208 dos 37.871 admitidos na RNCCI durante este período. Registou-se uma média de idade de 74,9 anos, sendo a idade mínima de um ano e a máxima de 106 anos. Refira-se que metade dos 36.208 utentes tinha 78 ou mais anos de idade e 75% dos utentes tinha 69 anos ou mais.

Tendo em conta as faixas etárias de 0 a 24 anos, de 25 a 64 anos e de 65 e mais anos, os utentes distribuíram-se de acordo com a Figura 4, podendo identificar-se uma concentração substancial na faixa da população idosa (82%).

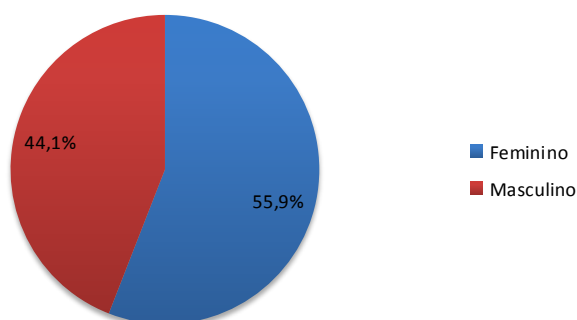


Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 4 – Idade dos utentes admitidos na RNCCI

Sexo

Tendo sido possível identificar a indicação do sexo nos registos da UMCCI de 37.468 utentes, entre os 37.871 admitidos na Rede entre janeiro de 2011 e setembro de 2012, apresenta-se esta informação na Figura 5, podendo notar-se um número relativamente mais elevado de mulheres admitidas.



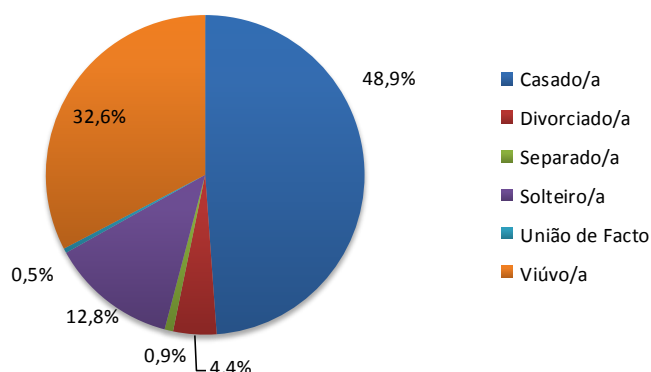
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 5 – Sexo dos utentes admitidos na RNCCI

Por sua vez, foi possível constatar que entre a população mais idosa, a percentagem referente a utentes do sexo feminino aumenta: entre os utentes com 65 e mais anos, 59,5% refere-se a mulheres.

Estado civil

No que diz respeito ao estado civil dos utentes admitidos, a maior parte dos 33.254 utentes que tinham esta informação associada refere-se a casados – quase 50%, sendo que mais de 30% se refere a viúvos, conforme se pode notar na Figura 6. Esta figura também apresenta os outros estados, designadamente divorciado, solteiro, separado e unido de facto.

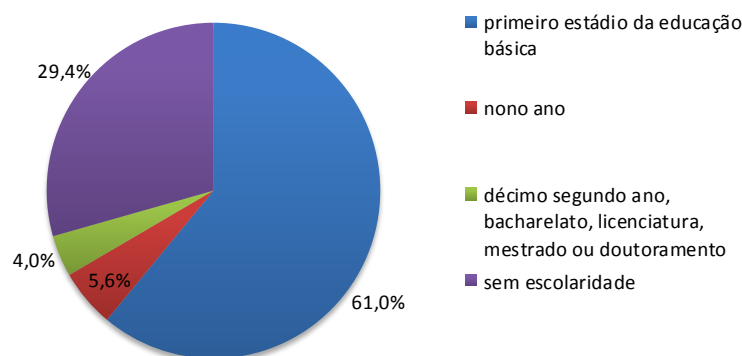


Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 6 – Estado civil dos utentes admitidos na RNCCI

Nível de escolaridade

Tendo em conta a amostra de utentes admitidos na Rede entre janeiro de 2011 e setembro de 2012, identificaram-se 26.847 registos do nível de escolaridade. Apresenta-se a distribuição entre os diferentes níveis na Figura 7.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 7 – Nível de escolaridade dos utentes admitidos na RNCCI

O perfil mais frequente do utente da RNCCI apresenta, portanto, baixa escolaridade, tendo a amostra considerada indicado que cerca de 29% dos utentes não tem escolaridade e 61% tem apenas até seis anos de escolaridade, tendo concluído somente o primeiro estágio da educação básica³⁴.

Profissão

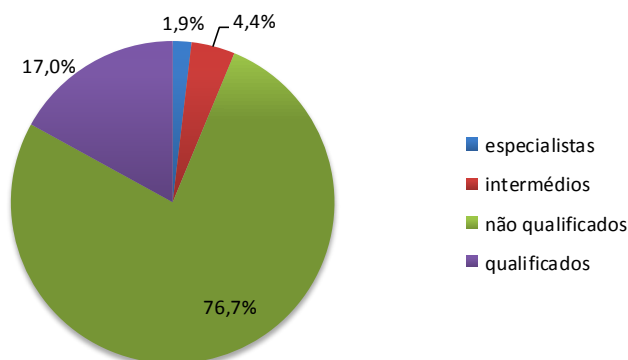
Tendo em conta a mesma amostra, foram identificados 28.508 registos válidos que descrevem a profissão dos utentes em quatro grupos: não qualificados, qualificados, intermédios e especialistas³⁵.

A Figura 8 apresenta as profissões dos utentes admitidos na RNCCI, de acordo com os registos considerados³⁶.

³⁴ A definição destes grupos constam dos documentos da Rede disponíveis no [website www.rncci.min-saude.pt](http://www.rncci.min-saude.pt). Refira-se que os resultados obtidos não diferem muito do perfil mais frequente do utente da RNCCI caracterizado pela UMCCI no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011”, de fevereiro de 2012.

³⁵ Estes grupos referem-se a profissões exercidas pelos utentes ao longo da vida, independentemente de já serem reformados. Foram eliminadas as informações dos utentes com mais de um registo.

³⁶ Exemplos de trabalhadores não qualificados são operadores de máquinas, vendedores ambulantes, empregadas domésticas e trabalhadores não qualificados na agricultura ou na pesca. Trabalhadores qualificados podem ser, por exemplo, vendedores, pintores ou trabalhadores qualificados na agricultura ou na pesca. Trabalhadores intermédios incluem administrativos e técnicos e profissionais de nível intermédio. Finalmente, os especialistas são trabalhadores de quadros superiores ou de profissões intelectuais e científicas.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 8 – Profissão dos utentes

Como se pode constatar, a grande maioria refere-se a trabalhadores não qualificados.

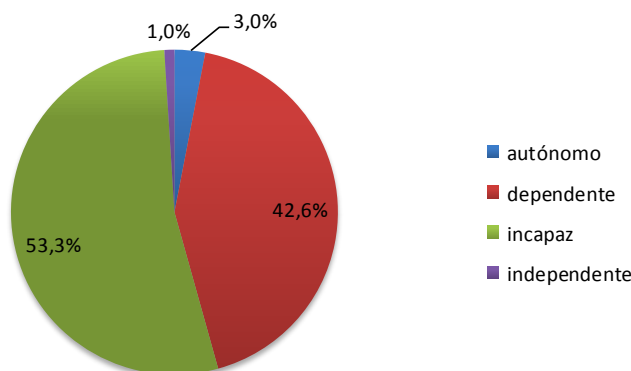
Autonomia física

Para a identificação da autonomia física do utente que é admitido na Rede foram considerados resultados das avaliações biopsicossociais que são realizadas regularmente na RNCCI. Concretamente, foram considerados os resultados de um conjunto de primeiras avaliações de 5.742 utentes realizadas entre 1 de janeiro de 2011 e 5 de setembro de 2012³⁷. Por se referirem a primeiras avaliações, os seus resultados melhor refletirão a autonomia física dos utentes quando ingressaram na Rede.

A Figura 9 apresenta o resultado destas avaliações, que consideram os seguintes aspetos de autonomia física: capacidade de lavar-se, capacidade de vestir-se, capacidade de usar a sanita, capacidade de deitar-se/levantar-se da cama, capacidade de sentar-se/levantar-se, capacidade de controlar a urina, capacidade de controlar as fezes e capacidade de alimentar-se³⁸.

³⁷ Foram considerados apenas os estados “a admitir” e “admitido”.

³⁸ A classificação da autonomia física na RNCCI é feita por meio da aplicação do Índice de Katz, conforme referido no relatório “Desenho de um Sistema de Avaliação de Desempenho das Unidades Integradas na RNCCI”, de julho de 2011, da empresa IASIST, disponível no *website* da Rede, em www.rncci.min-saude.pt.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 9 – Autonomia física dos utentes admitidos na RNCCI

Conforme se pode notar, cerca de 95% dos utentes admitidos na RNCCI são dependentes ou incapazes. Este resultado da amostra considerada mantém-se em linha com o que a UMCCI identificou entre 2009 e 2011, conforme referido no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” de 2011. Concretamente, esta percentagem foi de 94% em 2009, 95% em 2010 e 94% em 2011.

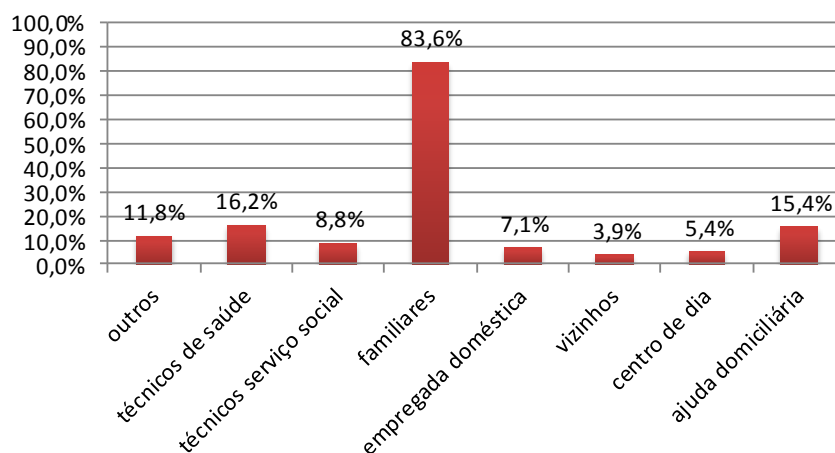
Apoio e convívio social

As informações que caracterizam o apoio e o convívio social dos utentes admitidos na RNCCI baseiam-se em 2.640 avaliações realizadas a doentes entre janeiro de 2011 e setembro de 2012³⁹. Consideraram-se as informações a respeito de quem os doentes recebem apoio, os tipos de apoio que recebem e com quem vivem, que se ilustram nas Figuras 10, 11 e 12.

Note-se que 1.667 dos 2.640 doentes da amostra considerada receberam apoio pecuniário ou em termos de alimentação, de higiene da casa, de higiene pessoal, de medicamentos ou de higiene da roupa, sendo que são 2.136 os registos relativos à origem dos apoios, que pode ser ajuda domiciliária ou de técnicos de saúde, de técnicos do serviço social, de familiares, de empregadas domésticas, de vizinhos, de centros de dia ou de outros.

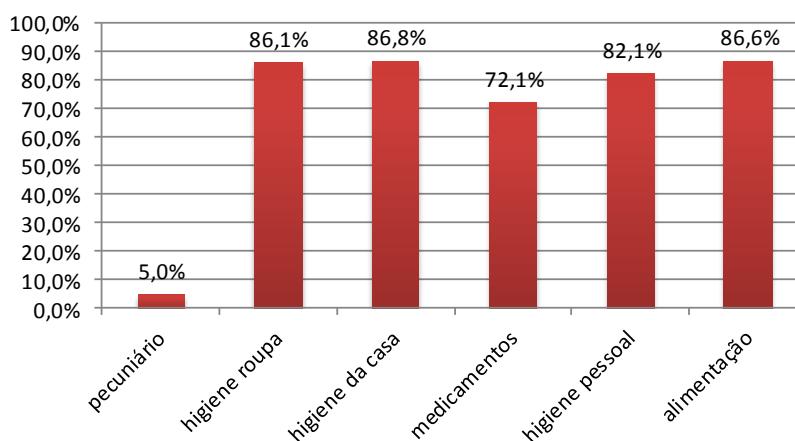
Relativamente à questão sobre com quem vivem, foram considerados 2.539 registos não nulos, tendo em conta a amostra de 2.640 doentes.

³⁹ Primeiras avaliações a doentes registados em fase de admissão ou a admitir.



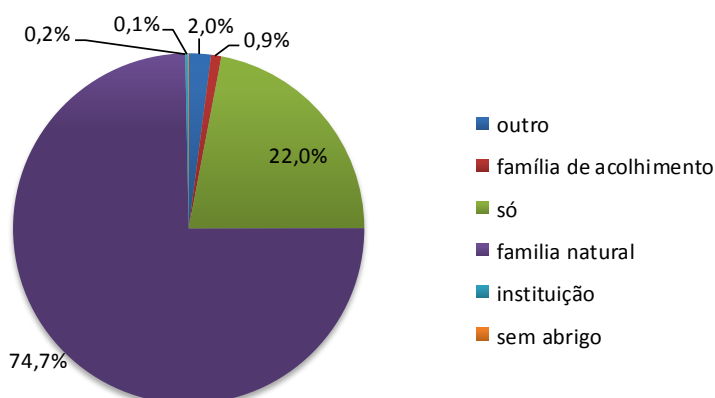
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 10 – Origem dos apoios recebidos pelos utentes admitidos na RNCCI



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 11 – Tipo de apoio que os utentes admitidos na RNCCI recebem



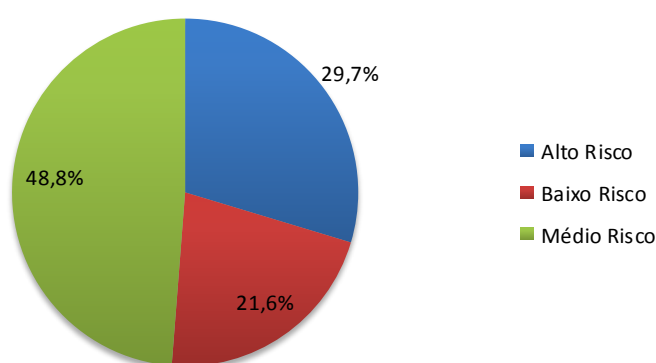
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 12 – Convívio social dos utentes admitidos na RNCCI

Como se pode depreender das figuras que descrevem os apoios e o convívio social dos utentes da Rede, o maior apoio recebido pelos utentes é o familiar, principalmente para higiene e alimentação, mas também em termos de medicamentos. Além disso, os utentes admitidos na RNCCI provêm tipicamente de convivência em família natural ou vivem sozinhos.

Risco de quedas

Quanto ao risco de quedas dos utentes que são admitidos na RNCCI, consideraram-se os resultados de avaliações realizadas entre janeiro de 2011 e setembro de 2012 a 5.965 utentes⁴⁰, que resumem as informações relativas a quedas anteriores, a diagnóstico secundário, a ajuda para mobilização (incluindo utilização de bengala, andarilhos, entre outros), a obtenção de terapia endovenosa, ao tipo de marcha (lenta ou cambaleante, por exemplo) e ao estado mental (orientado ou confuso)⁴¹, conforme se apresenta na Figura 13.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 13 – Risco de queda dos utentes admitidos na RNCCI

Tendo em conta os resultados apurados, constata-se que apenas cerca de 21% dos utentes tem baixo risco de queda. Quase 80% dos utentes que são admitidos na RNCCI apresenta médio ou alto risco de queda.

3.1. Características do perfil mais frequente do utente da RNCCI

Neste capítulo foi feita uma caracterização da procura por cuidados continuados integrados que permite identificar o utente típico que precisa de obter este tipo de

⁴⁰ Primeiras avaliações a doentes registados em fase de admissão ou a admitir.

⁴¹ Informações que são consideradas para a avaliação do grau de risco de queda na escala de Morse (*vide* Morse et al., 1989).

cuidados de saúde. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, autonomia, apoio e convívio social e risco de quedas.

Em conclusão, pode dizer-se que os utentes admitidos na RNCCI são, tipicamente:

- i) Idosos;
- ii) Do sexo feminino;
- iii) Casados ou viúvos;
- iv) Com até seis anos de escolaridade;
- v) Trabalhadores não qualificados;
- vi) Dependentes ou incapazes em termos de autonomia física;
- vii) Apoiados por familiares, principalmente para higiene e alimentação;
- viii) Provenientes de família natural ou sozinhos; e
- ix) Com risco médio ou alto de queda.

4. Caracterização da oferta

De acordo com o previsto no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, diferentes tipos de serviços constituem a oferta da RNCCI, nomeadamente unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

As unidades de internamento são unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. A unidade de ambulatório deve corresponder à unidade de dia e de promoção da autonomia. As equipas hospitalares podem ser equipas de gestão de altas ou equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. As equipas domiciliárias podem ser equipas de cuidados continuados integrados ou equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Estes diferentes tipos de oferta da RNCCI são caracterizados de seguida, incluindo, no caso das unidades de internamento, a apresentação das orientações da UMCCI quanto às horas de trabalho de profissionais por utentes publicadas no já referido documento “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua”, de 2011⁴².

É de salientar que não se consideraram as referências de horas de trabalho de um outro ficheiro disponível no *website* da UMCCI, em que são indicadas orientações diversas para o trabalho semanal dos médicos, com base no preço praticado por tipologia, designadamente: 49, 42 e sete horas de trabalho de médicos para 30 utentes nas unidades de convalescença, de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, respetivamente (em vez de 40, 30 e 20 horas, respetivamente, conforme consta do Manual do Prestador); e 35 horas de trabalho de médicos para 15 utentes nas unidades de cuidados paliativos (em vez de 20 horas, de acordo com o Manual do Prestador). Considerou-se mais apropriada a utilização da referência que servirá de manual para os prestadores e que contém recomendações para a melhoria contínua.

4.1. Unidades de internamento

Unidade de convalescença (UC)

Tendo em conta o n.º 1 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a unidade de convalescença “é uma unidade de internamento, independente, integrada

⁴² Não se analisa no estudo se as orientações contidas nesta referência serão efetivamente adequadas, devendo notar-se que, conforme se pôde constatar, não são consensuais, na medida em que se poderão encontrar opiniões que sugiram a necessidade de se definirem números de horas de trabalho mais elevados para os profissionais de saúde, implicando a necessidade de contratação de mais profissionais de saúde nas unidades de internamento.

num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico”. Este tipo de unidade de cuidados continuados “tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos” e “destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão” (cf. os n.ºs 1 e 2 do artigo 13.º do mesmo diploma).

De acordo com o artigo 14.º do referido diploma, as unidades de convalescença da RNCCI devem assegurar, sob a direção de um médico, os seguintes serviços: cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos (próprios ou contratados), prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, e convívio e lazer.

Relativamente à estrutura de recursos humanos, a UMCCI orienta no Manual do Prestador que uma unidade de convalescença com 30 utentes deve prestar 40 horas semanais de trabalho com presença diária de médicos, incluindo um especialista em medicina física e de reabilitação. No que se refere aos enfermeiros, a UMCCI orienta no sentido de que este tipo de unidade de internamento deve garantir presença permanente, com 480 horas semanais para 30 utentes, incluindo o trabalho do coordenador e do enfermeiro de reabilitação.

Também estão estabelecidos números recomendados de terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala), nutricionistas, assistente social, psicólogo, animador sociocultural e auxiliares, considerando a lotação de 30 camas. Concretamente, deve ser garantida a presença diária de fisioterapeutas, com 80 horas semanais de trabalho, bem como a presença ao longo da semana de terapeuta ocupacional, com 40 horas semanais, terapeuta da fala, com oito horas semanais, nutricionista, com cinco horas semanais, assistente social, com 40 horas semanais, psicólogo, com 20 horas semanais, animador sociocultural, com 20 horas semanais, e a presença permanente de auxiliares, com 560 horas de trabalho por semana.

Estes recursos destinam-se à prestação de cuidados continuados a todos os utentes admitidos nas unidades de convalescença da Rede, ou seja, que tenham sido internados com previsibilidade de até 30 dias consecutivos e que, de acordo com a Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, da UMCCI, se tenham encontrado numa situação de dependência

recente na sequência de episódio agudo, suscetível de melhoria, apresentando alguma das seguintes condições:

- a) “Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e de:
 - a. Reabilitação intensiva;
 - b. Alimentação por sonda nasogástrica;
 - c. Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
 - d. Manutenção e tratamento de estomas;
 - e. Terapêutica parentérica;
 - f. Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- b) Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
- c) Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
- d) Doente crónico com risco iminente de descompensação;
- e) Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias;
- f) Doente com síndrome de imobilização”.

Unidade de média duração e reabilitação (UMDR)

A unidade de média duração e reabilitação “é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” e “tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa [...]”, de acordo com os n.ºs 1 e 2 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, respetivamente. Este tipo de unidade de internamento deve ter períodos de internamento com uma “previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão” (cf. o n.º 3 do artigo 15.º do referido diploma).

De acordo com o artigo 16.º do mesmo diploma, estas unidades de internamento, que são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, devem assegurar os seguintes serviços: cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, e convívio e lazer.

Conforme recomendado pela UMCCI no Manual do Prestador, uma unidade de média duração e reabilitação com 30 utentes deve prestar 30 horas de trabalho médico semanais, inclusive da especialidade de medicina física e de reabilitação, e o trabalho deve ser diário. Relativamente aos enfermeiros, devem ser prestadas 360 horas semanais de trabalho por 30 utentes com presença efetiva permanente dos enfermeiros, incluindo coordenador e enfermeiro de reabilitação.

Também estão definidos números recomendados para terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e/ou terapeutas da fala), nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares e animadores. Para 30 utentes, deve haver concretamente fisioterapeutas, com 80 horas de trabalho por semana e presença diária, devendo também haver, com presença ao longo da semana, terapeuta ocupacional, com 40 horas de trabalho por semana, terapeuta da fala, com oito horas semanais, nutricionista, com cinco horas de trabalho semanais, assistente social, com 40 horas semanais, psicólogo, com 20 horas semanais, e animador sociocultural, com 20 horas por semana, para além de auxiliares, com presença permanente a garantir 480 horas de trabalho por semana.

Estes recursos destinam-se à prestação de cuidados continuados a todos os doentes com previsibilidade de tempo de internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, e que, de acordo com a Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, da UMCCI, se encontrem numa situação de dependência, em alguma das seguintes condições, na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica:

- a) “Doente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes e de:
 - a. Reabilitação intensiva;
 - b. Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
 - c. Prevenção ou tratamento de úlceras;
 - d. Manutenção e tratamento de estomas;

- b) Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção;
- c) Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias;
- d) Doente com síndrome de imobilização”.

Unidade de longa duração e manutenção (ULDM)

A unidade de longa duração e manutenção “é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” e “tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos” (cf. os n.ºs 1 e 2 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, respetivamente).

Relativamente ao período de internamento, esta unidade de internamento “pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano”, de acordo com o n.º 3 do artigo 17.º do referido diploma⁴³.

Por seu turno, conforme o artigo 18.º do mesmo diploma, as unidades de longa duração e manutenção, que são geridas por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, devem assegurar a prestação dos seguintes serviços: atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das atividades da vida diária e apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

Quanto à estrutura de recursos humanos, as orientações da UMCCI publicadas no Manual do Prestador são de presença diária de médicos com 20 horas de trabalho semanal para 30 utentes neste tipo de unidade de internamento, incluindo o trabalho de

⁴³ Conforme definido na Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, da UMCCI, as unidades de longa duração e manutenção “podem ainda proporcionar o internamento de doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do(s) respectivo(s) internamento(s) ser de duração inferior a 90 dias, com limite anual de 90 dias”.

especialista(s) em medicina física e de reabilitação, e, relativamente aos enfermeiros, presença permanente com 240 horas semanais, incluindo o trabalho do coordenador e do enfermeiro de reabilitação.

São recomendadas ainda definições de horas semanais de trabalho para psicólogo, de 20 horas com presença ao longo da semana, fisioterapeuta, de 20 horas com presença diária, assistente social, de 40 horas com presença ao longo da semana, animador sociocultural, de 40 horas com presença ao longo da semana, nutricionista, de quatro horas com presença ao longo da semana, terapeuta ocupacional, de 20 horas com presença ao longo da semana, e, finalmente, auxiliares, de 320 horas com presença permanente.

Estas recomendações atinentes à oferta devem destinar-se à prestação de cuidados continuados aos utentes que devam ser internados por um período superior a 90 dias consecutivos e que, de acordo com a Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, da UMCCI, se encontrem numa situação de dependência, em alguma das seguintes condições:

- a) “Doente que requeira cuidados médicos e de enfermagem;
- b) Doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas actividades da vida diária;
- c) Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;
- d) Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- e) Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção”.

Unidade de cuidados paliativos (UCP)

De acordo com o artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a unidade de cuidados paliativos “é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde”, notando-se que

o Programa Nacional de Cuidados Paliativos foi aprovado por Despacho da Ministra da Saúde, em 29 de março de 2010, e encontra-se publicado no Portal da Saúde⁴⁴.

De acordo com o documento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, os cuidados paliativos podem definir-se, em linha com a OMS, como cuidados intensivos de conforto, que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, “que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais”⁴⁵.

Tendo em conta o artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, as unidades de cuidados paliativos, que são geridas por um médico, devem assegurar, em concreto, os seguintes serviços: cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos (próprios ou contratados), prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, atividades de manutenção, higiene, conforto e alimentação, e convívio e lazer.

No que se refere aos recursos humanos necessários para a prestação destes serviços, a UMCCI recomenda no Manual do Prestador que devem ser prestadas 20 horas de trabalho médico por semana para 15 utentes (não havendo a necessidade de inclusão da especialidade de medicina física e de reabilitação), sendo certo que os médicos devem garantir presença efetiva diária. Relativamente aos enfermeiros, devem garantir 320 horas de trabalho semanal com presença permanente, incluindo o trabalho do coordenador.

Os outros profissionais a que a UMCCI indica recomendações em termos de horas semanais de trabalho são: psicólogo, com 10 horas e presença ao longo da semana, fisioterapeuta, com 10 horas e presença diária, assistente social, com 10 horas e presença ao longo da semana, nutricionista, com quatro horas e presença ao longo da semana, e auxiliares, com 320 horas e presença permanente.

Estes recursos da oferta recomendados devem destinar-se à prestação de cuidados continuados a doentes que, conforme definido na Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, se

⁴⁴ Em <http://www.portaldasaude.pt>. O Programa Nacional de Cuidados Paliativos é um documento orientador que define princípios nos quais os serviços de cuidados paliativos devem ser enquadrados, com vista à garantia do acesso dos doentes que necessitam destes cuidados, atendendo aos critérios de qualidade adequados.

⁴⁵ Vide Programa Nacional de Cuidados Paliativos (disponível em <http://www.portaldasaude.pt>).

encontrem numa situação de dependência de um doente portador de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia base.

Importa notar, no entanto, que está prevista a incorporação, tanto das unidades de cuidados paliativos da RNCCI como das equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), criada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro – a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que entrou em vigor com o Orçamento do Estado de 2013 e já tem um Grupo de Trabalho constituído para a sua regulamentação⁴⁶.

4.1.1. Contratos vigentes das unidades de internamento

Dos contratos celebrados com a UMCCI em vigor à data de 31 de agosto de 2012, 268 referem-se às unidades de internamento, distribuídas pelas cinco regiões de Saúde, ou seja, as áreas em que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as equipas coordenadoras regionais exercem as suas atribuições. A Tabela 1 apresenta a distribuição das unidades de internamento e das respetivas camas e números de médicos e enfermeiros equivalentes a tempo completo (ETC) pelas regiões de Saúde.

Tabela 1 – Unidades de internamento integradas na RNCCI e camas por ARS

Região de Saúde	N.º de contratos	Contratos (% face ao total)	N.º de camas	Camas (% face ao total)	N.º de médicos ETC	N.º de médicos ETC (% face ao total)	N.º de enfermeiros ETC	N.º de enfermeiros ETC (% face ao total)
Norte	91	34%	1888	32%	57,5	29%	593,0	33%
Centro	75	28%	1666	28%	51,9	26%	484,6	27%
LVT	51	19%	1267	21%	41,1	21%	344,9	19%
Alentejo	35	13%	702	12%	24,1	12%	245,6	14%
Algarve	16	6%	393	7%	24,5	12%	146,1	8%
Total	268	100%	5916	100%	199,2	100%	1814,1	100%

Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

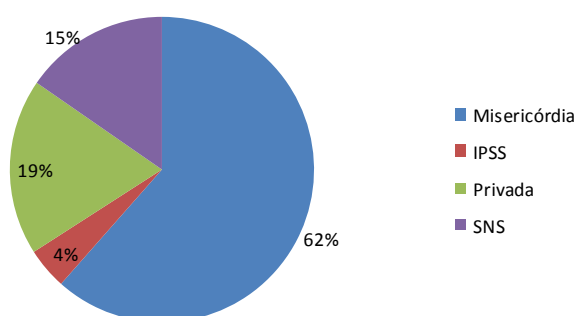
A região Norte concentra o maior número de unidades de internamento, bem como o maior número de camas, à qual se seguem, por ordem decrescente, tanto em termos de número de unidades como em termos de número de camas, as regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Importa notar que o número de médicos e enfermeiros deve ser visto com cautela, porque, embora tenha sido solicitado em agosto de 2012 à UMCCI, ainda não se encontravam completos em 5 de novembro de 2012 – data em que foi realizada a última

⁴⁶ Vide Despacho n.º 1235/2013, de 14 de janeiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 14, de 21 de janeiro de 2013.

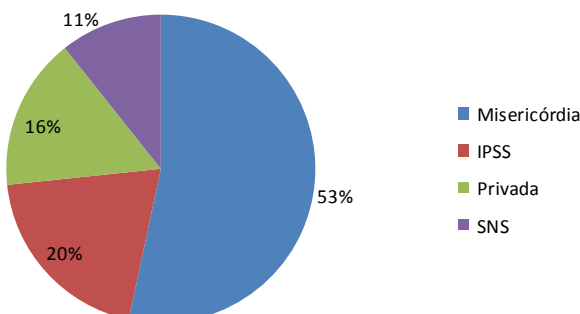
recolha de dados para a conclusão do relatório. Isto porque alguns prestadores ainda não os tinham fornecido: são apresentados na Tabela 1 os números de médicos de 201 unidades (67 do Norte, 53 do Centro, 42 de Lisboa e Vale do Tejo, 25 do Alentejo e 14 do Algarve) e os números de enfermeiros de 208 unidades (69 do Norte, 57 do Centro, 42 de Lisboa e Vale do Tejo, 25 do Alentejo e 15 do Algarve).

As Figuras 14 a 18 apresentam a distribuição dos contratos em cada região de Saúde por natureza, identificando-se unidades públicas, i.e., do Serviço Nacional de Saúde (SNS), privadas, de Santas Casas das Misericórdias e de outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).



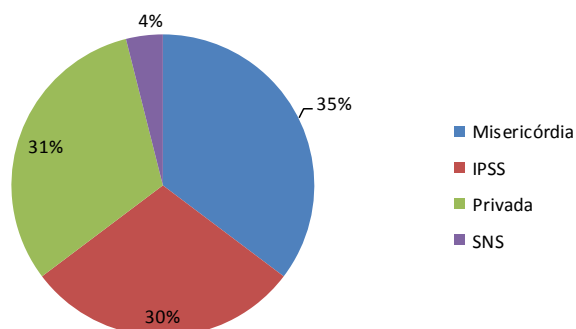
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 14 – Distribuição das unidades de internamento por natureza – Norte



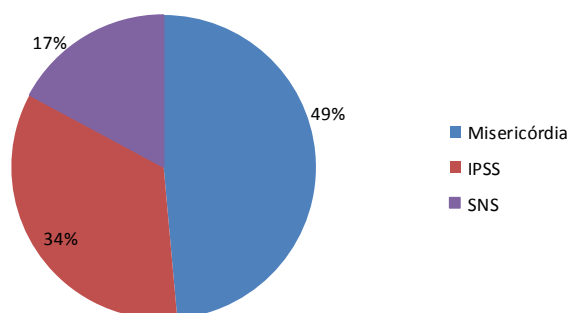
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 15 – Distribuição das unidades de internamento por natureza – Centro



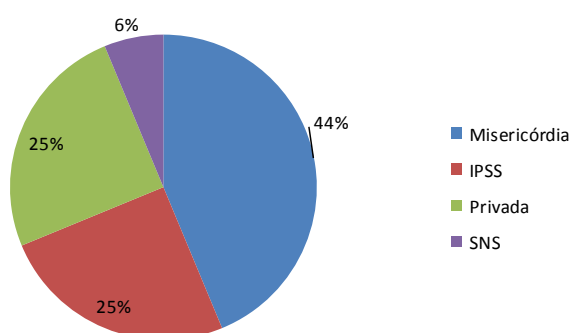
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 16 – Distribuição das unidades de internamento por natureza – LVT



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 17 – Distribuição das unidades de internamento por natureza – Alentejo



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 18 – Distribuição das unidades de internamento por natureza – Algarve

Evidencia-se a predominância de estabelecimentos de Misericórdias entre os prestadores de cuidados de saúde detentores de unidades de internamento integradas na RNCCI, nas cinco regiões, podendo-se destacar, ainda, o número relativamente pequeno de unidades de internamento públicas e a inexistência de unidades de internamento privadas na região do Alentejo.

Relativamente à tipologia de unidades de internamento (UC, UMDR, ULDM e UCP), a Tabela 2 apresenta o número de cada tipo de unidade de internamento por região de Saúde e os números totais.

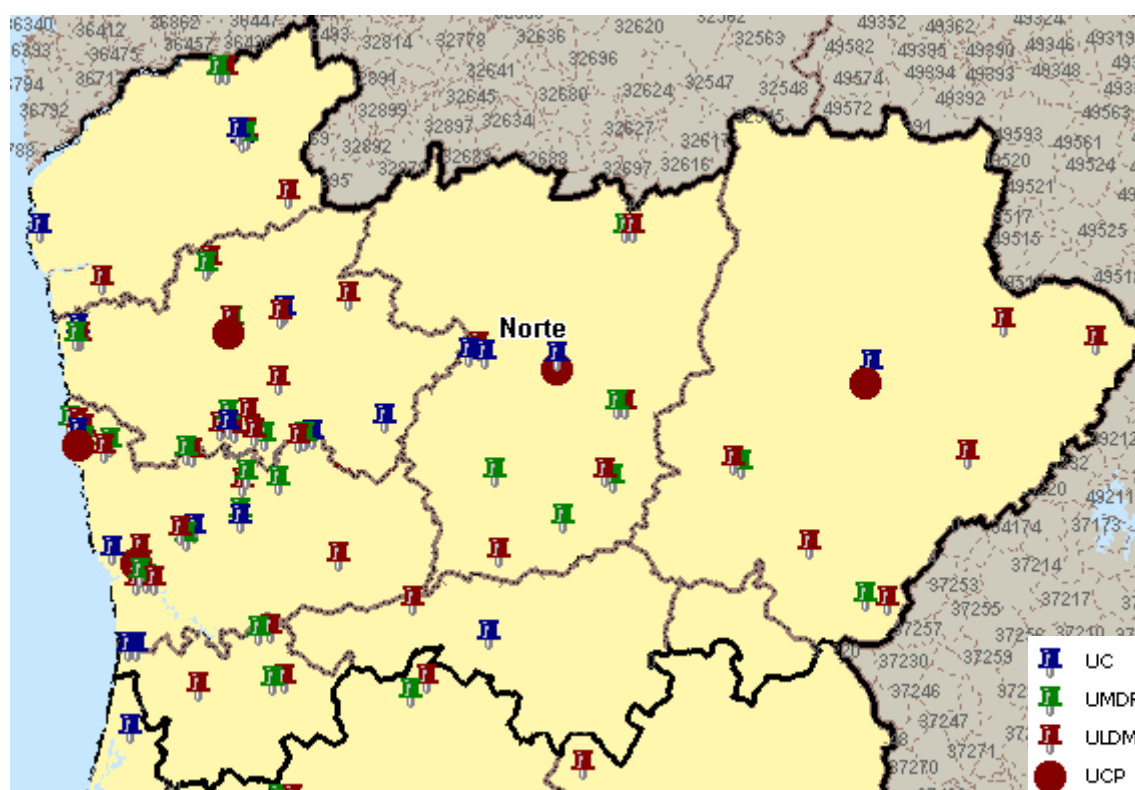
Tabela 2 – Unidades de internamento integradas na RNCCI por tipo e por região de Saúde⁴⁷

Unidade de internamento	Região de Saúde					Total
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	
UC	19	9	8	6	3	45
UMDR	27	27	15	9	4	82
ULDM	40	36	22	17	8	123
UCP	5	3	6	3	1	18
Total	91	75	51	35	16	268

Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Salienta-se o número relativamente maior de unidades de longa duração e manutenção, a que se seguem, por ordem decrescente, unidades de média duração e reabilitação, unidades de convalescença e unidades de cuidados paliativos.

A distribuição geográfica dos diferentes tipos das unidades de internamento em cada região de Saúde é apresentada nas Figuras 19 a 23⁴⁸.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 19 – Unidades de internamento na região de Saúde do Norte

⁴⁷ São 886 camas, 61,7 médicos ETC e 324,7 enfermeiros ETC em UC; 1.798 camas, 69,0 médicos ETC e 593,9 enfermeiros ETC em UMDR; 3.039 camas, 56,0 médicos ETC e 801,6 enfermeiros ETC em ULDM; e 193 camas, 12,4 médicos ETC e 93,9 enfermeiros ETC em UCP (embora, como se mencionou *supra*, os números de médicos e enfermeiros não se refiram a todas as unidades).

⁴⁸ Tanto para a elaboração dos mapas como para as análises do capítulo 5 foi utilizada a aplicação MapPoint.

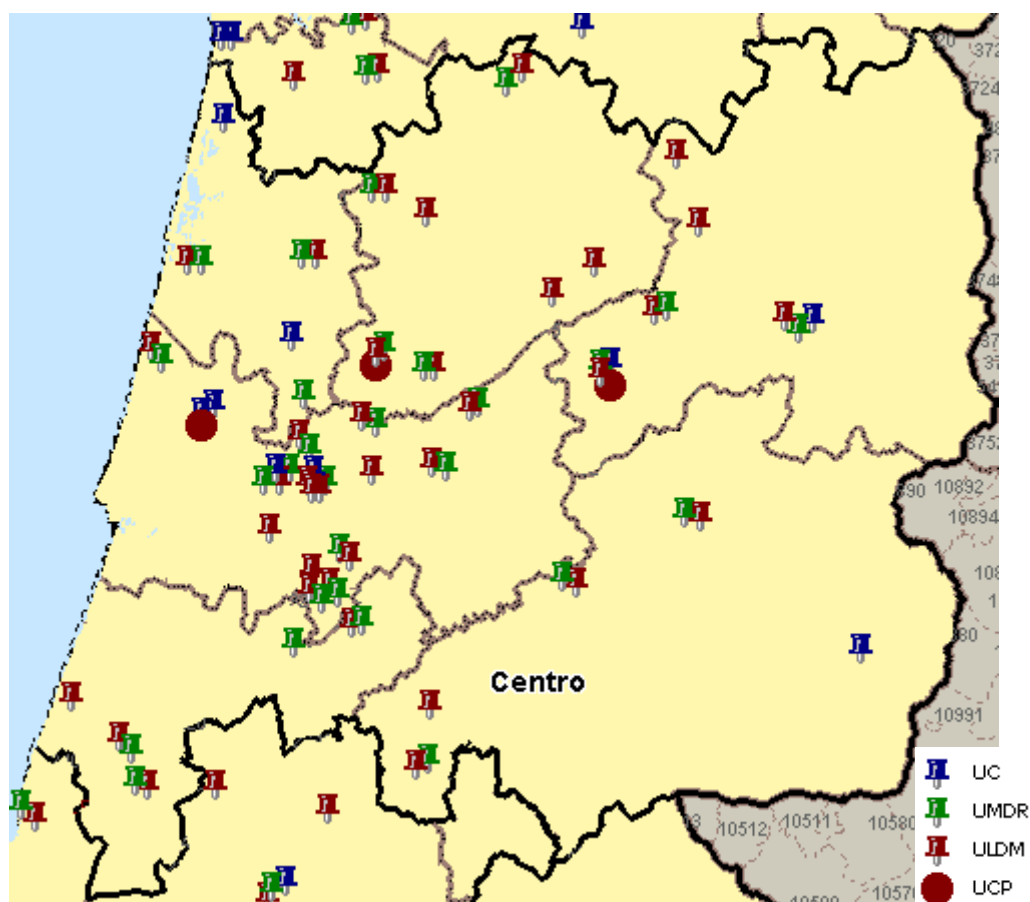


Figura 20 – Unidades de internamento na região de Saúde do Centro

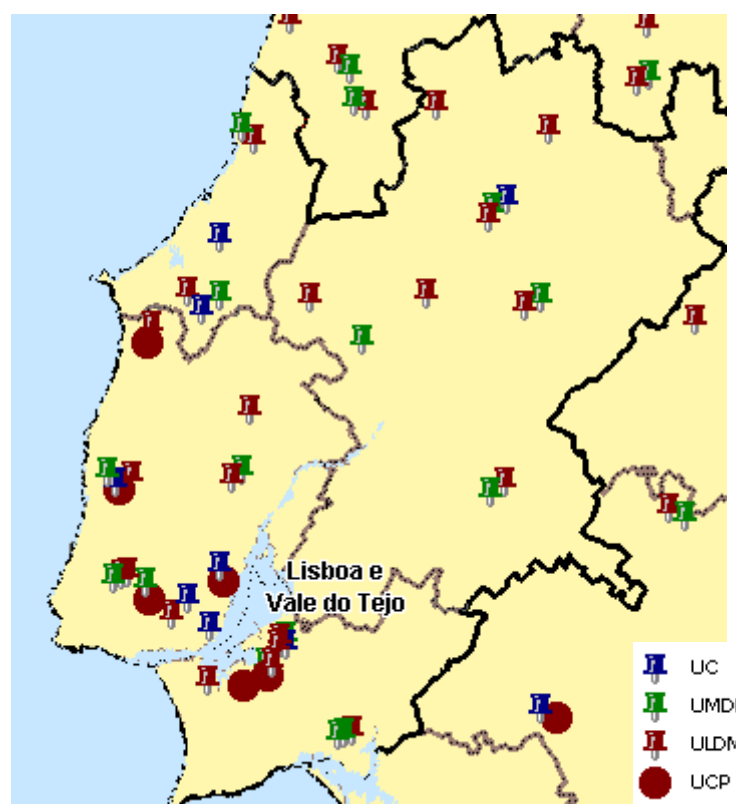
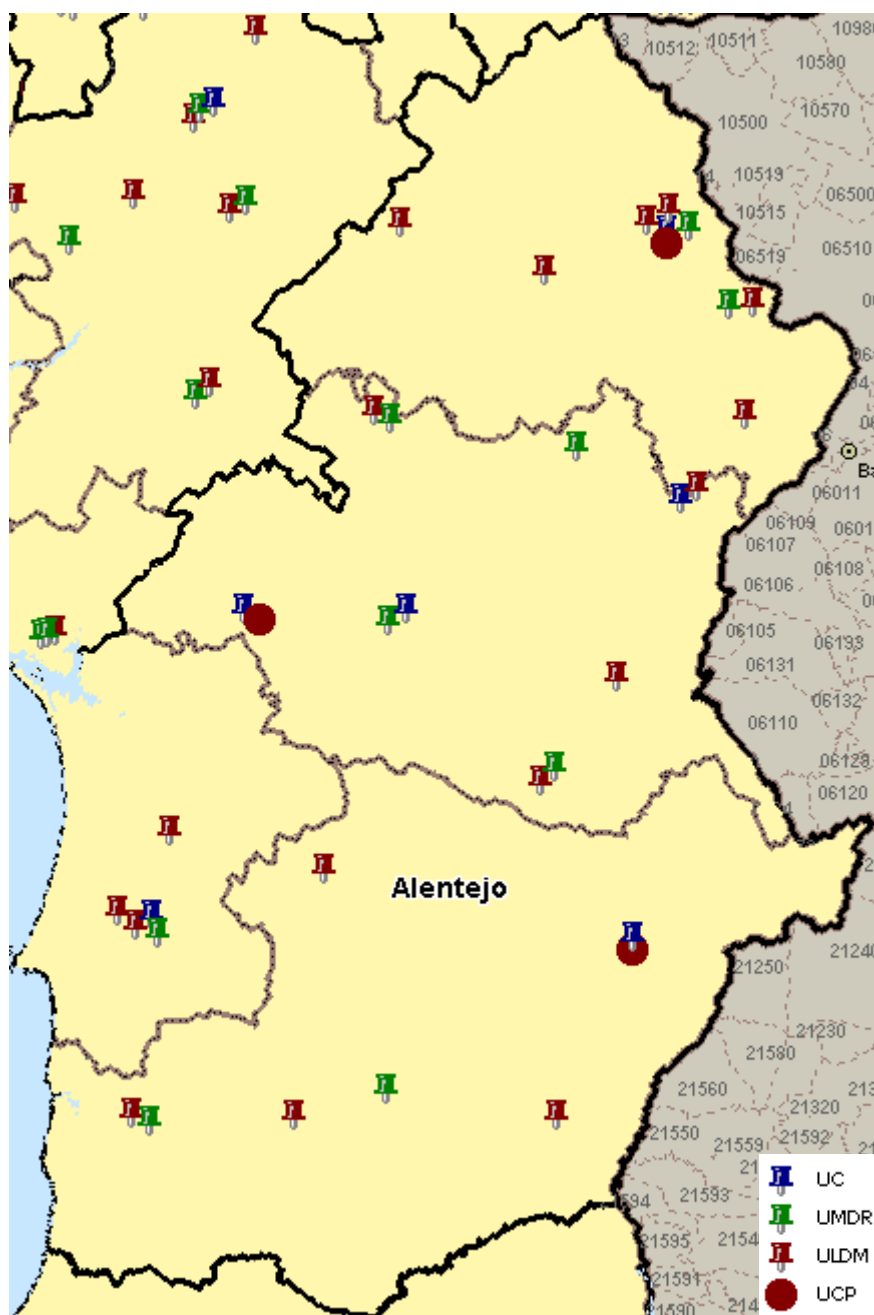


Figura 21 – Unidades de internamento na região de Saúde de LVT



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 22 – Unidades de internamento na região de Saúde do Alentejo



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 23 – Unidades de internamento na região de Saúde do Algarve

4.2. Unidades de ambulatório

Conforme referido anteriormente, de acordo com o que está previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, as unidades de ambulatório da RNCCI devem corresponder às unidades de dia e de promoção da autonomia. Contudo, como foi possível confirmar junto da UMCCI, estas unidades ainda não existem, por questões orçamentais e em função da sua instalação e o seu funcionamento ainda não terem sido regulamentados.

Conforme previsto nos n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 21.º do referido diploma, a unidade de dia e de promoção da autonomia deveria ser “[...] uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” e deveria “[...] articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir”, com funcionamento de “[...] oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis”.

A unidade de dia e de promoção da autonomia deveria assegurar os seguintes serviços, conforme disposto no artigo 22.º do mesmo diploma: atividades de manutenção e de estimulação, cuidados médicos, cuidados de enfermagem periódicos, controle fisiátrico periódico, apoio psicossocial, animação sociocultural, alimentação e higiene pessoal, quando necessária.

A questão da inexistência de unidades de ambulatório parece tornar-se ainda mais relevante quando são noticiados problemas de financiamento⁴⁹ que poderão impedir a abertura de novas unidades de internamento, para o cumprimento das metas estabelecidas para a expansão da Rede até ao final de 2013.

4.3. Equipas hospitalares

As equipas hospitalares podem ser equipas de gestão de altas ou equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, conforme referido anteriormente.

A equipa de gestão de altas é uma equipa sediada num hospital de agudos que referencia utentes para a RNCCI e, de acordo com os n.ºs 1 e 2 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, “é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que

⁴⁹ Vide notícias dos jornais Diário de Notícias e Expresso, de 6 e 7 de outubro de 2012, por exemplo (disponíveis em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2813621 e <http://expresso.sapo.pt/falta-de-verba-impede-abertura-de-unidades-de-cuidados-continuados-das-misericordias=f758415>, respetivamente), para além da notícia veiculada pela RTP em 7 de outubro (em <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=593165&tm=2&layout=123&visual=61>).

requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar” e “[...] deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social”, podendo integrar, ainda, “outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade das actividades o justificar” (cf. o n.º 2 do Despacho n.º 7968/2011, de 24 de maio, da Ministra da Saúde).

Por sua vez, conforme estabelecido nas alíneas a), b) e c) do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a equipa de gestão de altas assegura “a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares”, “a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede” e “a articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência”.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos deve ser, de acordo com o n.º 1 do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, “uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo”. Conforme estabelecido no n.º 2 do mesmo artigo e diploma, esta equipa “tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação”.

Tendo em conta o artigo 26.º do referido diploma, as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos devem assegurar os seguintes serviços:

- a) “Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;
- b) Cuidados médicos e de enfermagem continuados;
- c) Tratamentos paliativos complexos;
- d) Consulta e acompanhamento de doentes internados;
- e) Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;
- f) Cuidados de fisioterapia;
- g) Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto”.

Este tipo de equipa, conforme referido anteriormente, na secção 4.1 do presente relatório, deverá ser integrado na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), criada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro – a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. De acordo com o n.º 1 da Base XVII da referida Lei, a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos deverá, na sequência da sua incorporação na RNCP, prestar:

- a) “Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias”; e
- b) “Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”.

4.3.1. Contratos vigentes das equipas hospitalares

De acordo com a UMCCI, todos os hospitais do SNS têm equipas de gestão de altas, no total de 80 equipas.

Relativamente às equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, segundo informação fornecida pela UMCCI, encontravam-se em atividade em setembro de 2012 25 equipas, sendo 11 em Lisboa e Vale do Tejo, seis no Algarve, quatro no Norte e quatro no Alentejo.

4.4. Equipas domiciliárias

Conforme referido anteriormente, as equipas domiciliárias podem ser equipas de cuidados continuados integrados ou equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

A equipa de cuidados continuados integrados é, de acordo com n.º 1 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, “uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”.

Compete à unidade de cuidados na comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituir a equipa de cuidados continuados integrados (cf. o n.º 4 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACES)⁵⁰. De acordo com o n.º 3 do mesmo artigo e diploma, “o ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local”.

As equipas de cuidados continuados integrados devem assegurar os seguintes serviços, cf. o artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho:

- a) “Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais”.

No que se refere à equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, é “uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro” e “tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção” (cf. os n.ºs 1 e 2 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, respetivamente).

De acordo com o artigo 30.º do mesmo diploma, a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura os seguintes serviços:

⁵⁰ A este respeito refira-se ainda o Despacho n.º 10143/2009, de 20 de março, do Secretário de Estado da Saúde, que aprovou o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (Despacho publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 74, de 16 de abril de 2009).

- a) “A formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- b) A avaliação integral do doente;
- c) Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- d) A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- e) A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- f) A assessoria aos familiares e ou cuidadores”.

Recorde-se, no entanto, que está prevista a incorporação das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Por seu turno, sem prejuízo destas equipas multiprofissionais deverem passar a ser contratualizadas com a RNCP, o referido diploma define que as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos podem estar integradas numa unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na RNCCI, dispondo de recursos específicos, conforme disposto no n.º 2 da Base XVIII da citada Lei.

De acordo com o n.º 1 da Base XVIII do mesmo diploma, estas equipas devem:

- a) Prestar “cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação”;
- b) Prestar “apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados”; e
- c) Assegurar “formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários”.

4.4.1. Contratos vigentes das equipas domiciliárias

Relativamente aos contratos vigentes das equipas de cuidados continuados integrados em 31 de agosto de 2012, somavam, de acordo com os dados da UMCCI, 245, com uma maior concentração na região Norte, com 32,2% das equipas, seguida das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, com 22,4%, Centro, com 20,0%, e Alentejo e Algarve, com 12,7% cada.

Quanto às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, havia cinco equipas em setembro de 2012: três no Alentejo, uma no Norte e uma no Centro.

4.5. A evolução da oferta ao longo do tempo

No início da RNCCI, o planeamento estratégico estava organizado em três fases de desenvolvimento, até à concretização da satisfação das necessidades dos utentes: fase 1, entre 2006 e 2008, fase 2, de 2009 a 2012, e fase 3, de 2013 a 2016⁵¹. No entanto, as metas previstas para 2016 foram antecipadas para 2013, conforme anunciado no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 25/2010, de 29 de março, e referido na Lei n.º 3-A/2010, de 28 de abril, das Grandes Opções do Plano para 2010-2013.

Tendo em conta a oferta da RNCCI apresentada neste capítulo, importa apresentar uma comparação da mesma face a períodos anteriores e face às metas estabelecidas para se identificar o seu desenvolvimento e saber se esta evolução permite que se tire alguma ilação a respeito da possibilidade das metas planeadas virem a ser cumpridas em 2013.

Nesse sentido, refira-se que, entre fevereiro e novembro de 2010, foi possível identificar, no “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde” da ERS, crescimentos de 13% no número de unidades de internamento e de 15% no número de camas, sendo o número de unidades e o número de camas de 214 e 4.548, respetivamente, em novembro de 2010. Relativamente aos tipos de unidades, 34 eram unidades de convalescença, 69 unidades de média duração e reabilitação, 95 unidades de longa duração e manutenção e 16 unidades de cuidados paliativos.

Em agosto de 2012, como se viu no presente capítulo, o número de unidades aumentou para 268, com 5.916 camas, pelo que os números de unidades e camas apresentaram crescimentos de 25,2% e 30,1%, desde novembro de 2010, respetivamente, o que representa uma média de três novas unidades e 65 camas por mês. O tipo de internamento que mais se expandiu, em termos de número de unidades no período, foi o de convalescença, com 32,4% de crescimento, seguido do de longa duração e manutenção, com 29,5% de aumento, de média duração e de reabilitação, com 18,8% de aumento, e de cuidados paliativos, com crescimento de 12,5%.

Por seu turno, as metas estabelecidas para a conclusão da terceira fase, da consolidação e estabilização do modelo, ao fim da qual todo o território continental deveria ter 100% de cobertura, indicam que o número total de camas das unidades de internamento deverá ser de 15.308, conforme explicitado no “Relatório de Monitorização da Implementação

⁵¹ De acordo com informação disponível em www.rncci.min-saude.pt.

das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, de julho de 2007, disponível no *website* da UMCCI. Importa notar, contudo, que este número poderá ser considerado conservador, atentas as metas de números de camas por população com 65 anos ou mais, definidas no mesmo relatório para cada tipo de internamento⁵². Estas metas, em termos de rácios de camas por população idosa, indicam que, com base nos dados provisórios da população com 65 e mais anos dos Censos de 2011 do INE, o número total de camas deveria ser de 18.326.

Não obstante, considerando a meta explicitada em termos absolutos, de 15.308 camas, verifica-se que o número deverá aumentar 159% para que a meta seja atingida, tendo em conta o número de camas de agosto de 2012, de 5.916. No entanto, dado o crescimento médio mensal de 65 camas por mês *supra* referido, e considerando que o período de agosto de 2012 a dezembro de 2013 compreende 16 meses, o número de camas que se pode prever por meio de uma projeção linear chega a apenas cerca de 7.000 no final de 2013. O cumprimento da meta até 2013 aparenta ser, portanto, inviável, só se podendo perspetivar que venha a tornar-se exequível num prazo mais alargado^{53 54}.

Por sua vez, considerando os diferentes tipos de unidades de internamento individualmente, dado que as metas de número de camas por tipos de internamento são de 2.931 para unidades de convalescença, 3.257 para unidades de média duração e reabilitação, 8.143 para unidades de longa duração e manutenção e 977 para unidades de cuidados paliativos⁵⁵, e considerando que em agosto de 2012 havia 886 camas em unidades de convalescença, 1.798 camas em unidades de média duração e reabilitação, 3.039 camas em unidades de longa duração e manutenção e 193 camas em unidades de cuidados paliativos, as taxas de crescimento por tipo de internamento previstas até ao alcance das metas deveriam ser de 231%, 81%, 168% e 406%, respetivamente. Constata-se, assim, que as unidades que mais precisarão de ser reforçadas, atentas as metas de números de camas, situam-se, principalmente, nas unidades de cuidados paliativos, seguidas das unidades de convalescença, das unidades de longa duração e manutenção e, por último, das unidades de média duração e reabilitação.

⁵² O relatório define que deve haver 9,4 camas por 1000 idosos: 1,8 para unidades de convalescença, 2 para unidades de média duração e reabilitação, 5 para unidades de longa duração e manutenção e 0,6 para cuidados paliativos.

⁵³ Note-se que, considerando alternativamente o crescimento de 49% do número de camas verificado entre fevereiro de 2010 e agosto de 2012, num período de 30 meses, o aumento de 159% em 16 meses também aparenta ser inviável. Uma expansão tão expressiva não tem par na evolução recente da RNCCI.

⁵⁴ A constatação da inviabilidade do cumprimento da meta até 2013 reforça-se se se considerar que a continuação do desenvolvimento da Rede não deve ocorrer apenas em termos de crescimento do número de camas, mas também em termos de aumento do número de profissionais, com competências e formação adequadas.

⁵⁵ Vide “Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, de julho de 2007.

Refira-se que também foram definidas metas para as unidades de dia e promoção da autonomia (2.443 lugares), que ainda não existem; para as equipas de gestão de altas – meta de uma por hospital, que já se encontra atingida; para as equipas de cuidados continuados integrados, de uma por centro de saúde (tendo sido prevista na altura a redefinição da meta após a definição quanto aos agrupamentos de centros de saúde⁵⁶); para as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, de 39 equipas – sendo que no momento há 25; e para as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, de 66 equipas – havendo apenas cinco equipas.

Por último, importa notar que, para além do problema da evolução da oferta insuficiente para fazer face às metas e às necessidades dos utentes estabelecidas no planeamento original da Rede, há outros tipos de oferta que têm sido identificados como relevantes para a satisfação das necessidades de utentes específicos, tais como as respostas de cuidados continuados integrados para a saúde mental, para as demências e os cuidados paliativos em crianças e jovens portadores de doenças crónicas incapacitantes, conforme destacado pela UMCCI no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI – 1.º Semestre de 2012”. No entanto, muito embora parte destas respostas já esteja prevista, com legislação aprovada e publicada, a criação e implementação destas respostas não tem avançado em função da não verificação de condições financeiras, devido à insuficiência de verbas provenientes dos jogos sociais⁵⁷.

⁵⁶ Sem prejuízo de não se ter identificado uma redefinição da meta, note-se que, com base nos dados da UMCCI respeitantes a 31 de agosto de 2012 e tendo em conta as áreas dos 47 ACES e das oito Unidades Locais de Saúde existentes em janeiro de 2013, apenas três áreas não tinham ECCI (ACES Aveiro Norte, Douro Sul e Feira/Arouca).

⁵⁷ Vide “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI – 1.º Semestre de 2012” publicado no *website* da RNCCI.

5. Análise do acesso

A análise do acesso que se apresenta no presente capítulo engloba uma avaliação dos encargos que devem ser pagos pelos utentes para internamento na RNCCI e uma análise que visa identificar as populações residentes nas regiões de Portugal Continental que mais enfrentam barreiras à obtenção de cuidados continuados e, assim, à satisfação das suas necessidades.

5.1. Barreiras ao acesso

5.1.1. Encargos dos utentes

Como introito à questão financeira, designadamente no que se refere às comparticipações pagas pelos utentes como contributo ao financiamento da Rede, importa ter em consideração a forma de financiamento da RNCCI.

O financiamento da RNCCI obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, atento o artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

O financiamento da RNCCI é assegurado principalmente pelo Orçamento do Estado, através da arrecadação de verbas dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Estas verbas são divididas pelos Ministérios da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, conforme estabelecido pelo 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, que regula a forma de distribuição dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa⁵⁸.

A divisão do financiamento entre os setores da saúde e da segurança social é determinada pelo disposto no n.º 1 do artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, segundo o qual “os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados [...]”. De acordo com a alínea a) do mesmo número, “as unidades de convalescença e de paliativos, as equipas de gestão de altas e as intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde”; e conforme a alínea b), “as unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados

⁵⁸ Sobre as percentagens referentes à repartição dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais, *vide* Portaria n.º 359/2012, de 31 de outubro.

integrados são da responsabilidade dos dois sectores em função da natureza dos cuidados prestados”.

Importa notar que, de acordo com o n.º 3 do artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, “os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social” (agora, Ministério da Solidariedade e Segurança Social); e que, cf. o n.º 4 do mesmo artigo, “a utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar”.

Por sua vez, de acordo com a resposta ao pedido de informação enviado pela ERS à UMCCI em 13 de agosto de 2012, elaborada pelo Instituto da Segurança Social, I.P., em 4 de setembro de 2012, após reencaminhamento das questões referentes ao financiamento e à comparticipação dos utentes pela UMCCI àquele Instituto, os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da Rede são definidos pelo Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social⁵⁹, com a modificação introduzida pelo Despacho n.º 23613/2009, de 28 de outubro, do Secretário de Estado da Segurança Social⁶⁰. De acordo com o n.º 1 do artigo 3.º do referido Despacho Normativo, “a comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, determinado nos termos do artigo 8.º, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social, nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, fixados na tabela de preços, constante do anexo II à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro”, sendo que, cf. o n.º 2 do mesmo artigo, “o valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente, nos termos referidos no número anterior”.

Conclui-se, assim, que os custos da prestação de cuidados de saúde são financiados pelo Ministério da Saúde, enquanto os custos da prestação de cuidados de apoio social são financiados tanto pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social como pelos utentes que são encaminhados para a Rede (nomeadamente as unidades de média

⁵⁹ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 181, de 19 de setembro de 2007.

⁶⁰ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 28 de outubro de 2009.

duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da Rede), de forma proporcional aos seus níveis de rendimentos.

Com base nos preços atualmente em vigor referentes aos cuidados de apoio social, que são definidos pela Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro, e que são apresentados na Tabela 3, é possível estabelecer os valores máximos que um utente poderá ter que pagar, se ficar internado durante 30 dias numa unidade de média duração e de reabilitação ou numa unidade de longa duração e manutenção, por exemplo. Esta definição de valores máximos, que se apresenta de seguida, permite que se tenha uma noção quanto à existência de barreiras financeiras referentes às comparticipações que devem ser pagas pelos utentes para o financiamento da RNCCI.

Tabela 3 – Preços das unidades da RNCCI⁶¹

Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Unidade de convalescença	90,46 €	15,00 €	-	-	105,46 €
Unidade de cuidados paliativos	90,46 €	15,00 €	-	-	105,46 €
Unidade de média duração e reabilitação	55,75 €	12,00 €	19,81 €	-	87,56 €
Unidade de longa duração e manutenção	18,61 €	10,00 €	30,34 €	1,24 €	60,19 €
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e de promoção da autonomia	9,58 €	-	-	-	9,58 €

Fonte: Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro. Elaboração própria.

Como se pode notar, nas unidades de média duração e reabilitação a comparticipação da Segurança Social pode ser no máximo €594,30 para um internamento de 30 dias (30 vezes €19,81), enquanto nas unidades de longa duração e manutenção a comparticipação da segurança social pode chegar a €947,40 para o mesmo período (30 vezes €30,34 mais 30 vezes €1,24).

Quanto ao valor mínimo a participar pela Segurança Social, poderá ser nulo no caso das unidades de média duração e reabilitação, sendo que será de €37,20 no caso das unidades de longa duração e manutenção, referindo-se este valor ao encargo com a utilização de fraldas, conforme estabelecido pelo Despacho n.º 12082/2010, de 27 de julho, do Secretário de Estado da Segurança Social⁶², que fixa o valor diário a pagar pela segurança social, por utente, às unidades de longa duração e manutenção da RNCCI.

⁶¹ Estes preços foram originalmente definidos na Portaria n.º 220/2011, de 1 de junho, que foi revogada pela Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro.

⁶² Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 144, de 27 de julho de 2010.

Em contrapartida, para a definição dos valores a pagar pelos utentes, deve ter-se em consideração o Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de proteção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para a atribuição de outros apoios sociais públicos, conforme referido na resposta do Instituto da Segurança Social, I.P., de 4 de setembro de 2012. Efetivamente, as regras previstas no referido diploma são aplicáveis “à comparticipação da segurança social aos utentes das unidades de média duração e reabilitação e aos utentes das unidades longa duração e manutenção, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, sujeita a condição de recursos (cf. a alínea d) do n.º 2 do referido diploma).

Define-se condição de recursos, por sua vez, como o “limite de rendimentos e de valor dos bens de quem pretende obter uma prestação de segurança social ou apoio social, bem como do seu agregado familiar, até ao qual a lei condiciona a possibilidade da sua atribuição”, cf. o n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, sendo que “na verificação da condição de recursos são considerados os rendimentos do requerente e dos elementos que integram o seu agregado familiar, de acordo com a ponderação referida no artigo 5.º” (cf. o n.º 3 do mesmo artigo e diploma). Por seu turno, a ponderação de cada elemento estabelecida no artigo 5.º, para efeito do apuramento da capitação dos rendimentos do agregado familiar, atribui peso 1 ao requerente, 0,7 por cada indivíduo maior e 0,5 por cada indivíduo menor, devendo notar-se que, relativamente ao conceito de agregado familiar, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º do mesmo diploma, integram o respetivo agregado familiar, para além do requerente “as seguintes pessoas que com ele vivam em economia comum”: cônjuge ou pessoa em união de facto há mais de dois anos; parentes e afins maiores, em linha reta e em linha colateral, até ao terceiro grau; parentes e afins menores em linha reta e em linha colateral; adotantes, tutores e pessoas a quem o requerente esteja confinado por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito; e adotados e tutelados pelo requerente ou qualquer dos elementos do agregado familiar e crianças e jovens confiados por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito ao requerente ou a qualquer elemento do agregado familiar.

Ademais, note-se que, de acordo com os n.ºs 4 e 5 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, “o direito às prestações e aos apoios sociais previstos no artigo anterior depende ainda de o valor do património mobiliário do requerente e do seu agregado familiar, à data do requerimento ou do pedido de apoio social, não ser superior a 240 vezes o valor do indexante dos apoios sociais (IAS)”, sendo que se considera

“património mobiliário os depósitos bancários e outros valores mobiliários como tal definidos em lei, designadamente ações, obrigações, certificados de aforro, títulos de participação e unidades de participação em instituições de investimento coletivo” (atento o aditamento do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 133/2012, de 27 de junho). Considerando que o valor do indexante dos apoios sociais (IAS) em vigor é de €419,22, conforme determinado na alínea a) do artigo 79.º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, do Orçamento do Estado para 2012, isto significa que o direito à comparticipação da segurança social depende de o valor do património mobiliário do requerente e do seu agregado familiar não ser superior a €100.612,80.

O cálculo do rendimento *per capita* para a definição do valor a pagar pelo utente “é determinado através da aplicação de uma percentagem ao rendimento per capita do seu agregado familiar, até ao limite do valor correspondente aos encargos com os cuidados de apoio social fixados na tabela de preços” para a respetiva unidade, de acordo com o n.º 1 do Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, com base na seguinte fórmula, cf. o n.º 2 do artigo 7.º do mesmo Despacho Normativo:

$$RC = R/12/n;$$

em que *RC* é o rendimento *per capita*, *R* é o rendimento anual do agregado familiar do utente e *n* é o número de elementos que constituem o agregado familiar, sendo que os rendimentos a considerar são definidos no Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho.

Por seu turno, o artigo 8.º do Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, determina o valor a pagar pelo utente nas unidades, sendo que, no caso das unidades de média duração e reabilitação, “o valor a pagar pelo utente é determinado pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento *per capita* (*RC*) do seu agregado familiar” (*vide* Tabela 4) (cf. o n.º 1 do mesmo artigo), e nas unidades de longa duração e manutenção “o valor a pagar pelo utente corresponde a 85% do rendimento per capita do seu agregado familiar” (cf. o n.º 2).

Tabela 4 – Percentagens a indexar ao rendimento *per capita* no caso das UMDR

Escalões de RC em função do indexante dos apoios sociais (IAS)	Percentagem a indexar ao RC
RC ≤ 50% do IAS	30
50% < RC ≤ 75% do IAS	35
75% < RC ≤ 100% do IAS	43
100% < RC ≤ 150% do IAS	50
RC > 150% do IAS	60

Fonte: Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro. Elaboração própria.

A ERS solicitou à UMCCI a identificação dos encargos suportados pelos utentes atendidos pela RNCCI por mês. Com base nesta informação seria possível verificar os valores efetivamente pagos pelos utentes nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção. No entanto, de acordo com o Instituto da Segurança Social, I.P., uma vez que os cálculos do valor a pagar pelo utente e a comparticipação da segurança social, quando aplicável, estavam a ser realizados numa solução de contingência, não havia ainda uma base de dados com a agregação deste tipo de informação, pelo que não foi possível obter os dados solicitados.

Por outro lado, com base em outros dados do Instituto da Segurança Social, I.P., foi possível identificar o valor médio pago por utente, conforme se apresenta na Tabela 5 para os anos de 2010 e 2011.

Tabela 5 – Encargos nas unidades de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção

Valor médio pago por utente	2010		2011	
	UMDR	ULDM	UMDR	ULDM
Despesa da Segurança Social com apoios sociais (A)	5.217.443,51 €	12.935.308,38 €	7.489.817,00 €	16.663.271,40 €
Comparticipação média da segurança social (utente/dia) (B)	11,72 €	17,80 €	13,07 €	18,30 €
Encargos totais com apoio social (utente/dia) fixados em Portaria (C)	19,58 €	29,98 €	19,81 €	30,34 €
Comparticipação média dos utentes (utente/dia) (D=C-B)	7,86 €	12,18 €	6,74 €	12,04 €
Comparticipação média dos utentes como percentagem dos encargos totais com apoio social (D/C)	40,1%	40,6%	34,0%	39,7%
N.º de dias de internamento ocupados (E)	445.193	726.768	573.262	910.477
Encargos dos utentes (F=D*E)	3.499.216,98 €	8.852.034,24 €	3.863.785,88 €	10.962.143,08 €
Encargos dos utentes/Despesa da Seg. Social com apoios sociais (F/A)	67,1%	68,4%	51,6%	65,8%

Fonte: Instituto da Segurança Social, I.P.. Elaboração própria.

Como se pode notar, os encargos dos utentes representam mais da metade da despesa com apoios sociais da segurança social, tendo chegado em 2011 a representar 51,6% da despesa relativa aos cuidados de apoio social prestados nas unidades de média duração e reabilitação e 65,8% da despesa relativa aos respetivos cuidados nas unidades de longa duração e manutenção. Somente em 2011 foram quase €15 milhões de euros comparticipados pelos utentes, que, refira-se, conforme visto no capítulo relativo à caracterização da procura, têm, em sua maioria, baixo nível de escolaridade e profissão não qualificada (referindo-se tipicamente a vendedores, pintores, costureiras, trabalhadores atuantes na agricultura ou na pesca, operadores de máquinas ou

empregadas domésticas), que se podem associar globalmente a rendimentos relativamente baixos.

Note-se que, em média, um utente internado numa unidade de média duração e reabilitação pagou €7,86 por dia, ou €235,80 por 30 dias, em 2010, e €6,74 por dia, ou €202,20 por 30 dias, em 2011, enquanto um utente internado numa unidade de longa duração e manutenção pagou em média, nos mesmos anos, €12,18 por dia, ou €365,40 por 30 dias, e €12,04 por dia, ou €361,20 por 30 dias, respetivamente. São valores que correspondem a entre 34% e 40,6% dos encargos fixados para os cuidados com apoio social.

Por seu turno, considerando, por exemplo, um utente internado 30 dias numa unidade de média duração e reabilitação com rendimento *per capita* igual a €419,23, o utente precisará de pagar €209,62, com base na fórmula do rendimento *per capita supra* apresentada e atenta a Tabela 4, o que equivale a 50% do seu rendimento. O valor total poderá chegar a pelo menos €628,85, por exemplo, no caso do período de internamento estender-se até 90 dias.

Estas considerações não refletem uma situação de inexistência de barreiras financeiras ao acesso, não se podendo eliminar, assim, a hipótese de haver constrangimentos no acesso dos utentes às unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, resultantes de dificuldades financeiras para a cobertura dos respetivos encargos.

Note-se, por último, que as comparticipações dos utentes definidas para as unidades de média duração e reabilitação e as unidades de longa duração e manutenção na atual conjuntura, em que ainda faltam muitas camas para a adequada cobertura do território, podem causar iniquidades no acesso dos utentes. Essas iniquidades ocorrem nos casos em que os doentes, em função das suas necessidades e dos critérios de admissão estabelecidos, deveriam ser internados em unidades de convalescença ou de cuidados paliativos, mas, por razões diversas, como, por exemplo, a escassez de camas, acabam por ser internados em unidades de média duração e reabilitação ou de longa duração e manutenção. Nestes casos, para além dos doentes não terem uma oferta perfeitamente ajustada às suas necessidades, o que pode acarretar consequências negativas em termos de saúde e bem-estar, existe a possibilidade de os doentes terem de arcar com encargos de cuidados de apoio social – o que não ocorreria se tivessem sido internados adequadamente.

A ocorrência destes casos de internamento desajustado com impacto financeiro sobre os utentes evidencia-se nos documentos que podem ser obtidos no *website* da UMCCI, designadamente⁶³:

- i) O ofício-circular de 24 de março de 2010 às equipas de coordenação regional, referente à escolha da tipologia na admissão dos utentes; e
- ii) Os relatórios de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI de 2009, 2010 e 2011.

No que se refere ao ofício-circular de 24 de março de 2010, reconheceu-se que, pelo menos até àquela data, tinham vindo a verificar-se algumas situações em que a escolha da tipologia de resposta atendia principalmente ao fator tempo previsto de internamento, *“em detrimento das necessidades identificadas e das respostas possíveis”*. Em particular, ressaltaram-se as diferenças entre os critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de convalescença e unidades de média duração e reabilitação, tendo-se reconhecido que o fato de a tipologia com menor taxa de ocupação até àquela data ter sido a de convalescença poderia *“indiciar alguma disfunção na referenciação/colocação dos doentes”*. Neste sentido, ficou evidenciada a possibilidade de haver admissões em unidades de média duração e reabilitação de doentes que deveriam na verdade ser internados em unidades de convalescença.

Os relatórios de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI de 2009, 2010 e 2011, destacam, por sua vez, que a prestação de cuidados paliativos é transversal a toda a Rede, devendo este tipo de cuidados ser prestado em todas as unidades de internamento. De facto, tal como se constatou no “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde” da ERS, de 2011, o menor número de unidades de cuidados paliativos, face aos outros tipos de unidades de internamento, não indicará que o número de doentes internados na Rede a necessitarem de cuidados paliativos é reduzido. Tendo-se enviado naquele estudo, em dezembro de 2010, um inquérito a todas as unidades de internamento existentes naquela data, verificou-se, com base nas respostas ao inquérito e nos dados obtidos da UMCCI, que cerca de 37% das unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção tinha utentes de cuidados paliativos em número representativo de cerca de 11% do total de utentes internados nessas unidades.

⁶³ Embora se consiga evidenciar a ocorrência destas situações de desadequação, é de salientar que se desconhece a efetiva ocorrência destas situações atualmente e as suas concretas implicações para a saúde e a qualidade de vida dos utentes.

No entanto, conforme também se indicou no estudo anterior, o internamento de utentes que necessitam essencialmente de cuidados paliativos em outras unidades de internamento não será a mais adequada, considerando que é pago um encargo total diário mais elevado para internamentos em unidades de cuidados paliativos do que para internamentos em unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção (atentos os encargos definidos na Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro). Acresce que os cuidados paliativos têm características específicas que justificam um tipo de internamento diferenciado, conforme se evidencia no capítulo da caracterização da oferta, em que são apresentadas as diferenças entre os quatro tipos de internamento^{64 65}.

5.1.2. Acesso potencial

Para além da avaliação dos encargos financeiros suportados pelos doentes ou os seus familiares, apresenta-se também uma análise do acesso potencial dos utentes aos cuidados continuados de saúde prestados pelas unidades da RNCCI. Esta análise, cuja metodologia é detalhada no capítulo 2, inclui a consideração das necessidades das populações, que se estima com base num conjunto de indicadores que formam um índice de necessidades. Foram considerados os seguintes indicadores em concreto: proporção da população com 65 e mais anos, índice de dependência de idosos, proporção de viúvos, proporção de residentes sem qualquer nível de escolaridade⁶⁶ e proporção de mulheres com 65 anos e mais. Estes indicadores foram escolhidos entre um conjunto de indicadores calculados com base nos dados provisórios dos Censos de 2011 que tiveram em conta o perfil do utente admitido na Rede identificado no capítulo 3, sendo que a escolha dos cinco indicadores satisfaz os critérios estatísticos exigidos para a construção de um índice com análise de componentes principais⁶⁷.

Sendo assim, é apresentada nesta secção uma análise de *clusters* que indica três níveis de acesso para as populações das áreas de códigos postais de quatro dígitos de Portugal

⁶⁴ As diferenças entre os tipos de internamento reforçam-se com os requisitos de condições de instalação estabelecidos na Portaria n.º 376/2008, de 23 de maio, que determinam que os quartos nas unidades de internamento de cuidados paliativos devem ser individuais.

⁶⁵ Importa notar, contudo, que, em alguns casos, dependendo dos níveis de complexidade e da fase da doença, para além de outros fatores, poderá justificar-se o internamento de utentes para a obtenção de cuidados paliativos em tipos de dispositivos diferentes, designadamente em unidades da RNCCI não específicas de cuidados paliativos e em hospitais de agudos (*vide* Programa Nacional de Cuidados Paliativos). Os casos de internamento desajustado a que esta secção se refere obviamente não incluem estes casos justificados, na medida em que o desajustamento se deve ao internamento que não se justifica por haver um outro tipo de internamento mais ajustado para fazer face às necessidades do utente.

⁶⁶ Considerando-se aqui apenas os residentes de 15 anos e mais, que têm idade para terem algum nível de escolaridade.

⁶⁷ Refira-se que, na altura da realização da análise do acesso, apenas os dados provisórios dos Censos encontravam-se disponíveis no *website* do INE.

Continental (acesso alto, médio e baixo), tendo em conta todas as camas da RNCCI face às populações, ajustadas pelas necessidades de cuidados continuados.

Antes de se apresentar os resultados, importa referir que se escolheu o tempo de 60 minutos como tempo máximo de viagem a percorrer pelos utentes em estrada até às unidades de internamento, tendo esta referência sido considerada razoável em estudos sobre o acesso a cuidados paliativos⁶⁸, que são os cuidados continuados em que mais se valoriza a proximidade⁶⁹. De facto, verifica-se a existência de situações em que os doentes de cuidados paliativos recusam as vagas disponíveis por considerarem ser excessiva a distância até à residência dos seus familiares^{70 71}.

Por seu turno, importa notar que a inclusão da função que confere maior ponderação a tempos de viagem mais curtos relativamente a tempos mais longos no método de análise adotado (*vide* capítulo 2) permite o ajustamento das populações cobertas pelas áreas de influência de até 60 minutos de viagem dos prestadores, bem como o ajustamento do índice de acesso, considerando as opções de oferta disponíveis. Deste modo, embora as áreas de influência sejam de até 60 minutos, o método identificará sempre um acesso mais alto nas regiões mais próximas das unidades de internamento, pelo que as regiões mais distantes serão penalizadas, mesmo que também sejam cobertas pelas áreas de influência dos prestadores.

Análise do acesso: todos os tipos de internamento

Considerando todas as 268 unidades de internamento em atividade em 31 de agosto de 2012 (*vide* secção 4.4.1) e aplicando o método de análise do acesso que se detalhou no capítulo 2, apresentam-se os resultados obtidos na Figura 24, em que são identificados os três níveis de acesso das populações aos cuidados continuados integrados prestados

⁶⁸ *Vide* Cinnamon et al. (2008) e Schuurman et al. (2010).

⁶⁹ Na medida em que a referência de 60 minutos é adequada para os cuidados paliativos, em que mais se valoriza a proximidade, esta referência também será adequada para os outros cuidados continuados. Sem prejuízo de se poder considerar que referências de tempo mais altas (de 90 minutos, por exemplo) seriam alternativas válidas para o estudo, no que se refere aos tipos de internamento de convalescença, de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, em que a proximidade será menos valorizada que no caso dos cuidados paliativos, a escolha dos 60 minutos será mais apropriada para tornar a análise mais conservadora, no sentido de valorizar mais as distâncias mais próximas das residências dos utentes e ou dos seus familiares e refletir esta valorização nos resultados da análise.

⁷⁰ *Vide* Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e das Atividades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1.º Semestre de 2009 e Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da RNCCI de 2009.

⁷¹ Note-se que a proximidade é fundamental para facilitar o apoio dos familiares aos doentes internados e para que os doentes não se sintam deslocados do contexto regional e sociocultural em que se habituaram a viver. Em particular, a proximidade das famílias é fundamental para os doentes internados na RNCCI, porque os familiares constituem o principal suporte dos doentes, e quanto maiores as distâncias entre as residências dos familiares e as unidades de internamento, mais difícil será a concretização do suporte familiar nas visitas aos doentes.

nas unidades de internamento que resultam da análise de *clusters* aplicada aos rácios de número de camas por população: alto, médio e baixo.

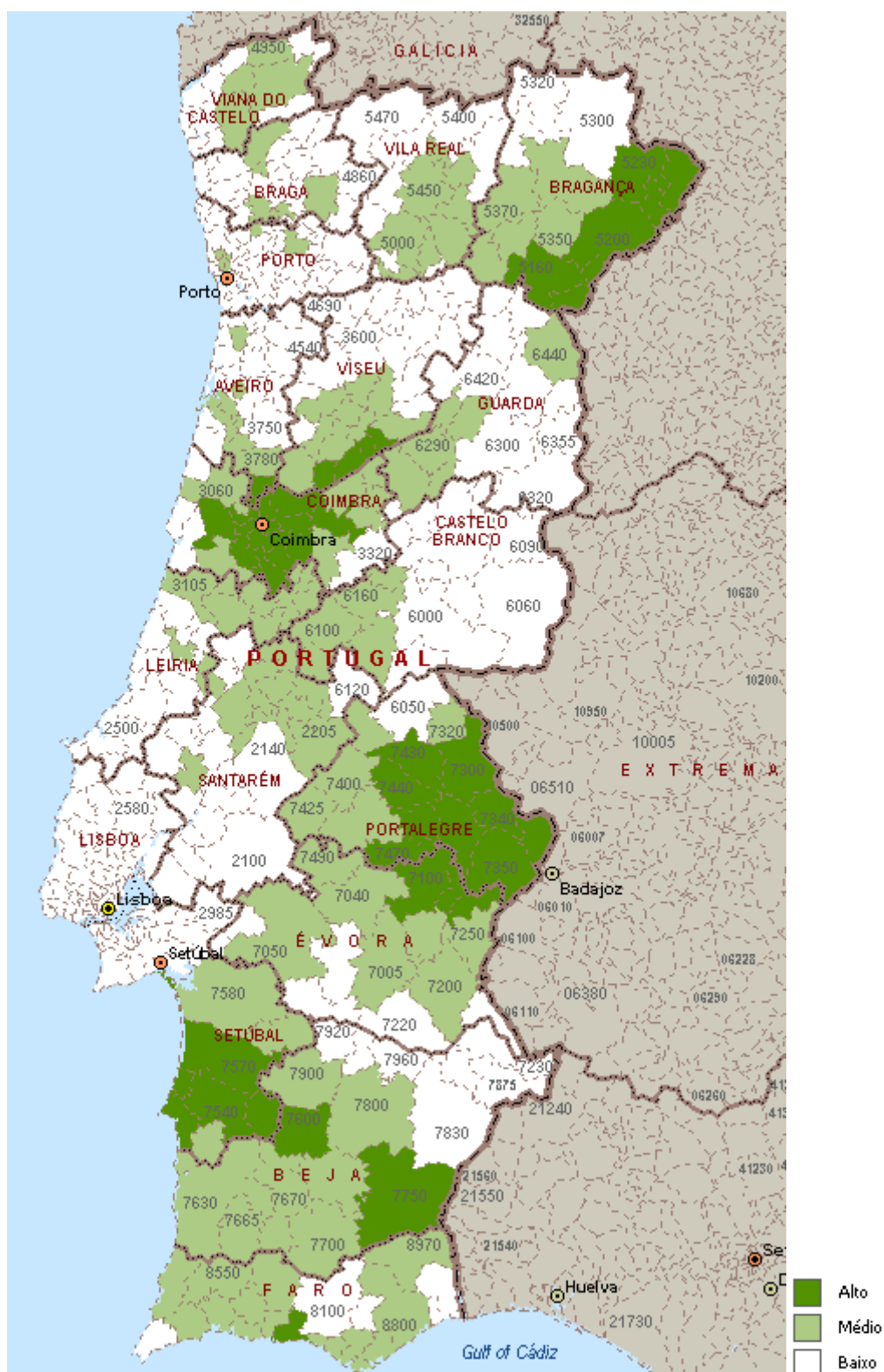


Figura 24 – Níveis de acesso das populações ajustados pelas necessidades das populações

Como se representa na Figura 24, há apenas seis regiões com alto acesso ajustado pelas necessidades das populações e estão distribuídas pelos distritos de Bragança, Viseu, Aveiro, Coimbra, Portalegre, Évora, Setúbal, Beja e Faro – metade dos 18 distritos de Portugal Continental, sendo Porto, Lisboa, Leiria, Santarém, Castelo Branco, Viana do Castelo, Braga, Vila Real e Guarda os distritos que não têm populações com alto nível de acesso.

No que diz respeito ao nível de acesso médio, apenas o distrito de Lisboa não apresenta qualquer sub-região com este nível de acesso.

Relativamente ao nível de acesso baixo, todos os 18 distritos têm populações com este nível de acesso. São regiões que cobrem 166 concelhos, em que reside 79% da população de Portugal Continental ou 76% da população com 65 e mais anos de idade.

A Tabela 6 identifica os distritos, o número de concelhos por distrito que têm áreas de acesso baixo, a população residente nas áreas de baixo acesso e a população idosa (população com 65 e mais anos) residente nas áreas de baixo acesso. Apresenta-se a tabela por ordem decrescente de proporção da população idosa com baixo acesso.

Tabela 6 – Concelhos das populações que são mais afetadas por barreiras do acesso potencial dos utentes à obtenção de cuidados continuados

Distrito	N.º de concelhos com áreas de acesso baixo	População com acesso baixo	Pop. com acesso baixo (% população residente total)	População idosa com acesso baixo	Pop. idosa com acesso baixo (% população idosa total)
Lisboa	16	2.250.382	100,0%	417.387	100,0%
Porto	17	1.769.732	97,4%	278.787	98,1%
Setúbal	9	779.373	91,6%	141.265	89,4%
Braga	12	749.644	88,4%	107.389	86,5%
Castelo Branco	7	162.895	83,0%	43.908	80,2%
Guarda	10	127.937	79,5%	36.130	77,5%
Aveiro	15	563.123	78,8%	99.096	77,1%
Leiria	10	381.988	81,1%	74.615	76,2%
Vila Real	11	135.672	65,6%	35.450	70,9%
Santarém	12	287.308	63,3%	65.443	61,6%
Viana do Castelo	6	150.063	61,3%	33.195	58,4%
Viseu	17	202.859	53,7%	48.944	56,4%
Bragança	3	68.257	50,1%	17.710	44,9%
Évora	5	83.276	50,0%	18.151	44,3%
Beja	6	45.938	30,1%	11.512	29,6%
Faro	5	112.445	24,9%	23.056	26,1%
Coimbra	4	91.111	21,2%	22.923	23,3%
Portalegre	1	7.450	6,3%	2.836	8,8%
Total	166	7.969.453	79,3%	1.477.797	75,8%

Elaboração própria com base em dados da UMCCI e do INE.

Como se pode notar, em oito distritos a proporção da população idosa com baixo acesso supera a respetiva proporção referente a Portugal Continental (75,8%), designadamente Lisboa (100%), Porto (98,1%), Setúbal (89,4%), Braga (86,5%), Castelo Branco (80,2%), Guarda (77,5%), Aveiro (77,1%) e Leiria (76,2%). Serão estes os distritos com as populações mais necessitadas de um complemento de oferta de cuidados continuados com internamento, devendo notar-se que os distritos de Setúbal, Castelo Branco, Guarda e Aveiro, em particular, têm necessidades acrescidas, por terem relativamente menos equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e equipas de cuidados continuados integrados (conforme visto no capítulo 4), que, sem prejuízo de não serem substitutas das unidades de internamento, poderão compensar pelo menos parcialmente este acesso mais baixo aos cuidados continuados de saúde avaliado com base na capacidade de oferta das unidades de internamento.

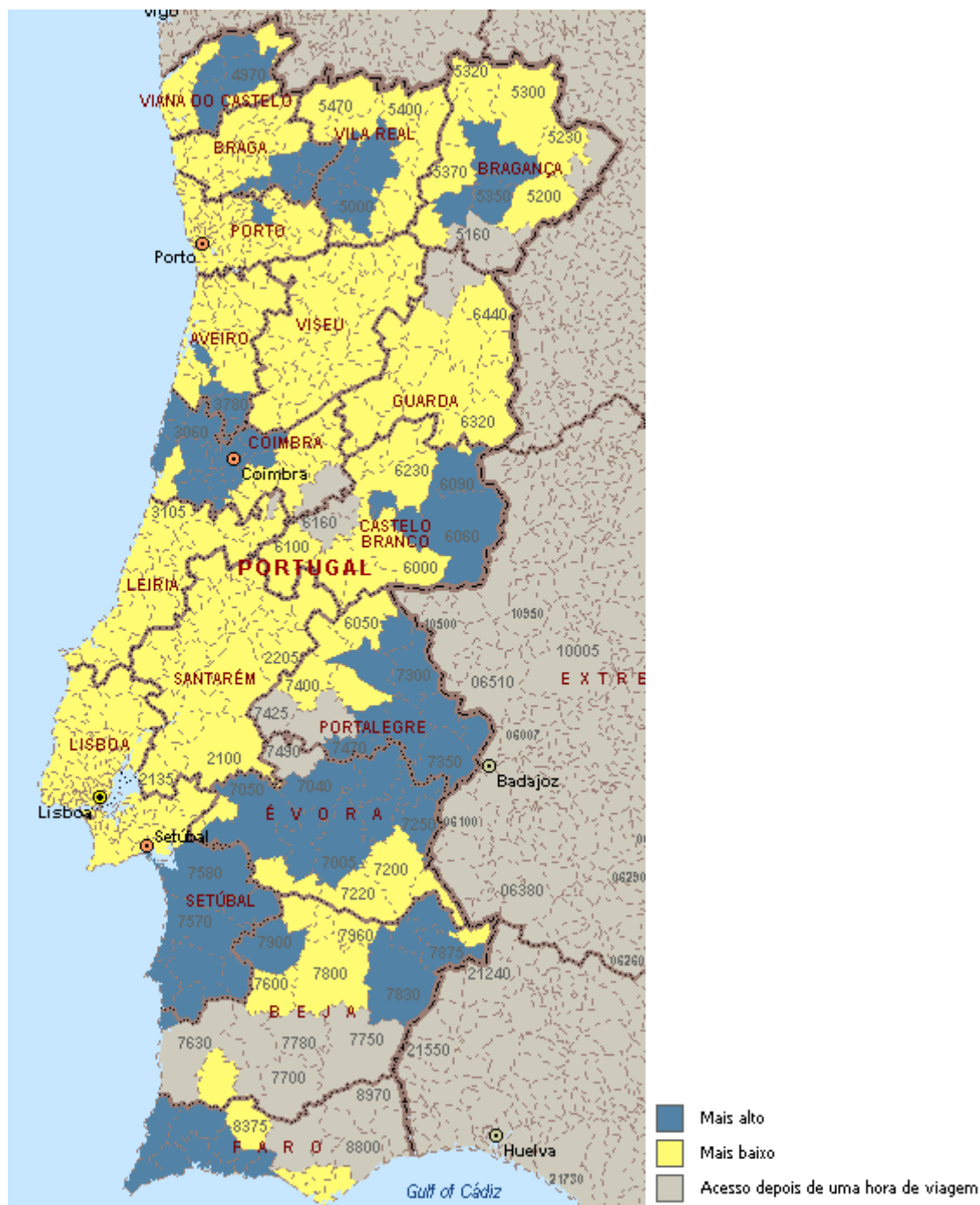
Finalmente, para efeito de comparação entre os resultados obtidos e as metas estabelecidas para a RNCCI, refira-se que a meta de camas por 1.000 habitantes identificada no “Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, de julho de 2007, é de cerca de 1,82 camas, e que o *cluster* alto varia entre 1,47 e 2,58 (o *cluster* médio varia entre 0,76 e 1,41 e o *cluster* baixo varia entre 0,0003 e 0,75 camas por 1.000 habitantes)⁷². Sendo assim, constata-se que algumas regiões com acesso alto têm oferta disponível que contribui para a ultrapassagem da meta estabelecida, ao passo que a grande maioria das populações usufrui de um acesso que está aquém da meta (95% das áreas de códigos postais apresenta um rácio inferior a 1,82 camas por 1.000 habitantes).

Análise do acesso: unidades individuais

Numa análise do acesso às unidades de internamento individuais, apresentam-se nas Figuras 25 a 28 os resultados individuais da aplicação do método de análise, incluindo o ajustamento das necessidades, para as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos, respetivamente. São apresentados dois níveis de acesso: acesso mais alto e acesso mais baixo (definidos com base numa análise de *clusters*), sendo que é ainda apresentada nos mapas de Portugal Continental uma terceira classificação (a cinzento), que se refere às populações não cobertas pelas áreas de influência de até 60

⁷² Para a definição da meta de 1,82 camas por 1.000 habitantes foi considerada a meta explicitada no relatório, de 9,4 camas por 1.000 idosos, tendo-se feito a conversão com base nos dados do INE de 2011.

minutos de viagem, ou seja, às populações cujo acesso aos respetivos cuidados depende de tempos de viagem superiores a uma hora de viagem em estrada.

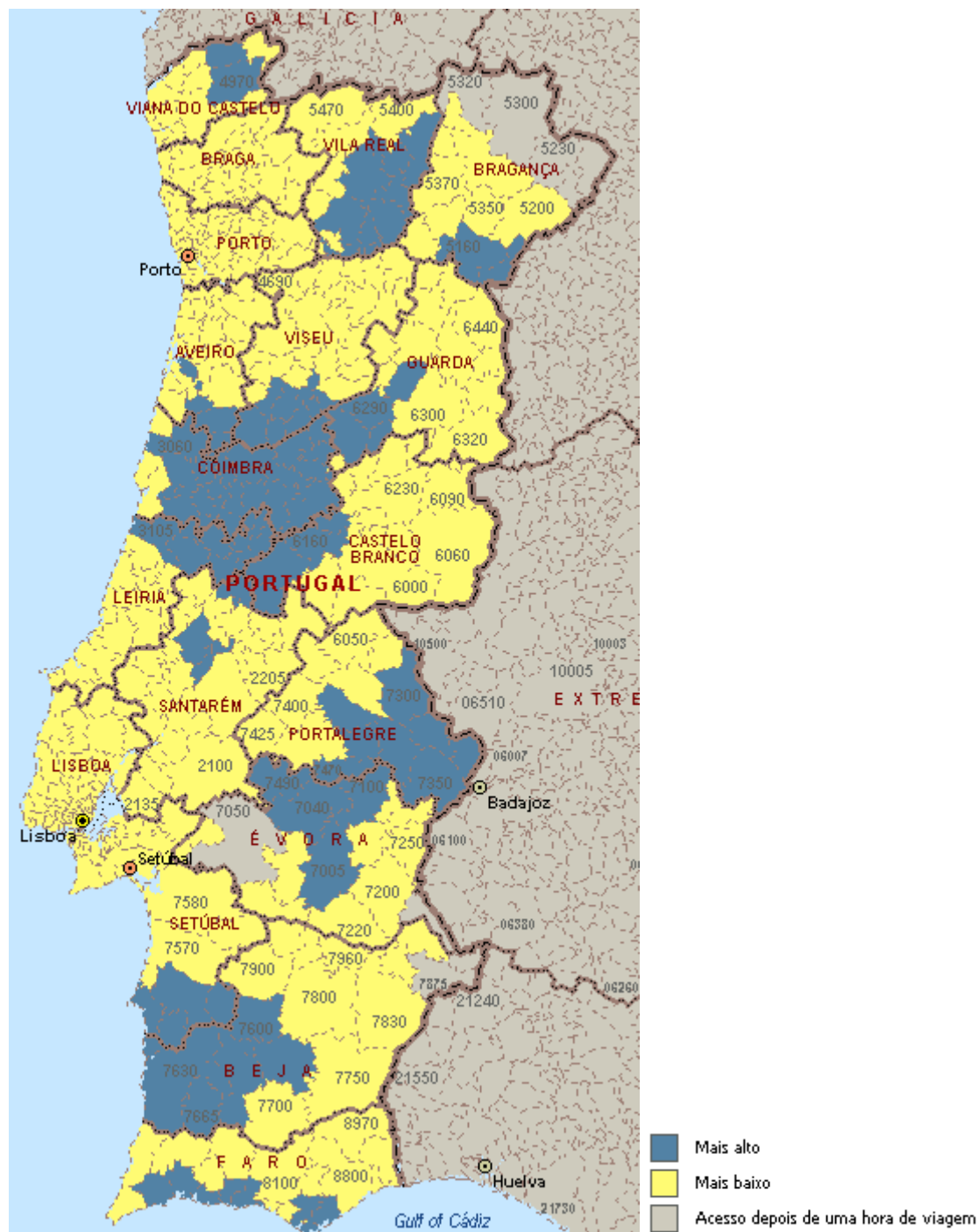


Elaboração própria com base em dados da UMCCI e do INE.

Figura 25 – Acesso aos cuidados continuados de saúde prestados nas unidades de convalescença

A meta da RNCCI para as unidades de convalescença equivale a 0,35 camas de unidades de convalescença por 1.000 habitantes, o que só é ultrapassado em 3% das áreas de códigos postais cobertas até 60 minutos de viagem (15% das áreas com acesso mais alto). As populações com acesso mais dificultado às unidades de convalescença

são as que residem nas áreas marcadas a cinzento no mapa de Portugal Continental, pela maior distância que têm que percorrer até uma unidade. Como se pode notar, estas populações residem nos distritos de Bragança, Guarda, Coimbra, Castelo Branco, Portalegre, Évora, Beja e Faro.

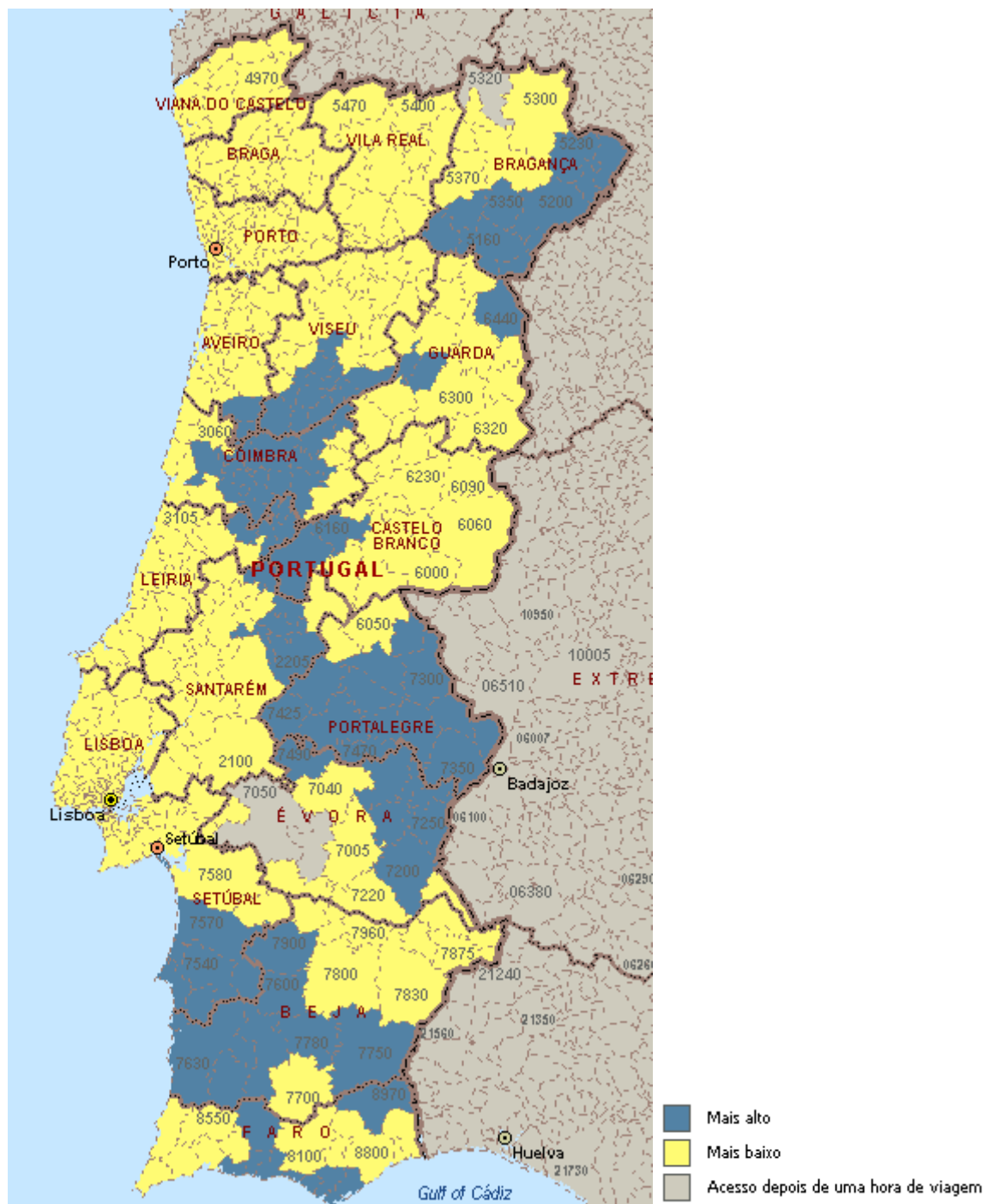


Elaboração própria com base em dados da UMCCI e do INE.

Figura 26 – Acesso aos cuidados continuados de saúde prestados nas unidades de média duração e reabilitação

No caso das unidades de média duração e reabilitação, verifica-se uma maior cobertura no mapa, porque há menos áreas a cinzento do que na Figura 25. Além disso, como se

pode constatar, 15% das áreas cobertas tem oferta que ultrapassa a meta estabelecida pela UMCCI (69% das áreas com acesso mais alto), que equivale a 0,39 camas de unidades de média duração e reabilitação por 1.000 habitantes. As áreas com menor cobertura correspondem às áreas a cinzento dos distritos de Bragança, Évora e Beja.



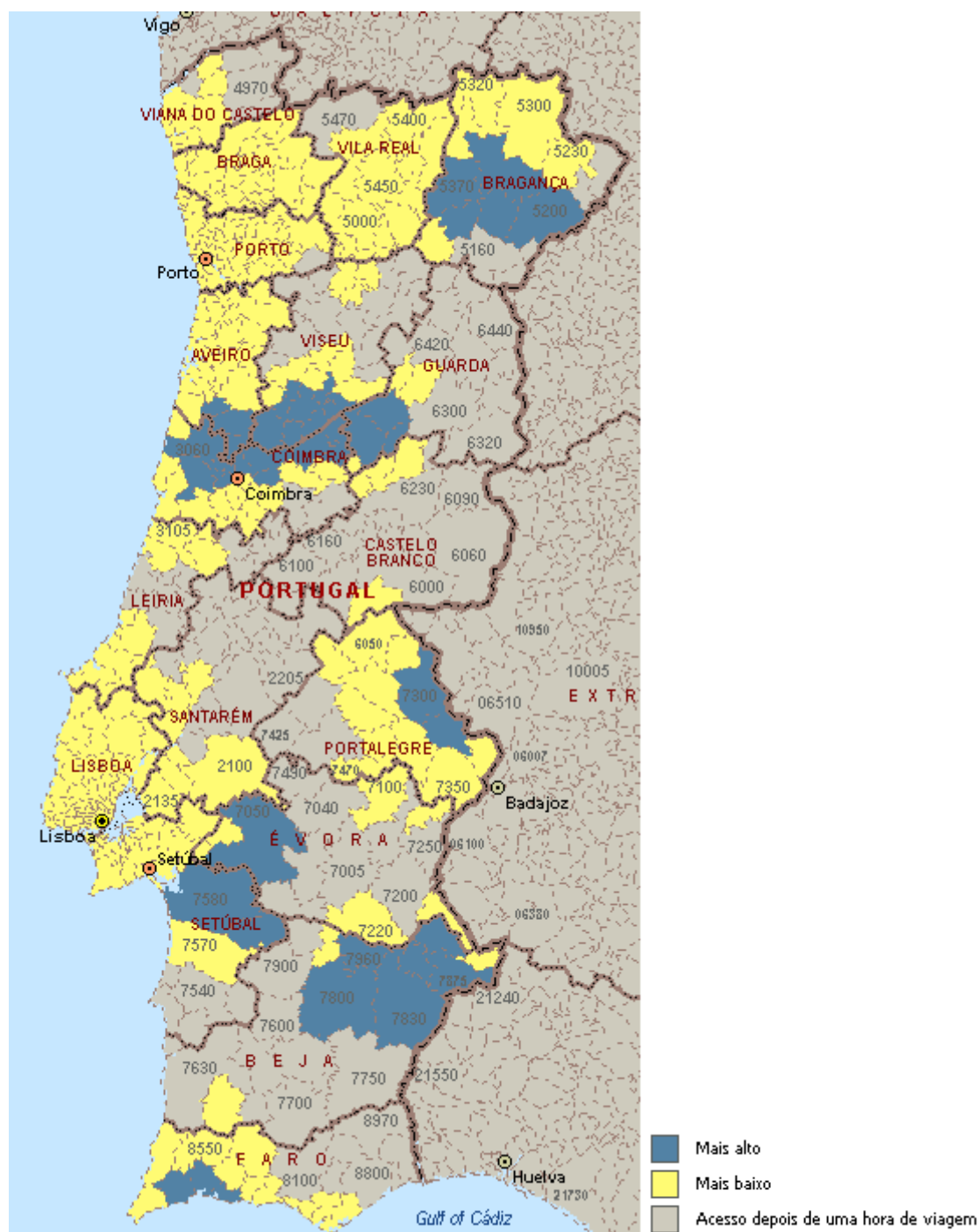
Elaboração própria com base em dados da UMCCI e do INE.

Figura 27 – Acesso aos cuidados continuados de saúde prestados nas unidades de longa duração e manutenção

No que se refere ao acesso às unidades de longa duração e manutenção, apresentam igualmente uma extensa cobertura, ficando apenas algumas regiões nos distritos de

Bragança e Évora a mais de uma hora de viagem de uma unidade deste tipo, pelo que as populações ali residentes têm um acesso mais dificultado.

Quanto às áreas de códigos postais com maior acesso, 28% tem oferta que ultrapassa a meta estabelecida pela UMCCI, que equivale a 0,97 camas de unidades de longa duração e manutenção por 1.000 habitantes (6% de todas as áreas de códigos postais cobertas até uma hora de viagem).



Elaboração própria com base em dados da UMCCI e do INE.

Figura 28 – Acesso aos cuidados continuados de saúde prestados nas unidades de cuidados paliativos

Por último, o mapa referente ao acesso aos cuidados continuados prestados nas unidades de cuidados paliativos mostra que a cobertura é deficiente em comparação com os outros tipos de cuidados continuados com internamento. Constata-se que um quarto das áreas de códigos postais não é coberto pelas áreas de influência de até 60 minutos de viagem e apenas os distritos de Braga, Aveiro e Lisboa têm cobertura total. Além disso, 99% das áreas de códigos postais não tem oferta que cumpra a meta estabelecida pela UMCCI, equivalente a 0,12 camas por 1.000 habitantes.

5.2. Resultados da análise das barreiras ao acesso

A análise do acesso apresentada nas secções precedentes engloba uma avaliação dos encargos que devem ser pagos pelos utentes para internamento na RNCCI e uma análise do acesso potencial, de cunho sobretudo geográfico, com a identificação das populações que mais enfrentam barreiras à obtenção de cuidados continuados e à satisfação das suas necessidades.

Relativamente aos encargos pagos pelos utentes, constata-se a existência de indícios de entraves financeiros ao acesso, os quais consistiriam em constrangimentos no acesso dos utentes às unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, resultantes de dificuldades financeiras para a cobertura dos encargos.

Outra conclusão prende-se com o possível internamento inadequado de utentes nas unidades de internamento que requerem o pagamento de encargos dos utentes, enquanto na verdade deveriam ser internados nas unidades isentas desses encargos. Esta situação pode originar iniquidades no acesso dos utentes aos cuidados continuados, tanto em função de alguns utentes não receberem os cuidados da forma como deveriam, como em razão de eventuais dificuldades financeiras que esta situação pode causar a alguns utentes, que não sofreriam estas dificuldades se tivessem sido internados adequadamente.

No que se refere à análise do acesso potencial, apresentam-se resultados para toda a tipologia das unidades de internamento e para os tipos de internamento individuais.

Na análise que envolve todas as unidades, independentemente do tipo, os resultados são apresentados num mapa com três níveis de acesso das populações aos cuidados continuados com internamento: alto, médio e baixo. Os resultados da análise indicam que oito distritos têm mais populações com baixo acesso aos cuidados continuados com internamento, designadamente Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda,

Aveiro e Leiria, nas regiões de Saúde do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo. Por sua vez, os distritos de Setúbal, Castelo Branco, Guarda e Aveiro, em particular, têm populações com necessidades acrescidas de cuidados continuados, por terem relativamente menos equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e equipas de cuidados continuados integrados.

Um segundo resultado refere-se à constatação de que a grande maioria das populações usufrui de um acesso que está aquém da meta planeada para a RNCCI, em termos de número de camas por habitantes: 95% das unidades geográficas utilizadas para a análise (as áreas dos códigos postais de quatro dígitos) apresenta um rácio inferior à meta.

Quanto aos resultados dos tipos de internamento individuais, destacam-se os melhores resultados referentes às unidades de internamento de longa duração e manutenção. Por outro lado, um resultado comum a todos os tipos de internamento individuais prende-se com a identificação de populações residentes em algumas áreas, nas regiões de Saúde do Norte e do Alentejo, que têm acesso mais restrito, em função de residirem a mais de uma hora de viagem de uma unidade. No caso específico das unidades de convalescença, há também populações com acesso mais restrito nas regiões de Saúde do Centro e do Algarve, sendo que, no caso dos cuidados paliativos, há populações com acesso mais reduzido nas cinco regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. O desafio para a coordenação da RNCP será promover a expansão da oferta de modo a reduzir as desigualdades no acesso das populações evidenciadas no mapa apresentado (Figura 28).

5.3. Efeitos das deficiências de acesso identificadas

As deficiências de acesso potencial identificadas neste capítulo, principalmente nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro, Leiria, Bragança e Évora, refletem a iniquidade existente no acesso aos cuidados continuados de saúde, que exercerá um impacto negativo sobre a saúde e bem-estar dos utentes. Por um lado, há barreiras ao acesso pronunciadas em algumas regiões e, por outro lado, os utentes que não conseguem internamento na Rede ficam em casa, são internados inadequadamente em hospitais de agudos ou recorrem a alternativas que não são equivalentes aos cuidados continuados integrados prestados na Rede.

É de salientar que os problemas de acesso identificados se associam a problemas em termos de obtenção atempada e próxima de cuidados continuados de saúde, conforme se constata com a observação de outros dados da UMCCI, que validam em parte os resultados obtidos com a metodologia adotada.

No que concerne à obtenção atempada de cuidados, em particular, refira-se que, de acordo com a UMCCI, os tempos de identificação de vaga nas equipas coordenadoras regionais são mais longos nas regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para todos os tipos de internamento⁷³, sendo também relativamente longos no Alentejo, para as unidades de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção⁷⁴. Este problema está refletido parcialmente nos resultados da análise apresentada, uma vez que os piores tempos podem ser associados aos tipos e regiões que têm menor capacidade de resposta para a satisfação das necessidades. Refira-se que o tempo de espera para as vagas tem relação com o número de utentes a aguardar vaga, que, de acordo com a UMCCI, aumentou 46%, tendo em conta a comparação entre o número do final de 2011 (691) e o número respeitante ao final do primeiro semestre de 2012 (1.010), e tem como principal contribuinte os números referentes à região de Lisboa e Vale do Tejo (57%), seguida das regiões Centro (18%) e Alentejo (17%)⁷⁵.

Quanto à proximidade da obtenção de cuidados continuados, embora se tenha obtido informação da UMCCI de que o cumprimento do princípio da proximidade está a melhorar (uma consequência da expansão da RNCCI e da coordenação da UMCCI), em alguns distritos uma grande parte dos utentes precisa de recorrer aos cuidados continuados em outros distritos. Considerando a admissão de utentes no período de 1 de janeiro de 2012 a 30 de setembro de 2012, verifica-se, por exemplo, que mais de 20% dos utentes residentes no distrito de Castelo Branco – um dos distritos identificados com potenciais problemas de acesso – foi admitido para a obtenção de cuidados continuados no distrito de Viseu, um distrito com que Castelo Branco não faz fronteira.

⁷³ Em especial para as unidades de média duração e reabilitação e as unidades de cuidados paliativos, em que superam os 40 dias, o que, especialmente no caso dos cuidados paliativos a doentes em fim de vida, pode representar uma barreira impeditiva do acesso dos utentes.

⁷⁴ Tempos identificados no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI – 1.º Semestre de 2012”, disponível no *website* da RNCCI.

⁷⁵ Tendo em conta uma notícia do jornal Público de 17 de janeiro de 2013, que anunciou uma lista de espera com 1.100 utentes, o número de utentes a aguardar vaga manteve a tendência de alta nos meses subsequentes ao final do primeiro semestre de 2012.

6. Avaliação da qualidade

Como se referiu no capítulo 2, da metodologia adotada no presente estudo, foram considerados três grupos de indicadores para a avaliação da qualidade, designadamente indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado, que se definiram tendo em conta os dados existentes disponibilizados pela UMCCI. Foram utilizados concretamente 16 indicadores de qualidade, que se apresentam na Tabela 7, tendo sido identificados nove indicadores de estrutura, quatro indicadores de processo e três indicadores de resultado⁷⁶.

Tabela 7 – Indicadores de qualidade

Classe	Indicador
Estrutura	Realização do plano de emergência
	Realização do simulacro de emergência
	Realização do plano operacional de controlo de infeção
	Realização do plano de gestão de resíduos hospitalares
	Número de procedimentos escritos e divulgados pelos profissionais da unidade
	Realização do plano de formação da unidade
	Percentagem de ações previstas no plano de formação e que foram realizadas na unidade
	Rácios de médicos/camas
	Rácios de enfermeiros/camas
Processo	Realização dos planos de intervenção individual de utentes
	Percentagem de utentes admitidos com instrumento de avaliação integrado preenchido
	Percentagem de utentes admitidos com avaliação de risco de quedas
	Percentagem de utentes com registo de índice de massa corporal na última avaliação
Resultado	Ganhos de autonomia
	Prevalência de quedas
	Prevalência de úlceras de pressão durante o internamento

Elaboração própria.

Os dados utilizados para o cálculo dos indicadores são os dados das unidades de internamento disponíveis à data de 5 de novembro de 2012, sendo que parte dos

⁷⁶ Reconhece-se a existência de alguma limitação na avaliação da qualidade que se apresenta, devendo notar-se, no entanto, que esta limitação se deve em grande medida à ausência de dados completos. Será útil a promoção da recolha sistemática de dados para a realização de outras análises futuramente, tais como, por exemplo, uma avaliação aprofundada da formação dos profissionais de saúde; a consideração do perfil dos utentes e do seu efeito sobre os resultados de ganhos de autonomia, e de incidências de quedas e de úlceras de pressão; a avaliação de aspetos adicionais acerca da qualidade de vida dos utentes nos equipamentos considerados; e a consideração de indicadores específicos por tipo de internamento (o que faria sentido em particular para os cuidados paliativos, dadas as suas características específicas). Essas informações adicionais poderão ser recolhidas *in loco*, nos estabelecimentos, e monitorizadas no âmbito de projetos de incentivo à qualidade, por exemplo, com vista à obtenção e manutenção de padrões de qualidade que primem pela excelência.

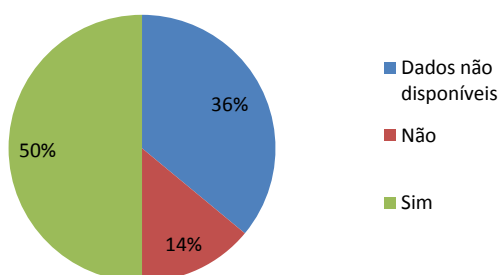
indicadores de processo e de resultado referiram-se ao período de janeiro de 2011 a setembro de 2012 (nomeadamente os indicadores referentes à avaliação de risco de quedas, ao registo de índice de massa corporal (IMC), aos ganhos de autonomia, às quedas durante o internamento e às úlceras de pressão).

Das 268 unidades de internamento consideradas no estudo, apenas 131 forneceram dados para todos os 16 indicadores: 25 unidades de convalescença, 40 unidades de média duração e reabilitação, 59 unidades de longa duração e manutenção e sete unidades de cuidados paliativos. Por outro lado, foi possível calcular seis indicadores para todas as 268 unidades: três indicadores de processo – percentagens de utentes com Instrumento de Avaliação Integrado preenchido, com avaliação de risco de quedas e com registo de índice de massa corporal na última avaliação – e os três indicadores de resultado. Interpreta-se a não disponibilização de dados por parte de algumas unidades de internamento como um indício de alguma deficiência no controlo de qualidade, na medida em que à data de 5 de novembro já tinham passado quase três meses desde o pedido de informação efetuado pela ERS.

Descrevem-se, de seguida, os resultados dos cálculos dos indicadores utilizados para a avaliação da qualidade, devendo ressaltar-se a relação positiva dos indicadores com a qualidade, segundo a qual, quanto mais alto for um indicador (ou seja, quanto maior a ocorrência de resultados “sim” e de valores mais altos), mais alta será a qualidade. Excetuam-se apenas os indicadores referentes às quedas durante o internamento e às úlceras de pressão, que apresentam uma relação negativa com a qualidade (ou seja, quanto menor as prevalências de quedas e úlceras, mais alta será a qualidade).

Existência de plano de emergência

A Figura 29 quantifica, entre as 268 unidades de internamento consideradas, as que realizaram um plano de emergência. Constatou-se que 50% realizou um plano de emergência. Para 36% das unidades não foi possível obter dados sobre este indicador, pelo que se identificou apenas 14% sem plano de emergência.

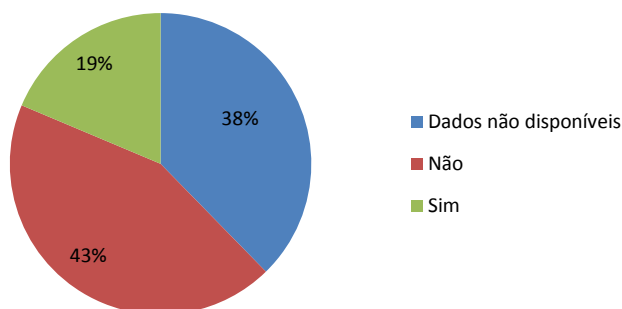


Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 29 – Plano de emergência

Realização de simulacro de emergência

Relativamente à realização do simulacro de emergência, verifica-se que apenas 19% das unidades realizou o simulacro de emergência e que 43% não realizou qualquer simulacro, como se apresenta na Figura 30. Os dados não estavam disponíveis para 38% das unidades de internamento em análise.



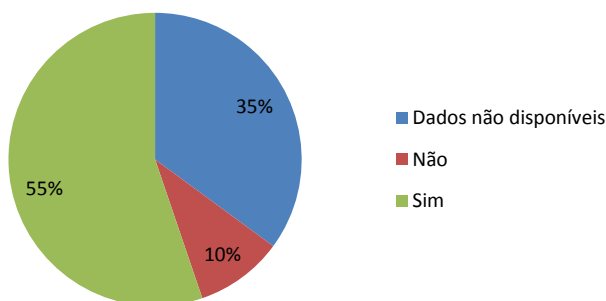
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 30 – Simulacro de emergência

Realização do Plano Operacional do Controlo de Infecção

As unidades de internamento da Rede devem implementar um plano operacional de controlo de infeção, conforme definido na Circular Normativa n.º 17/DSQC/DSC da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁷⁷.

Conforme se ilustra na Figura 31, mais da metade das unidades de internamento realizou o plano operacional de controlo de infeção (55%). No entanto, 10% ainda não tinha efetuado o plano e 35% das unidades de internamento não forneceu a informação solicitada.



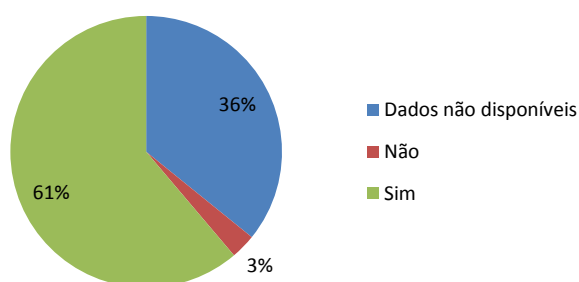
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 31 – Plano Operacional do Controlo da Infecção

⁷⁷ Circular disponível no website da DGS, em www.dgs.pt.

Realização do Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares

Conforme se pode visualizar na Figura 32, a maioria das unidades de internamento em análise realizou o plano de gestão de resíduos hospitalares (61%). Apenas 3% das unidades não realizou o plano de gestão de resíduos hospitalares, sendo que os dados não se encontravam disponíveis para 36% das unidades.



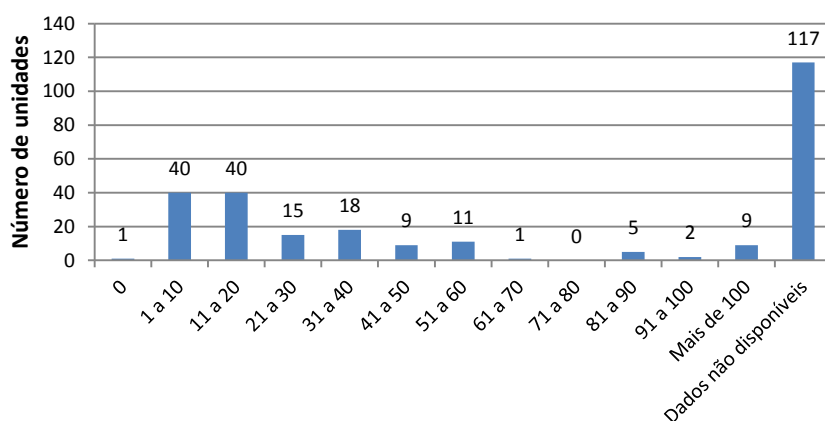
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 32 – Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares

N.º de procedimentos escritos e divulgados pelos profissionais da unidade

A escrita e a divulgação de procedimentos pelos profissionais de saúde visam uniformizar a partilha de informação e a comunicação com o utente e seus familiares, mas também entre os profissionais e as instituições⁷⁸.

Das 268 unidades de internamento em análise obtiveram-se dados de 151 unidades, que se associaram a faixas de números de procedimentos de dez em dez, até 100, conforme se apresenta na Figura 33.



Número de procedimentos escritos e divulgados pelos profissionais

Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

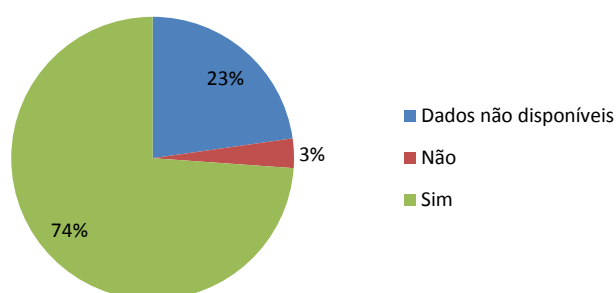
Figura 33 – Procedimentos escritos e divulgados pelos profissionais da unidade

⁷⁸ Vide “Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, de julho de 2007.

Refira-se que as 151 unidades divulgam, em média, 33 procedimentos escritos pelos profissionais de saúde, sendo o mínimo de procedimentos escritos divulgados de zero e o máximo de 185.

Realização do plano de formação da unidade

A maioria das unidades realizou um plano de formação interno (74%), conforme se identifica na Figura 34. Apenas 3% das unidades não realizou qualquer plano de formação e 23% das unidades não havia apresentado dados sobre este indicador.

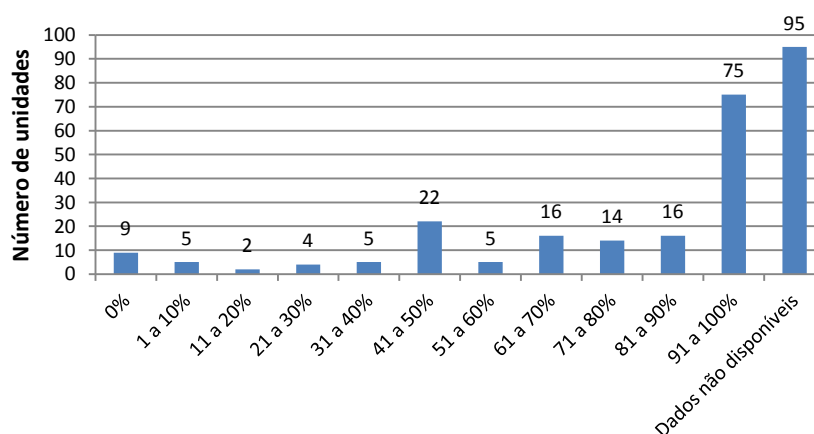


Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 34 – Plano de formação da unidade

Percentagem de ações previstas no plano de formação e que foram realizadas

Das 268 unidades de internamento em análise, obtiveram-se dados de 173 unidades. Os números de unidades por faixa de percentagem de ações previstas e que foram realizadas são apresentados na Figura 35.



Percentagem de ações previstas no plano de formação e que foram realizadas

Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 35 – Ações previstas no plano de formação e que foram realizadas

Refira-se que, em média, as unidades realizaram 74% das ações previstas no plano de formação, sendo que nove unidades não realizaram qualquer ação prevista e 67 unidades realizaram 100% das ações previstas.

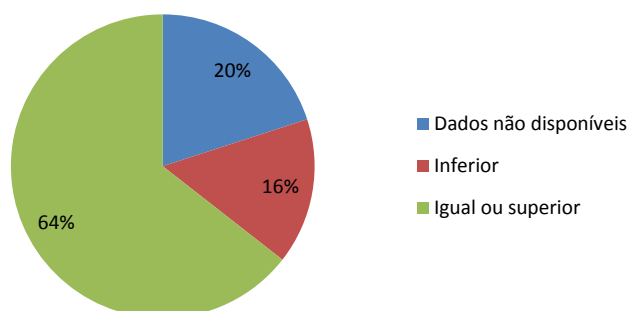
N.º de médicos equivalente a tempo completo/camas

Os rácios de médicos por utente recomendados pela UMCCI no documento “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua” são de 0,019 para unidades de longa duração e manutenção, 0,029 para unidades de média duração e reabilitação e 0,038 para unidades de convalescença e unidades de cuidados paliativos⁷⁹. Sem prejuízo de o indicador aqui considerado referir-se a médicos por camas, estes números permitem que se tenha uma noção dos números de médicos por utente, já que as taxas de ocupação para todas as tipologias nas cinco regiões de Saúde são altas, sendo na maior parte das vezes superiores a 90%, conforme se pode identificar no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI – 1.º Semestre de 2012”. Acresce que, ao longo do tempo, a taxa de ocupação se altera, podendo chegar às vezes a 100%, pelo que será positivo as unidades seguirem as recomendações da UMCCI de médicos por utente como sendo na verdade médicos por cama, porque assim sempre poderão garantir uma resposta adequada e atempada aos utentes⁸⁰.

As Figuras 36 a 39 apresentam as percentagens de rácios de médicos por cama inferiores e iguais ou superiores às recomendações da UMCCI para os quatro tipos de internamento, sendo também apresentadas as percentagens relativas aos dados não disponíveis. Os rácios referem-se a 201 unidades nas quais foram recolhidos os números de médicos: 36 unidades de convalescença, 62 unidades de média duração e reabilitação, 91 unidades de longa duração e manutenção e 12 unidades de cuidados paliativos.

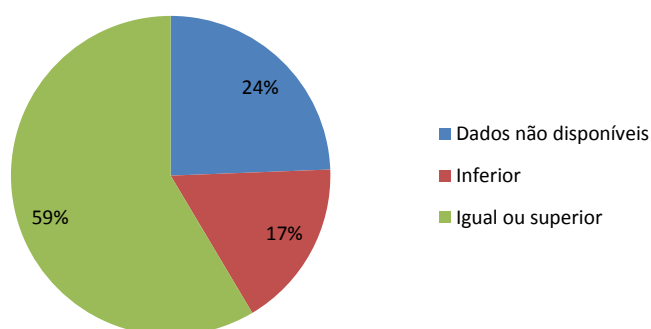
⁷⁹ Estes números resultam das recomendações de horas por utentes definidas pela UMCCI que são apresentadas no capítulo 4. Foram consideradas 35 horas por semana para os números ETC.

⁸⁰ Considerando que os rácios de médicos por cama serão quase sempre inferiores aos rácios de médicos por utente (em função da taxa de ocupação ser apenas pontualmente 100%), a análise que se apresenta é conservadora, na medida em que as percentagens referentes às situações em que o indicador utilizado é igual ou superior às recomendações da UMCCI seriam mais altas se fosse utilizado o indicador de médicos/utente.



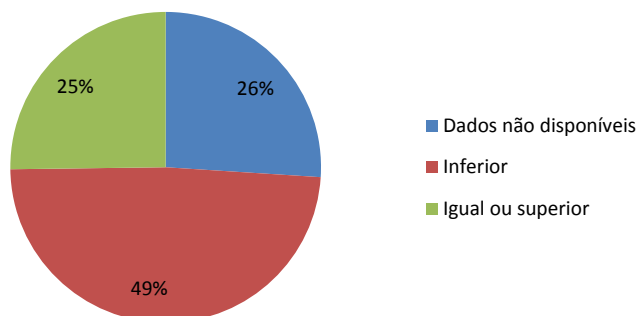
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 36 – Unidades com números de médicos inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as UC



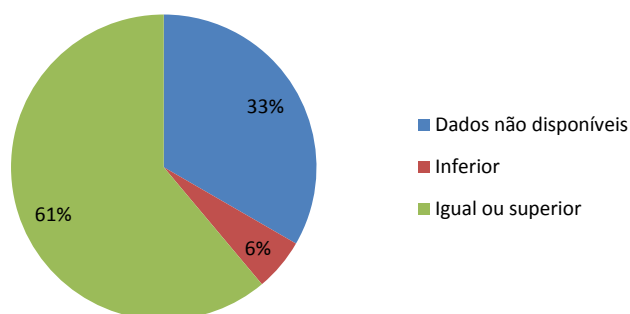
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 37 – Unidades com números de médicos inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as UMDR



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 38 – Unidades com números de médicos inferiores e iguais ou à recomendação para as ULDM



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 39 – Unidades com números de médicos inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as UCP

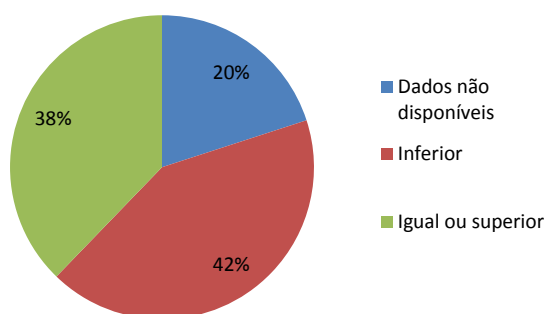
É possível constatar com estes gráficos que o tipo de internamento com maior deficiência em termos de atendimento médico aos doentes é o de longa duração e manutenção, com quase 50% das unidades com um número de médicos inferior ao recomendado pela UMCCI no documento “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua”.

N.º de enfermeiros equivalente a tempo completo/camas

As recomendações da UMCCI, de acordo com o que consta do Manual do Prestador, são de 0,23 enfermeiros por utente nas unidades de longa duração e manutenção, 0,34 nas unidades de média duração e reabilitação, 0,46 nas unidades de convalescença e 0,61 nas unidades de cuidados paliativos⁸¹. A argumentação apresentada na discussão apresentada *supra*, da relação entre os rácios de médicos por utente e médicos por cama, também é válida para os enfermeiros, pelo que se verifica de seguida, com base no rácio de enfermeiros por cama, em que medida as recomendações da UMCCI referentes aos rácios de enfermeiros por utente estão a ser seguidas nas unidades de internamento da Rede.

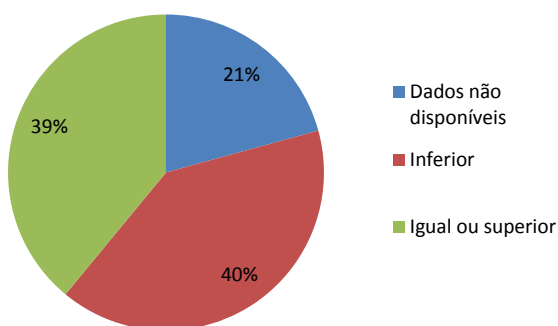
São apresentadas nas Figuras 40 a 43 as percentagens de números de enfermeiros por cama de 208 unidades de internamento face ao recomendado pela UMCCI: 36 unidades de convalescença, 65 unidades de média duração e reabilitação, 95 unidades de longa duração e manutenção e 12 unidades de cuidados paliativos. São também apresentadas as percentagens relativas aos dados não disponíveis.

⁸¹ Estes números resultam das recomendações de horas por utentes definidas pela UMCCI que são apresentadas no capítulo 4. Também foram consideradas 35 horas por semana para os números ETC relativos aos enfermeiros.



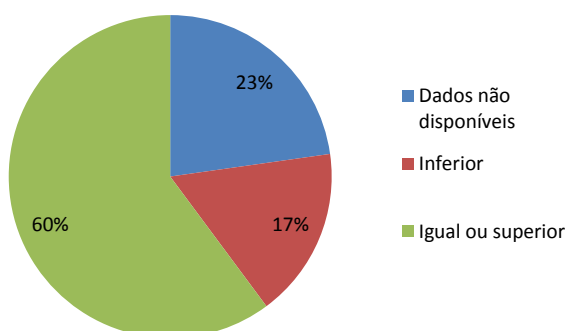
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 40 – Unidades com números de enfermeiros inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as UC



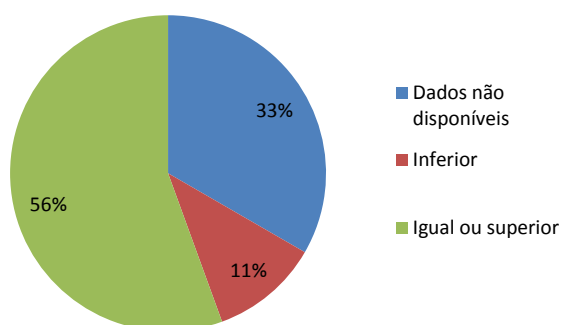
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 41 – Unidades com números de enfermeiros inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as UMDR



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 42 – Unidades com números de enfermeiros inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as ULDM



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

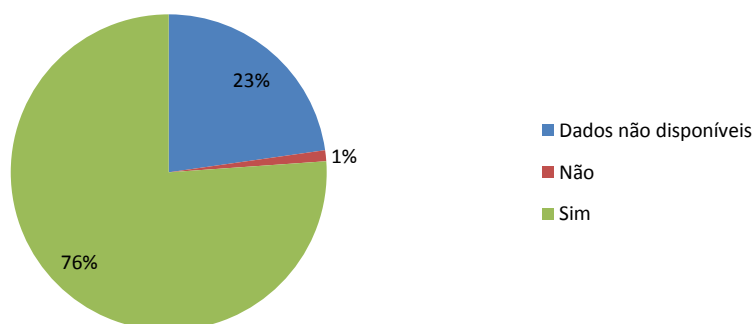
Figura 43 – Unidades com números de enfermeiros inferiores e iguais ou superiores à recomendação para as UCP

Dos gráficos apresentados depreende-se que haverá uma escassez de enfermeiros nas unidades de convalescença e de média duração e reabilitação⁸².

Realização dos Planos de Intervenção Individual (PII)

De acordo com o já referido Manual do Prestador da UMCCI, o plano de intervenção individual é o “conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais”.

Conforme se apresenta na Figura 44, constatou-se que 76% das unidades realizou os respetivos planos de intervenção individual. Apenas 1% das unidades não realizou os planos e 23% não tinha dados para este indicador.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

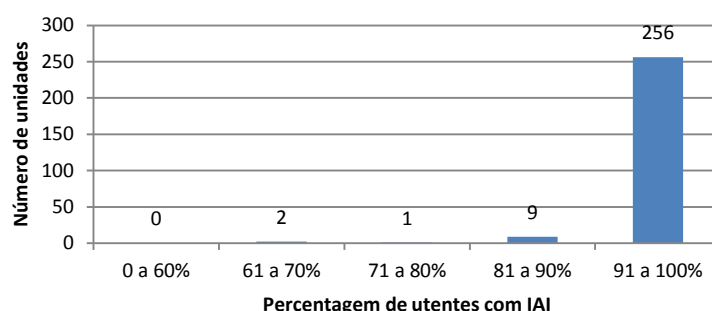
Figura 44 – Unidades que realizaram PII

⁸² Relativamente à questão da escassez de enfermeiros nas unidades de internamento, refira-se a notícia de 13 de setembro de 2012, que relatou uma denúncia de enfermeiros (em <http://www.omirante.pt/noticia.asp?idEdicao=54&id=53576&idSeccao=424&Action=noticia#.UK4YxnLedvY>).

Percentagem de utentes admitidos com Instrumento de Avaliação Integrado (IAI)

Conforme referido no *website* da RNCCI, o Instrumento de Avaliação Integrado tem por objetivo a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida, cujos contributos são importantes na definição de um plano individual de intervenção, com ênfase na manutenção e recuperação de capacidades dos utentes.

A Figura 45 identifica o número de unidades de internamento por faixa de percentagem de utentes com IAI, podendo verificar-se que a grande maioria das unidades tem entre 91% e 100% de utentes com IAI. Foram consideradas as 268 unidades de internamento.



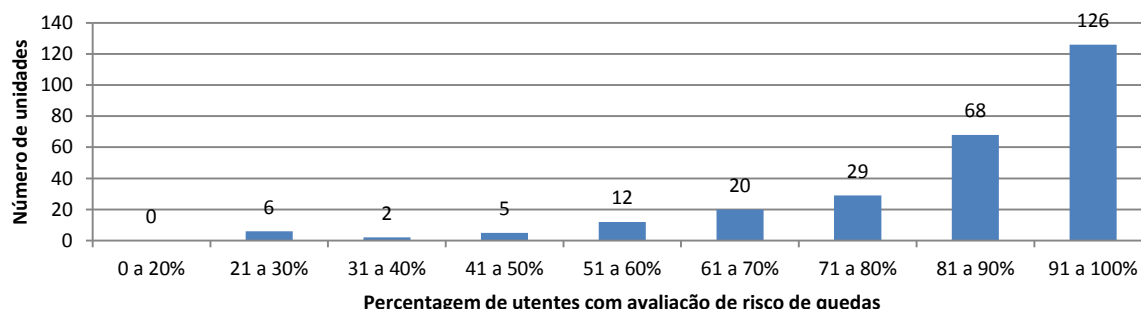
Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 45 – Número de unidades por faixa de percentagem de utentes com IAI

Refira-se que se identificaram 212 unidades com 100% de utentes com IAI e que a percentagem média de utentes por unidade com IAI é de 99%.

Percentagem de utentes admitidos com avaliação de risco de quedas

A Figura 46 apresenta o número de unidades por faixa de percentagem de utentes admitidos com avaliação de risco de quedas.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 46 – Número de unidades por faixa de percentagem de utentes com risco de quedas

Note-se que há 13 unidades com 100% de utentes admitidos com avaliação de risco de quedas e que a percentagem média de utentes com risco de quedas por unidade é de 84% (foram consideradas as 268 unidades).

Percentagem de utentes com registo de IMC

A Figura 47 apresenta o número de unidades de internamento por faixa de percentagem de utentes com registo de IMC. Todas as 268 unidades de internamento foram consideradas.

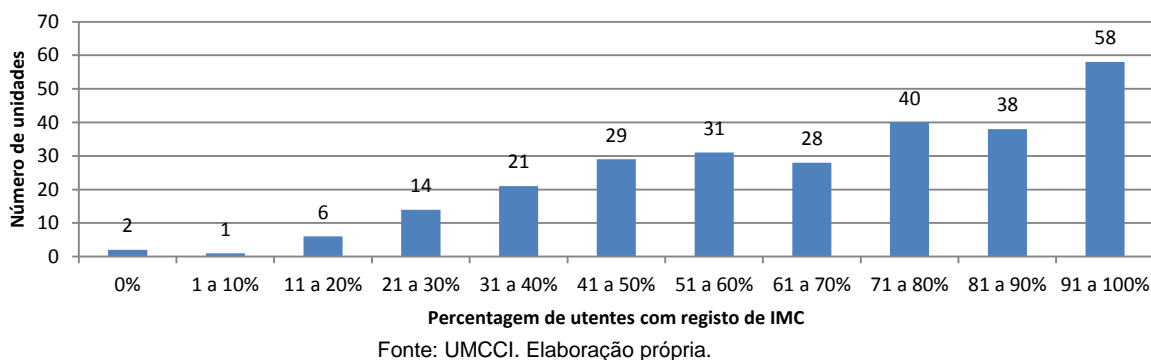


Figura 47 – Número de unidades por faixa de percentagem de utentes com registo de IMC

Refira-se que seis unidades tinham 100% dos utentes com registo de IMC, sendo que a percentagem média de utentes por unidade com registo de IMC é de 67%.

Percentagem de utentes admitidos com ganhos de autonomia entre a primeira avaliação registada e a mais recente

A Figura 48 apresenta o número de unidade por faixa de percentagem de utentes com ganhos de autonomia entre a primeira avaliação e a mais recente⁸³.

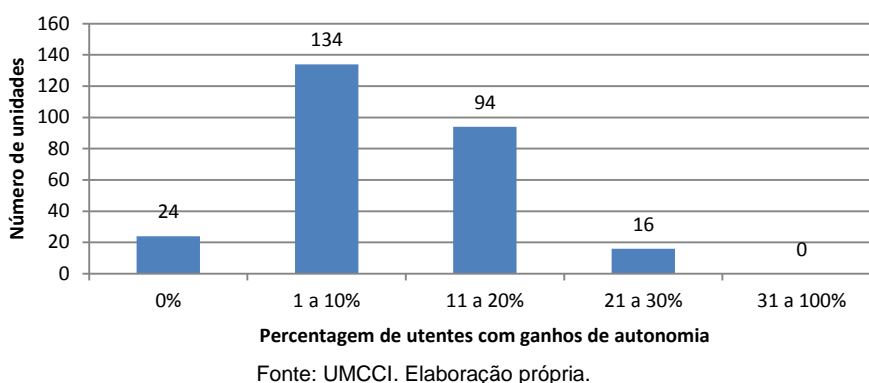


Figura 48 – Número de unidades por faixa de percentagem de utentes com ganhos de autonomia

⁸³ Na evolução da autonomia aqui apresentada são consideradas todas as avaliações válidas realizadas aos utentes admitidos, independentemente de terem obtido alta ou não. O ganho de autonomia resulta da comparação entre a primeira avaliação e a mais recente, tendo em conta o período considerado (janeiro de 2011 a setembro de 2012).

Com base nos dados fornecidos pela UMCCI foi possível identificar 16 unidades com mais de 20% e até 30% de utentes admitidos que tiveram ganhos de autonomia: 11 unidades de convalescença, três unidades de média duração e reabilitação e duas unidades de longa duração e manutenção⁸⁴. A percentagem média de utentes com ganhos de autonomia é de 9,1%.

Prevalência de quedas

No que toca à prevalência de quedas nas unidades da RNCCI, a Figura 49 apresenta o número de unidades por faixa de percentagem de utentes que tiveram quedas.

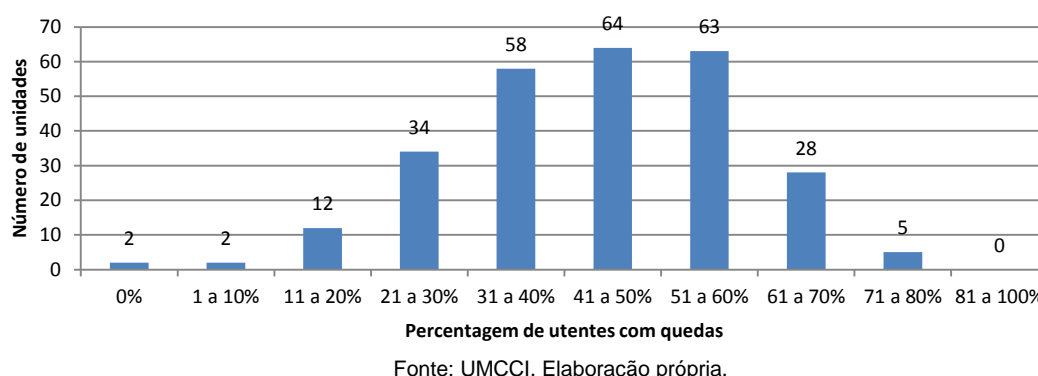


Figura 49 – Número de unidades por faixa de percentagem de utentes com quedas

Refira-se que se calculou uma percentagem média de utentes com quedas de 44%, devendo notar-se, no entanto, que o cálculo realizado não é perfeitamente comparável ao indicador utilizado pela UMCCI, por exemplo, no “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI – 1.º semestre de 2012”, que produziria valores mais baixos⁸⁵.

A forma de cálculo do indicador aqui utilizado refere-se aos utentes admitidos que sofreram quedas na Rede, no contexto do internamento, face ao total de admitidos, por unidade de internamento. Sem prejuízo deste cálculo poder atribuir maior valor, por exemplo, a uma unidade com baixo número de quedas, na medida em que utentes ali internados que tenham sofrido quedas noutras unidades também contam para efeito do cálculo do indicador, considerou-se este cálculo adequado, porque, como se pôde constatar, muitos utentes que foram internados mais de uma vez, e em diferentes unidades, no período considerado, foram internados em unidades detidas pelo mesmo

⁸⁴ Note-se que as unidades de longa duração e manutenção não visam prioritariamente a reabilitação, mas sim a manutenção de funcionalidade e evitar a deterioração, pelo que será natural haver percentagens mais altas de utentes com ganhos de autonomia nas outras unidades.

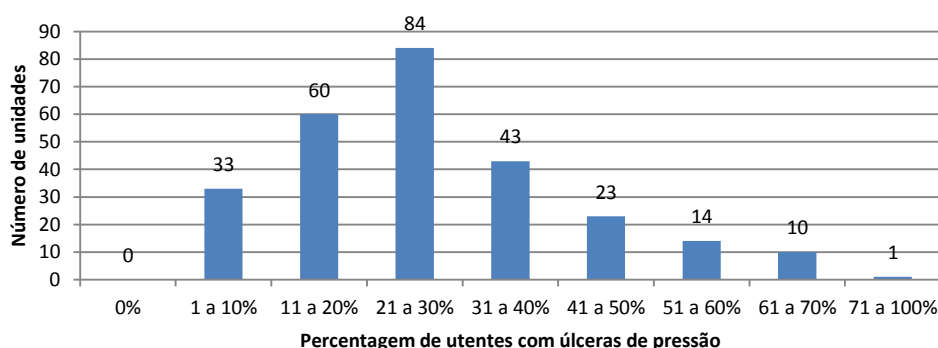
⁸⁵ Efetivamente, como a UMCCI constatou no seu relatório, as quedas têm apresentado um declínio ao longo dos anos, de forma sustentada, tendo a prevalência de quedas nas unidades de internamento sido de 15% no primeiro semestre de 2012.

prestador⁸⁶. Além disso, se fossem atribuídas as quedas apenas às unidades em que as mesmas foram registadas, perder-se-ia informação relevante, na medida em que havia, nos dados da UMCCI, um conjunto de dados referentes às quedas que não tinha a informação da unidade de internamento associada ao utente⁸⁷.

Prevalência de úlceras de pressão

Por último, apresentam-se os resultados do cálculo do indicador prevalência de úlceras de pressão. As úlceras de pressão são áreas da superfície corporal destruídas ou com necrose tecidual em função de exposição prolongada a pressões elevadas, fricção ou estiramento, que impedem a circulação local. Sem prejuízo das úlceras de pressão poderem ocorrer previamente à admissão na Rede, considera-se que a ocorrência de úlceras de pressão durante o internamento reflete mais a qualidade do trabalho das equipas de cuidadores do que o estado geral do doente⁸⁸.

A Figura 50 apresenta o número de unidades por faixa de percentagem de utentes que tiveram úlceras de pressão, devendo notar-se que o cálculo foi efetuado de forma similar ao que se explicou no caso da prevalência de quedas, pelas mesmas razões. Portanto, o indicador referiu-se aos utentes que tiveram úlceras internados em cada unidade, sem se considerar, no entanto, onde foram registadas as úlceras.



Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Figura 50 – Número de unidades por faixa de percentagem de utentes com úlceras de pressão

⁸⁶ Note-se que um prestador de cuidados continuados da Rede tem, em média 1,56 unidades, na mesma morada. Refira-se, por sua vez, que, de acordo com os dados obtidos, apenas 3% dos utentes foram internados mais de uma vez no período considerado.

Refira-se que o critério de proximidade na admissão e na referenciação de doentes pode contribuir para que o utente, quando precisa de mudar de tipo de internamento, por exemplo, permaneça internado com o mesmo prestador, na mesma instituição.

⁸⁷ Nestes casos, apenas por meio do número de identificação do utente reconhecido entre o conjunto de utentes admitidos em cada unidade foi possível verificar a que unidades se referiam as quedas.

⁸⁸ Vide Manual do Prestador da UMCCI.

Refira-se que, em média, 27% dos utentes por unidade teve pelo menos um registo de úlceras de pressão no período considerado.

6.1. Análise regional

Tendo-se apresentado os indicadores de qualidade considerados, calculados com base nos dados disponíveis fornecidos pela UMCCI, referentes às unidades de internamento da RNCCI, apresenta-se nesta secção os resultados de uma análise regional, em que se ordenaram as médias dos 16 indicadores por região de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve – e se atribuíram pontos de 1 a 5 para cada região. A pontuação de 5 correspondeu à média representativa da melhor qualidade e 1 à média associada à qualidade mais baixa. O objetivo foi determinar uma classificação das regiões em função da qualidade avaliada, com base nos dados disponíveis representativos da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde pelas unidades de internamento das regiões de Saúde.

É de salientar que não foram avaliados os tipos de internamento individualmente, porque a intenção foi obter resultados globais, comparáveis aos resultados da análise do acesso, mas também por causa do problema da incompletude dos dados, que, em alguns casos, distorceria a avaliação regional, por insuficiência de informação de alguns tipos de internamento em algumas regiões⁸⁹.

Sendo assim, a Tabela 8 sintetiza os resultados relativos a cada uma das cinco regiões de Saúde, com a última linha apresentando o total da soma dos pontos de cada região relativos aos indicadores avaliados.

⁸⁹ De qualquer modo, como se poderá verificar, os resultados são revistos nas conclusões à luz da ausência de dados.

Tabela 8 – Avaliação regional da qualidade

Indicador	Região de Saúde				
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Plano de emerg.	79,1%	66,0%	89,7%	87,0%	71,4%
Pontos	3	1	5	4	2
Simulacro de emerg.	14,6%	25,5%	46,2%	47,8%	15,4%
Pontos	1	3	4	5	2
Plano Op. Controlo Infecção	83,7%	75,5%	92,3%	88,0%	100,0%
Pontos	2	1	4	3	5
Plano Gestão de Resíd.	97,7%	96,1%	97,4%	92,0%	85,7%
Pontos	5	3	4	2	1
Proced. escritos e divulg.	37	29	46	19	27
Pontos	4	3	5	1	2
Plano de form.	97,0%	94,7%	95,3%	92,0%	100,0%
Pontos	4	2	3	1	5
Ações prev. no plano de form.	77,8%	63,9%	82,8%	70,3%	77,8%
Pontos	3	1	5	2	4
Médicos por cama	0,0464	0,0474	0,0551	0,0570	0,0686
Pontos	1	2	3	4	5
Enferm. por cama	0,4273	0,3948	0,3837	0,6397	0,3981
Pontos	4	2	1	5	3
PII	98,5%	100,0%	95,2%	100,0%	100,0%
Pontos	2	5	1	5	5
IAI	99,6%	98,9%	97,1%	98,7%	97,6%
Pontos	5	4	1	3	2
Risco de quedas	92,8%	85,9%	70,3%	83,3%	74,4%
Pontos	5	4	1	3	2
IMC	68,5%	65,3%	63,0%	74,2%	61,8%
Pontos	4	3	2	5	1
Ganhos de auton.	9,4%	8,7%	8,9%	10,3%	8,1%
Pontos	4	2	3	5	1
Quedas	44,3%	44,4%	39,9%	50,9%	37,6%
Pontos	3	2	4	1	5
Úlceras pressão	33,4%	23,9%	25,0%	23,4%	24,5%
Pontos	1	4	2	5	3
Total	51	42	48	54	48

Fonte: UMCCI. Elaboração própria.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 8 é possível concluir que, globalmente, a região de Saúde que presta cuidados continuados de maior qualidade à sua população é a região do Alentejo, com 54 pontos de 80 possíveis, seguida das

regiões Norte (51 pontos), Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (48 pontos), e Centro (42 pontos). O resultado positivo da região do Alentejo será uma consequência do projeto de incentivo à qualidade implementado naquela região pela equipa coordenadora regional, apresentado no já referido relatório “Contratualização nos Cuidados Continuados Integrados – Projecto de Incentivo à Qualidade”.

Por sua vez, considerando que a não disponibilização de dados por parte de algumas unidades de internamento poderá ser um indício de um controlo de qualidade deficiente, os resultados apresentados na Tabela 8 devem ser vistos com cautela, devendo ter-se em conta que o número de unidades com dados varia de indicador para indicador, havendo, por exemplo, seis indicadores para os quais todas as 268 unidades têm dados.

Em termos regionais, uma forma de avaliar como a incompletude de dados pode estar a afetar os resultados dos pontos da Tabela 8 é através do cálculo, por região, das percentagens de unidades que tiveram dados para os 16 indicadores. Conforme se pôde constatar, as percentagens são as seguintes: 40% na região Norte, 45% na região Centro, 57% na região de Lisboa e Vale do Tejo, e 63% na região do Alentejo e na região do Algarve. Estas percentagens reforçam a conclusão de que a qualidade será maior no Alentejo, sendo que, no que se refere às regiões Norte e Centro, com percentagens inferiores a 50%, indicam que, na hipótese desta incompletude de dados efetivamente representar um controlo deficiente da qualidade, os pontos obtidos, de 51 e 42, respetivamente, poderão estar sobreavaliados.

Por último, faz-se notar que a avaliação da qualidade aqui apresentada constitui evidentemente apenas um instrumento adotado com vista à obtenção de conclusões válidas para o presente estudo, realizado no âmbito das atribuições e competências da ERS, não devendo no entanto tal avaliação ser confundida com a atuação da ERS na área da qualidade, a qual envolve, como se informa no *website* da ERS, inúmeras atividades e projetos, por vezes de elevado grau de abrangência e complexidade, incluindo, por exemplo, as fiscalizações aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, o tratamento das reclamações dos utentes e o projeto SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde –, que é o sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela ERS.

7. Conclusões

Das análises realizadas no presente estudo da ERS, “Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde – 2012”, foi possível retirar um conjunto de conclusões principais, que se enumeram de seguida:

1. No que se refere à evolução da oferta das unidades de internamento ao longo do tempo, face à meta estabelecida até à concretização da satisfação das necessidades dos utentes, fixada em 2013, o cumprimento da meta aparenta ser inviável, só se podendo perspetivar que venha a tornar-se exequível num prazo mais alargado. A mesma ilação se retira quando são analisados os números de camas e a sua evolução recente por tipologia, sendo que as unidades que mais precisarão de ser reforçadas, atentas as metas de números de camas, deverão ser, principalmente, as unidades de cuidados paliativos.
2. Ainda no que se refere à oferta, destaca-se a discrepância entre a situação atual das equipas domiciliárias comunitárias de suporte em cuidados paliativos e das unidades de ambulatório de dia e promoção da autonomia, face às metas estabelecidas. No que concerne às unidades de ambulatório, ainda não existem, por questões orçamentais e em função da sua instalação e o seu funcionamento não terem sido regulamentados.
3. No capítulo referente à análise do acesso, é apresentada uma avaliação dos encargos que devem ser pagos pelos utentes para internamento na RNCCI e uma análise do acesso potencial, de cunho sobretudo geográfico, com a identificação das regiões e das populações residentes que mais enfrentam barreiras à obtenção de cuidados continuados e à satisfação das suas necessidades. Relativamente aos encargos pagos pelos utentes, há indícios de entraves financeiros ao acesso às unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção resultantes de dificuldades financeiras para a cobertura dos encargos.
4. Outra conclusão prende-se com o possível internamento inadequado de utentes nas unidades de internamento que requerem o pagamento de encargos dos utentes, quando deveriam ser internados nas unidades isentas desses encargos. Esta situação pode originar iniquidades no acesso dos utentes aos cuidados continuados, tanto em função de alguns utentes não receberem os cuidados da forma como deveriam como em razão de eventuais dificuldades financeiras dos utentes.

5. Os resultados da análise do acesso potencial para todas as unidades de internamento indicam que oito distritos têm mais populações com baixo acesso aos cuidados continuados com internamento, designadamente Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro e Leiria, nas regiões de Saúde do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo.
6. Um segundo resultado refere-se à identificação de que a grande maioria das populações usufrui de um acesso que está aquém da meta planeada para a RNCCI em termos de número de camas por habitantes: 95% das unidades geográficas utilizadas para a análise apresenta um rácio inferior à meta.
7. Quanto aos resultados dos tipos de internamento individuais, destacam-se os melhores resultados referentes às unidades de internamento de longa duração e manutenção. Por outro lado, um resultado comum a todos os tipos de internamento individuais prende-se com a identificação de populações residentes em algumas áreas, nas regiões de Saúde do Norte e do Alentejo, que têm acesso mais restrito, em função de residirem a mais de uma hora de viagem de uma unidade. No caso específico das unidades de convalescença, há também populações com acesso mais restrito nas regiões de Saúde do Centro e do Algarve, sendo que, no caso dos cuidados paliativos, há populações com acesso mais reduzido nas cinco regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.
8. Da avaliação da qualidade é possível constatar, num primeiro momento, uma escassez de médicos e enfermeiros em algumas unidades de internamento. O tipo de internamento com maior deficiência em termos de atendimento médico aos doentes é o de longa duração e manutenção. No que se refere aos enfermeiros, foi identificada uma escassez de enfermeiros sobretudo nas unidades de convalescença e de média duração e reabilitação.
9. Finalmente, na análise regional da qualidade, conclui-se que, globalmente, a região de Saúde que presta cuidados continuados de maior qualidade à sua população é a região do Alentejo, seguida das regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (regiões com mesma pontuação na análise realizada), e Centro.
10. As conclusões a que se chega quando se comparam os resultados da avaliação da qualidade com os resultados da análise do acesso indicam que as populações com acesso mais baixo a cuidados continuados de saúde de elevada qualidade são, em especial, parte das populações residentes nos distritos de Lisboa, Setúbal, Aveiro, Leiria, Guarda, Castelo Branco, Porto e Braga, a que se

acrescentam os distritos de Bragança, Coimbra e Faro, tendo em conta os resultados da análise dos tipos de internamento específicos.

11. Por último, importa salientar a inexistência das unidades de ambulatório e a deficiente oferta de cuidados paliativos, com evidente prejuízo em termos do acesso a cuidados continuados de qualidade a todos os utentes residentes em Portugal Continental.

7.1. Pontos de melhoria

Tendo em consideração as principais conclusões do estudo, são apresentados nove pontos de melhoria que a ERS considera serem os mais importantes para a adequada expansão da RNCCI e da RNCP, com vista ao alcance das metas estabelecidas para fazer face às necessidades da população de Portugal Continental, à redução das iniquidades no acesso e à promoção da qualidade na prestação. Os nove pontos que deveriam ser fomentados são os seguintes:

i) Reavaliação do prazo para o cumprimento das metas estabelecidas para fazer face às necessidades das populações.

O prazo deveria ser alargado, uma vez que o cumprimento das metas estabelecidas até ao final de 2013 é inviável.

ii) Priorização da expansão da oferta de cuidados paliativos.

Identificou-se que a oferta de cuidados paliativos de internamento é deficiente e, no que se refere ao número de camas, se encontra mais afastada da meta estabelecida do que os outros tipos de internamento.

Acresce que o número de equipas domiciliárias comunitárias de suporte em cuidados paliativos também é muito reduzido.

iii) Regulamentação e criação das unidades de dia e de promoção da autonomia.

As unidades de dia e de promoção da autonomia estão legalmente previstas desde 2006, mas ainda não estão criadas, com evidente prejuízo para os utentes e com potencial prejuízo para a sustentabilidade da Rede.

- iv) Reavaliação da admissão e referenciação de utentes para as unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, em especial de utentes que necessitam de cuidados paliativos, com vista a evitar encargos indevidos para os utentes.**

Identificaram-se indícios de que parte das comparticipações dos utentes para os cuidados de apoio social nestas unidades, que somaram quase € 15 milhões em 2011, deve-se a utentes que deveriam ser internados em unidades isentas de pagamentos.

Deve garantir-se que esta situação seja evitada, uma vez que subsiste a hipótese de haver constrangimentos no acesso dos utentes resultantes de dificuldades financeiras.

- v) Reforço prioritário da oferta para as populações residentes nos distritos de Lisboa, Setúbal, Aveiro, Leiria, Guarda, Castelo Branco, Porto e Braga, com vista à redução de iniquidades no acesso.**

A identificação destas regiões nos mapas apresentados no relatório, bem como das regiões indicadas nos pontos vi) e vii), resulta da análise realizada do acesso potencial, cuja metodologia incluiu um índice das necessidades dos utentes, criado com base numa seleção de variáveis que teve em conta o perfil identificado do utente típico admitido na Rede.

- vi) Reforço da oferta em termos de unidades de convalescença para as populações residentes nas regiões de saúde do Norte, Centro, Alentejo e Algarve, nas quais as populações estão muito afastadas das unidades de internamento.**
- vii) Reforço da oferta em termos de unidades de média duração e reabilitação e de unidades de longa duração e manutenção para as populações residentes nas regiões de Saúde do Norte e do Alentejo, nas regiões nas quais as populações estão muito afastadas das unidades de internamento.**

- viii) Reforço da oferta em termos de profissionais de saúde nos casos em que se verificam números inferiores aos recomendados.**

A escassez de profissionais de saúde pode comprometer a qualidade na prestação de cuidados de saúde, tanto nas unidades de internamento como nas equipas hospitalares e domiciliárias.

Identificou-se que a escassez de médicos afeta sobretudo as unidades de longa duração e manutenção e que a insuficiência de enfermeiros atinge principalmente as unidades de convalescença e de média duração e reabilitação.

ix) Promoção de projetos de incentivo à qualidade nas cinco regiões de Saúde, tal como já foi implementado na região do Alentejo pela respetiva equipa coordenadora regional.

Os resultados da avaliação da qualidade indicaram que a região do Alentejo é a melhor região entre as cinco regiões de Saúde, tanto em termos dos indicadores avaliados como em termos de disponibilidade de dados, o que se considerou refletir um melhor controlo de qualidade.

A promoção de projetos de incentivo à qualidade semelhantes ao projeto do Alentejo nas outras regiões de Saúde deverá produzir efeitos positivos em termos de qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde.

Bibliografia

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

Campbell, S.M., Roland, M.O., & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625.

Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & Safety in Health Care*, 11(4), 358-364.

Cinnamon, J., Schuurman, N., & Crooks, V.A. (2008) A method to determine spatial access to specialized palliative care services using GIS. *BMC Health Services Research*, 8, 140.

Dai, D., & Wang, F. (2011). Geographic disparities in accessibility to food stores in southwest Mississippi. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 38(4), 659-677.

Derosé, S.F., Schuster, M.A., Fielding, J.E., & Asch, S.M. (2002). Public health quality measurement: concepts and challenges. *Annual Review of Public Health*, 23, 1-21.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1, 247-251.

Gonçalves, S. (2010). Cuidados continuados integrados. In J. Simões (Coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percurso Comentado* (pp. 271-295). Coimbra: Almedina.

Gulzar, L. (1999). Access to health care. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 13-19.

Jain, A.K. (2009). Data clustering: 50 years beyond K-means. *Pattern Recognition Letters*, 31(8), 651-666.

Lin, S.J., Crawford, S.Y., & Warren S.J. (2005). Potential access and revealed access to pain management medications. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1881-1891.

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.

McGrail, M., & Humphreys, J. (2009). The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. *BMC Health Services Research*, 9, 124.

Morse, J.M., Morse R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), 366-377

Schuurman, N., Crooks, V.A., & Amram, O. (2010) A protocol for determining differences in consistency and depth of palliative care service provision across community sites. *Health and Social Care in the Community*, 18(5), 537-548.

Vyas, S., & Kumaranayake, L. (2006). Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis. *Health Policy and Planning*, 21(6), 459-468.

Referências eletrônicas

Banco Mundial: data.worldbank.org.

Direção-Geral da Saúde: www.dgs.pt.

Entidade Reguladora da Saúde: www.ers.pt.

European Centre for Social Welfare Policy and Research. (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care – Europe and North America*. Disponível em http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf.

European Network of Economic Policy Research Institutes. (2012). *Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland*. Disponível em papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2060145.

Eurostat: epp.eurostat.ec.europa.eu.

Instituto Nacional de Estatística: www.ine.pt.

OMS (2006). *Quality of Care – A process for making strategic choices in health systems*. Disponível em http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (volume II). Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>.

Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados: www.rncci.min-saude.pt.

The King's Fund (2011). *Improving the Quality of Care in Practice – Report of an independent inquiry commissioned by The King's Fund*. Disponível em http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011_0.pdf.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados: www.umcci.min-saude.pt.

Quaisquer dúvidas ou questões relativas ao presente relatório poderão ser remetidas para o endereço de correio eletrónico geral@ers.pt.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

