



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Medicina

IIº Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

Impacto do atraso da admissão na RNCCI, dos doentes referenciados em 2016 pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC, E.P.E.

Sónia Margarida Antunes Coutinho

Coimbra, julho de 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Medicina

IIº Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

Impacto do atraso da admissão na RNCCI, dos doentes referenciados em 2016 pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC, E.P.E.

Trabalho realizado no âmbito do II Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, sob Orientação do Prof. Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e sob Co-Orientação da Profª Doutora Helena da Silva Neves dos Santos Almeida

Sónia Margarida Antunes Coutinho

Dissertação para a obtenção do grau de mestre em
Cuidados Continuados e Paliativos

Coimbra, julho de 2017

Agradecimentos

Aos meus orientadores Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e Prof. Doutora Helena Neves de Almeida, por terem confiado no meu trabalho e terem contribuído com o vosso saber para o desenvolvimento deste Projeto. Obrigada pelo vosso apoio, disponibilidade e carinho!

Ao Dr. Jorge Crespo, meu Diretor, que desde o primeiro dia deste Mestrado e diariamente me apoiou e motivou. Obrigada por tudo o que me tem ensinado! Obrigada por acreditar em mim!

Aos profissionais da EGA do Pólo HUC, pela pronta disponibilidade na cedência dos formulários dos doentes e por todos os esclarecimentos facultados.

A todos os Chefes das equipas médicas, Enfermeiros-Chefes e Assistentes sociais dos Serviços de Medicina Interna A, Neurologia e Serviço Social, que tão prontamente aceitaram participar neste Projeto, partilhando o seu saber, os seus pontos de vista e a sua experiência. Obrigada pelo carinho com que sempre me acolheram.

Aos elementos da equipa da UGI Médica 1 com quem trabalho diariamente (Dr. Gustavo d'Oliveira, Enfermeira Elisa Hipólito e Enfermeiro António Marques), à Paula Furet (minha amiga e substituta), à Dr.ª Rosário Lebre (minha companheira de Mestrado) e a todos os meus colegas de trabalho, amigos e restantes familiares pelo encorajamento e apoio demonstrados.

Por fim e, porque os últimos são sempre os primeiros, aos meus pais Adelino e São, pois, sem vocês não teria sido possível concretizar este e todos os outros Projetos que já desenvolvi, académicos e profissionais. Nunca conseguirei agradecer-vos! Aos meus filhos André e Martim e ao meu marido, amigo e companheiro Nuno, que sempre me apoiaram em todo o meu percurso escolar, académico e profissional. Desculpem todo o tempo e atenção que não vos consegui dar durante este período de tempo! É a vocês os cinco que dedico este trabalho!

A todos vós, muito obrigada!

Resumo

Portugal tem assistido, desde os finais do século XX, a um envelhecimento demográfico assente num aumento da esperança média de vida e numa diminuição da taxa de natalidade, originando uma inversão da pirâmide demográfica e um aumento do número de pessoas com doenças crónicas em situação de dependência, que recorrem aos Serviços de saúde (Petronilho, 2007). Por outro lado, a emancipação da mulher desencadeou alterações na planificação dos cuidados de saúde prestados por familiares, nomeadamente aos seus idosos (Rodrigues, 2014).

Na última década foram por isso desenvolvidos e implementados novos modelos de prestação de cuidados de saúde, destinados a apoiar as famílias com pessoas dependentes (Carvalho, 2013). Neste sentido, surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) para dar resposta ao elevado número de pessoas dependentes com necessidades de cuidados de saúde e sociais. Procurava-se com ela libertar camas nos hospitais de agudos, que cada vez mais passavam a ser ocupadas por este tipo de doentes com internamentos não justificados, facilitando a disponibilidade dos recursos hospitalares para doentes deles incontornavelmente necessitados. No Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC), registou-se em 2014 a admissão de 1.070 doentes na RNCCI. Contudo, a concretização da entrada destes doentes na RNCCI efetuou-se após um elevado tempo de espera entre a sua referenciação e colocação.

A minha vivência diária com este problema no âmbito da Unidade de Gestão Intermédia do CHUC onde trabalho, levou-me a considerar pertinente compreender e especificar as condições e o tempo que medeia entre o pedido de referenciação e a colocação física dos doentes na RNCCI e as perceções dos profissionais diretamente envolvidos neste tipo de processos, relativamente aos fatores que originam o atraso na RNCCI, às consequências que tal atraso acarreta para os Serviços clínicos e às propostas e/ou sugestões capazes de minimizar ou resolver este problema.

Material e Métodos:

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo de carácter retrospectivo, que envolve os doentes internados nos Serviços do Pólo HUC do CHUC referenciados e admitidos na RNCCI durante o ano de 2016, bem como os profissionais dos Serviços de especialidades médicas e do Serviço Social do CHUC. Este estudo teve como instrumento de colheita de dados a análise documental, nomeadamente dos formulários de referenciação dos doentes para a RNCCI.

Sempre que a informação se revelou insuficiente, foi analisada a informação social dos doentes, prestada pelos Assistentes sociais, bem como a informação existente na Base de Gestão Hospitalar do Pólo HUC do CHUC, relativa à data da alta do doente. Outro instrumento utilizado foi a realização de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais de saúde que desenvolvem a sua atividade nos Serviços clínicos e que se deparam diariamente com o problema da demora da admissão na RNCCI dos doentes internados, nomeadamente Chefes das equipas médicas, Enfermeiros-Chefes e Assistentes sociais.

Resultados:

Os doentes internados no Pólo HUC do CHUC referenciados para a RNCCI em 2016, revelaram ser similares em termos de género e, maioritariamente, pertencer à faixa etária dos 80-89 anos (36,8%), residir no distrito de Coimbra (69,3%), possuir o 1º Ciclo (44,1%) e estar reformados (87,4%). As principais causas de internamento foram a fratura óssea (19,3%), o AVC (18,4%) e a doença oncológica (16,9%), tendo ocorrido predominantemente nos Serviços de Ortopedia, Medicina Interna A e Neurologia. Estes doentes foram admitidos maioritariamente em Unidades de Convalescença (42,4%), devido sobretudo à situação de dependência na realização das suas AVD's (57,1%). Trata-se de uma população que maioritariamente coabita com a família natural (69,3%), seu principal cuidador, que lhes presta um bom apoio, em particular a nível alimentar. Alguns destes doentes vivenciam problemas sociais, como hábitos alcoólicos, comportamentos agressivos e baixos rendimentos, entre outros. O seu cuidador é nalgumas situações idoso, doente, cansado e com pouca ou nenhuma disponibilidade para apoiar o doente, tal como os filhos. Os doentes analisados que foram referenciados para a RNCCI, registaram uma demora média de 31,2 dias, enquanto que a média global do Pólo HUC é de apenas 8,6 dias, traduzindo um acréscimo de mais 22,6 dias nos doentes referenciados. Os principais motivos deste atraso na admissão na RNCCI, são a insuficiência de vagas de internamento nas suas Unidades, o excesso de doentes que delas necessitam, bem como as infeções e reinfeções registadas enquanto aguardam vaga. O impacto daqui resultante é claramente negativo originando uma maior exposição dos doentes a complicações infecciosas e não infecciosas, impossibilitando o internamento de novos doentes agudos, entre outros. Na opinião dos diversos interlocutores inquiridos, as soluções para este problema passam, ao nível externo, pelo aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social, pela criação de respostas comunitárias mais eficientes, pelo aumento do número de Unidades e ECCL's da Rede e ainda por uma maior agilidade no processo de ingresso dos doentes na RNCCI. A nível do CHUC, as soluções apontadas passam pela criação

de uma Unidade de internamento de retaguarda para acolher estes doentes enquanto aguardam vaga e por soluções de Hospitalização Domiciliária.

Conclusões:

Verifica-se que o atraso da admissão na RNCCI resultou essencialmente da incapacidade da Rede para fazer face às necessidades dos doentes, do aumento do número de doentes que nela necessitam de ingressar e das infeções e reinfeções de que foram vítimas durante o tempo de espera. Trata-se de um impacto negativo que originou um aumento muito significativo da demora média hospitalar (+22,6 dias), maiores riscos infecciosos para o doente e impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda ou obrigatoriedade de os internar fora do Serviço de origem. As principais medidas identificadas para solucionar este problema são essencialmente extrínsecas ao CHUC - aumento do número de lares de idosos convencionados e de respostas comunitárias adaptadas a este tipo de doentes, mas também intrínsecas – criação de uma Unidade de Internamento “*de Retaguarda*” para acolher estes doentes enquanto aguardam vaga e de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Palavras-chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Cuidados Continuados; Cuidados Paliativos; Referenciação; Pessoas Idosas; Dependência; Problemas Sociais; Demora Média Hospitalar.

Abstract

Since the end of the 20th century, Portugal has witnessed an aging population, due to the increase of the average life expectancy and the decrease of the birth rate. As a result, an inversion of the demographic pyramid and an increase of people with chronic diseases in a situation of dependence, who resort to health services, was originated (Petronilho, 2007). On the other hand, woman emancipation has triggered changes in the planning of health care provided to family members, particularly the elderly (Rodrigues, 2014).

In the last decade, new models of health care delivery have been developed and implemented to address the issue of families with dependents (Carvalho, 2013). To respond to the high number of dependents with health and social care needs a Portuguese network in continuing care - Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), was created. The purpose of this project is to relieve beds from hospitals, unduly occupied by patients with unjustified hospitalizations, make easier the availability of hospital resources for patients who are unavoidably in need. In 2014, the RNCCI recorded the admission of 1.070 patients in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). However, the process of admission of these patients in the RNCCI took place after a high standby time between their request for referral and the physical placement.

My daily experience as a worker in CHUC Intermediate Management Unit led me to consider relevant this problem, focusing on understanding and specifying the conditions and time between the request for referral and the physical placement of the patients in the RNCCI, looking for identifying the underlying social and clinical causes as well as their impact on the CHUC services, and the professionals' perception directly involved in this kind of study. This perception is mainly about the delay of RNCCI, the consequences to the clinical Units and the suggestions that can minimized or solve this problem.

Material and Methods:

This is a quantitative and qualitative retrospective study which includes inpatients from Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Pole Hospitais Universidade de Coimbra, which were referred and admitted in RNCCI during all year 2016. Professionals from medical specialties services and from Social Service were also included. Documental analysis was the instrument adopted for data collection in particular the patients' reference forms for the RNCCI.

Whenever the information turned out to be insufficient patients' social information, given by the social workers, was analysed as well as the existent information in the Base of Gestão

Hospitalar of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Pole Hospitais Universidade de Coimbra. Interviews were the other adopted instrument and were conducted to the health professionals - which develop their activities in the clinical services - in a semi-structured way. These professionals - chief physicians, chief nurses and social workers - come across daily with admission problems delay of the inpatients in RNCCI.

Results:

In 2016, the patients' hospitalized at the HUC pole of the CHUC called to the RNCCI, were gender similar, the most of them belong to the age group between 80-89 years (36,8%), live-in the district of Coimbra (69,3%), have the 1st cycle (44,1%), and were retired (87,4%). The main causes of hospitalization were bone fracture (19,3%), stroke (18,4%) and cancer (16,9%), correspondent to the orthopedics, internal medicine, and neurology services. These patients were mainly admitted in convalescence units (42,4%), most of them due to their dependency of ADLs (57,1%). It is a population that mostly cohabits with their close family (69,3%), which provides them the basic support. Some of these patients experience social problems, such as alcoholic habits, aggressive behaviors, and low incomes, among others. Their caregivers are in some situations elderly, sick, tired and with little or no willingness to support them, such as the sons. The patients who were called for RNCCI had a mean delay of 31,2 days, while the overall mean of the HUC pole was only 8,6 days, which means an increase of 22,6 days in the referenced patients. The main reasons for this delay are the lack of units' internment vacancies, the overcome of patients who need these units, as well as the infections and reinfections while patients are waiting for a vacancy. The impact is clearly negative, leading to a bigger exposure of patients to infectious and non-infectious diseases, making it impossible hospitalize new acute patients, among others. When asked about this issue, various interlocutors said that the solutions undergo the increase of the number of nursing homes with social security agreements, the creation of more efficient community responses, and the increase of agility in the process of patients' entry into the RNCCI. Concerning CHUC, the proposed solutions include the creation of a rear-supervision unit to accommodate these patients while they are waiting for vacancies and home hospitalization solutions.

Conclusions:

It appears that the delay in admission to RNCCI was mainly due to the inability of the network to deal with patients' needs, the increase of patients who need admission to the RNCCI, and the infections and reinfections suffered during the waiting period. The results of this negative

impact are a very significant increase in the average hospital delay (+22,6 days), higher infection risk, and the impossibility of hospitalizing new patients with acute illness or the obligation to hospitalize them outside the suitable service. The main solutions identified to solve this problem are mainly extrinsic to CHUC - increasing the number of nursing homes and community responses adapted to this type of patients, but also intrinsic – the creation of a "rear-internment unit" to accommodate these patients while they are waiting for a vacancy and a home hospitalization unit.

Keywords: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Long-term care; Palliative care; Referencing; Elderly people; Dependence; Social problems; Average delay.

Lista de abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADL - Activities of Daily Living

AS – Assistente social

AVD – Atividades de Vida Diária

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipas de Coordenação Local

ECR – Equipas de Coordenação Regional

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

HG – Hospital Geral

HP – Hospital Pediátrico

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS, I.P. – Instituto da Segurança Social, I.P.

LTC – Long Term Care

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade de Convalescença

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UE – União Europeia

UGI Médica 1 – Unidade de Gestão Intermédia Médica 1

ULDm - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE

	Pág.
Introdução -----	1
Parte A – Enquadramento conceptual dos Cuidados Continuados Integrados -----	5
Capítulo 1 – Envelhecimento e prestação de cuidados de saúde -----	6
1. O envelhecimento da população portuguesa -----	6
2. A mudança dos modelos de prestação de cuidados de saúde -----	12
3. Os cuidados de saúde continuados e paliativos -----	16
Capítulo 2 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) -----	20
1. Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -----	20
1.1 Criação e implementação da RNCCI -----	24
1.2 Missão e objetivos -----	25
1.3 Princípios da RNCCI -----	26
1.4 Modelo e coordenação da Rede -----	27
1.5 Tipologias de cuidados prestados pela RNCCI -----	30
1.6 A sinalização, referenciação e admissão na RNCCI -----	37
Capítulo 3 – A referenciação hospitalar de doentes para a RNCCI -----	42
1. O movimento assistencial da RNCCI -----	42
2. A relação entre a admissão dos doentes referenciados para a RNCCI e a demora média hospitalar -----	46
3. O caso do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) -----	50
Parte B – Estudo empírico -----	57
Capítulo 4 – Caracterização do estudo -----	58
1. Problema de pesquisa -----	58
2. Questões de pesquisa associadas -----	59
3. Definição dos objetivos da investigação -----	63
3.1 Objetivo geral -----	63
3.2 Objetivos específicos -----	64
4. Construção do modelo de análise -----	65
4.1 Mapa conceptual -----	65
4.2 Hipóteses -----	69
5. Procedimentos metodológicos -----	71
5.1 Caracterização empírica da investigação -----	71
5.2 Delimitação do campo de pesquisa -----	72
5.2.1 Universo da pesquisa -----	73
5.2.2 Amostra -----	74
6. Métodos e técnicas de recolha de dados -----	77
6.1 Pesquisa documental -----	78
6.2 Entrevista semi-estruturada -----	80
6.3 Inquérito de Delphi -----	81
7. Elaboração dos instrumentos de pesquisa -----	82
8. Procedimentos de tratamento e análise de dados -----	83
9. Questões epistemológicas da investigação -----	84
10. Planificação da investigação -----	86

Capítulo 5 – Apresentação e análise de resultados -----	87
1. Os doentes referenciados pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC -----	87
1.1 Perfil pessoal -----	87
1.2 Perfil clínico -----	93
1.3 Perfil social -----	103
2. Os doentes referenciados e admitidos na RNCCI em 2016, que não viram concretizada de forma imediata a sua alta hospitalar -----	122
2.1 Comparação com os doentes não admitidos na RNCCI e/ou admitidos a partir do seu domicílio após a alta hospitalar -----	122
2.1.1 A demora média hospitalar e o tempo de espera até à alta hospitalar	123
2.1.2 O perfil sociográfico dos utentes (pessoal, clínico e social) -----	127
3. Perceções dos profissionais de saúde envolvidos no processo de referenciação, relativamente aos fatores que originam a demora, às consequências que esse atraso acarreta para os Serviços e às sugestões capazes de resolver este problema -----	131
3.1 Caracterização da população entrevistada -----	132
3.2. As perceções dos profissionais de saúde face à situação problema -----	134
3.2.1 Análise das respostas dadas às questões colocadas -----	135
3.2.2 Aplicação do Modelo de Delphi -----	148
4. Discussão de resultados -----	159
5. Conclusões -----	171
6. Bibliografia -----	174
7. Índice de figuras -----	179
8. Índice de gráficos -----	179
9. Índice de tabelas -----	180
10. Anexos -----	182
Anexo 1 – Grelha utilizada na análise documental -----	183
Anexo 2 – Guião das entrevistas aplicadas aos Chefes das equipas médicas, Enfermeiros-Chefes e Assistentes sociais -----	194
Anexo 3 – Grelha de análise das entrevistas por grupo profissional -----	197
Anexo 4 – Guião utilizado para aplicação do Modelo de Delphi, por grupo profissional -----	201
Anexo 5 – Planificação da investigação -----	205

Introdução

O envelhecimento é, desde o início da humanidade, um assunto incontornável do pensamento e das práticas sociais do homem, em todas as épocas. As ideias e as práticas tomadas pelo homem em relação à velhice e aos velhos foram e continuam a ser influenciadas pelas concepções filosóficas, religiosas, morais e científicas dominantes em cada época (Ermida, 2014).

No início do século XX assistiu-se a um aumento da população idosa nos países mais desenvolvidos, originando implicações e consequências médicas e sociais para as sociedades. Na verdade, o peso demográfico crescente das pessoas idosas e a consciência dos problemas de saúde que emergem com o avançar da idade, fizeram com que a pessoa idosa passasse a ser vista sob um outro prisma, que a define como um ser com necessidades de cuidados médicos e sociais específicos, adaptados à sua fase etária devendo ser devidamente planeados e tratados (Cabete, 2004).

Em Portugal e de acordo com dados estatísticos publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos aos Censos 2011, o escalão etário com 70 e mais anos passou de uma representatividade de 11% em 2001, para 14% em 2011, tendo o índice de envelhecimento da população passado de 102, em 2001, para 128 em 2011. Simultaneamente registou-se um aumento do índice de longevidade nacional, bem como um aumento da idade média da população, que aumentou três anos entre 2001 e 2011, para um valor de 41,8. Ainda de acordo com Ferreira (2014), a esperança média de vida era em 2011 de 76,67 anos para os homens e 82,59 para as mulheres (INE, 2016).

Como consequência do envelhecimento, verifica-se inevitavelmente um aumento do número de pessoas com doenças crónicas, em situação de dependência, vulnerabilidade e incapacidade. A maior dependência dos idosos apresenta-se como um novo risco da velhice com maior incidência na fase final do ciclo de vida, afetando as pessoas idosas e muito idosas. Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, a dependência é definida como um estado em que se encontram as pessoas que, devido à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas fundamentais para realização dos atos correntes de vida ou Atividades de Vida Diária (AVD). A dependência é em muitas situações agravada pelo surgimento de doenças físicas e mentais, nomeadamente as demências.

A evidência de que Portugal e os países europeus possuem populações cada vez mais envelhecidas, obrigando à prestação de cuidados aos idosos portadores de múltiplas

limitações crónicas, fez com que se verificasse gradualmente uma mudança nas estratégias de cada país para lidar com a dependência, nomeadamente fomentando o cuidado no domicílio e, mais recentemente, estimulando a continuidade de cuidados dirigidos a um novo perfil de doentes idosos, envolvendo uma responsabilização de todos os atores sociais (Rodrigues, 2014). Contudo, a necessidade de uma nova tipologia de cuidados continuados aos idosos, gera insustentabilidades ao nível micro e macro. Ao nível micro, falamos do comprometimento do cuidado familiar, responsabilizando os cuidadores em termos financeiros e comprometendo igualmente a natureza e intensidade dos cuidados. Ao nível macro traduz sérios impactos nas instituições sociais, de saúde e hospitalares, tendo em conta o aumento de custos em saúde gerados com este tipo de indivíduos (Luz, 2014).

Nesta linha de ideias, tem-se verificado uma mudança no perfil de procura de cuidados de saúde, sendo gradualmente crescente a procura de cuidados continuados ou de longa duração. A promoção de cuidados continuados, tem como objetivo garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos em situação de dependência ou incapacidade. Esta nova forma de cuidar coloca o indivíduo e as suas necessidades de saúde no centro do sistema, transformando o doente no “*eixo central deste modelo sistémico*” (Guerreiro, 2014: 37). A sua criação e implementação pretendem igualmente promover a eficiência dos recursos hospitalares existentes, retirando dos hospitais as situações não agudas, diminuindo a demora média do internamento.

A crescente ocupação de camas de agudos nos hospitais para além do necessário por doentes que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas antes de cuidados continuados, transformou-se num facto que tem contribuído para a existência de demoras médias de internamento hospitalar elevadas, com constrangimentos financeiros daí decorrentes (PNS, 2011-2016).

Com o objetivo de diminuir as elevadas demoras médias de internamento e simultaneamente responder ao aumento de situações de dependência e incapacidade das pessoas, bem como ao aumento de situações de doença terminal e de fim de vida, foi criada em 2016, em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), regulamentada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. Este novo modelo de prestação de cuidados hospitalares posiciona-se num nível intermédio do sistema de saúde, entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários (UMCCI, 2009). Com a sua implementação pretendeu-se, entre outros objetivos, minimizar o recurso ou permanência desnecessária nos serviços hospitalares de pessoas que não necessitam de cuidados agudos, mas sim de cuidados continuados, promovendo desta forma a eficiência dos serviços e a

disponibilização de camas nos hospitais (OPSS, 2011). Para além disso, a Rede visa igualmente a redução do número de altas hospitalares tardias, a redução do reinternamento hospitalar e a identificação e planeamento das necessidades de cuidados do cidadão, com o objetivo de “*deshospitalizar a doença*” (Guerreiro, 2009: 37). De acordo com a autora, trata-se de um sistema de nível intermédio, centrado no doente, que visa preencher uma lacuna entre o tratamento hospitalar e o regresso ao domicílio.

Analisando esta realidade a um nível mais micro e, de acordo com a Equipa de Gestão de Altas (EGA) do CHUC, este Centro Hospitalar registou em 2014 o envio e admissão de 1.070 doentes nas diversas unidades da RNCCI, cuja concretização se efetivou após um elevado tempo de espera no hospital. No caso do Pólo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) a demora média variou entre os 8 e os 20 dias, sendo as unidades de média e longa duração as que mais dias de espera de internamento não justificado obrigam – 20 dias cada. No Pólo HG e para o mesmo período, a demora média de entrada na RNCCI variou entre os 12 e os 21 dias, sendo a entrada nas unidades de média duração a mais demorada, com 21 dias de espera, seguidas das unidades de longa duração, com um tempo de espera de 19 dias (CHUC – EGA, 2015).

Neste âmbito, a escolha do tema deste trabalho de investigação surge da minha vivência diária com este problema no âmbito da Unidade de Gestão Intermédia Médica 1 (UGI Médica 1) do CHUC onde trabalho, que me levou a considerar pertinente, científica e socialmente, compreender e especificar as condições e o tempo que medeia entre a referenciação do doentes e a sua verdadeira admissão nas unidades da RNCCI, nomeadamente as causas sociais e clínicas associadas à entrada destes doentes na RNCCI, bem como verificar de que forma estas situações interferem nas demoras médias dos serviços do CHUC e o impacto que este problema acarreta para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Este estudo permitirá igualmente conhecer as perceções dos profissionais diretamente envolvidos neste tipo de processos, relativamente aos fatores que originam este atraso, às consequências que tal atraso acarreta para os Serviços clínicos e às propostas e/ou sugestões capazes de minimizar ou resolver este problema.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte – Parte A é descrito o enquadramento conceptual dos Cuidados Continuados Integrados, sendo este composto por três Capítulos. No Capítulo 1, é efetuada a introdução à problemática do envelhecimento da população e da prestação de cuidados de saúde, a alusão à mudança dos modelos de prestação de cuidados de saúde e a abordagem aos cuidados de saúde continuados e

paliativos. No Capítulo 2, é analisada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente o seu enquadramento. No Capítulo 3 é abordada a questão da referenciação hospitalar de doentes para a RNCCI, nomeadamente a relação entre a admissão dos doentes referenciados para a RNCCI e a demora média hospitalar e ainda o panorama do CHUC ao nível desta temática.

Na segunda parte – Parte B, é abordado o estudo empírico intitulado “O impacto da demora da admissão dos doentes referenciados para a RNCCI em 2016, pelos Serviços do Pólo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) do CHUC”, sendo composta por dois Capítulos. O Capítulo 4 diz respeito à caracterização do estudo, nomeadamente no que respeita ao problema de pesquisa, às questões associadas, aos objetivos da investigação, ao modelo de análise, aos métodos e técnicas de recolha de dados, ao universo e amostra, entre outros. O Capítulo 5 inclui a apresentação e análise dos resultados, relativos aos doentes referenciados pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC em 2016, relativos aos doentes referenciados e admitidos tardiamente na RNCCI em comparação com os não admitidos na Rede, e os admitidos a partir do domicílio, os resultados das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, a discussão de resultados e as conclusões.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra no dia 11/04/2016, foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHUC em 28/11/2016, pela Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC em 21/12/2016 e autorizado pelo Conselho de Administração do CHUC no dia 29/12/2016.

PARTE A

Enquadramento conceptual dos Cuidados Continuados

1. O envelhecimento da população portuguesa

Quando falamos de envelhecimento demográfico associamos este fenómeno à camada idosa da população, cuja perceção difere de país para país.

Todavia este é, sem dúvida, um fenómeno real e transversal a todos os países, que vem proliferando silenciosamente desde há várias décadas atrás.

De acordo com a revisão das estimativas e projeções populacionais oficiais das Nações Unidas, em meados de 2013 a população mundial, calculada em 7,2 mil milhões de habitantes, terá um aumento previsível de mil milhões de habitantes até 2025, atingindo os 8,1 mil milhões, prevendo-se ainda que até 2050 a população mundial atinja os 9,6 mil milhões e 10,9 mil milhões em 2100 (Ferreira, 2014), tal como podemos verificar no Gráfico 1.

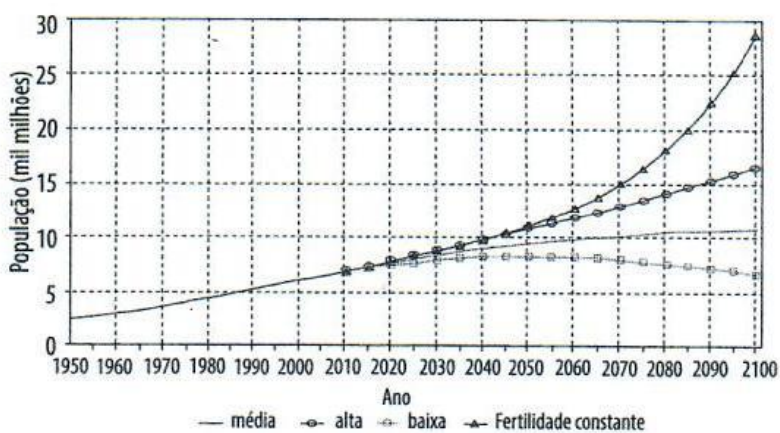


Gráfico 1 – População mundial, 1950-2100, de acordo com diferentes projeções e variantes

Retirado de Ferreira, A. (2014). *Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. In *Geriatría fundamental – Saber e Praticar*. Lidel, Lisboa.

Contudo, este aumento demográfico não se efetiva da mesma forma em todos os países. Na verdade, enquanto que nas regiões do mundo menos desenvolvidas o aumento da população atinge as camadas mais jovens, chegando as crianças com menos de 15 anos a representar 28% do total da população destas regiões, nas regiões mais desenvolvidas a população com 60 ou mais anos sofrerá previsivelmente um aumento de 1% ao ano até 2050 e 0,11% ao ano entre 2050 e 2100. Calcula-se, portanto, que até meados do século XXI a população com 60 ou mais anos aumente aproximadamente 45% nas regiões mais desenvolvidas e aumente igualmente e de uma forma mais rápida nas regiões menos

desenvolvidas, tendo em consideração que entre 2010 e 2015 aumentou 3,7% ao ano, prevendo-se que até 2100 a população com 60 ou mais anos atinja os 2,5 mil milhões de habitantes (Ferreira, 2014).

Relativamente aos países mais desenvolvidos, é de referir ainda que, de um modo geral, o número de idosos já ultrapassou o número de jovens com menos de 15 anos, situação que se prevê agravar até 2015, calculando-se que até 2050 o número de idosos seja o dobro do número de crianças com menos de 15 anos.

O envelhecimento demográfico nestes países, tem sido acompanhado de outros fenómenos que, de uma forma indireta o determinam e condicionam. Falamos da diminuição da taxa de mortalidade que tem reduzido drasticamente e do aumento da esperança de vida que levarão a que em países como o Japão, Suécia e Espanha, três quartos dos recém-nascidos sobrevivam até aos 75 anos de idade. De acordo com Ferreira (2014), estes fenómenos estão fortemente relacionados com a transição epidemiológica e dizem respeito à diminuição da prevalência das doenças infecciosas agudas, responsáveis anteriormente por elevadas taxas de mortalidade infantil e, ao surgimento de doenças crónicas degenerativas, fazendo com que as doenças cardíacas, cerebrovasculares e cancro se assumam como as principais causas de morte, atingindo as faixas etárias mais avançadas.

Um outro fenómeno mundial que muito tem contribuído para o agravamento do envelhecimento demográfico prende-se com a diminuição da taxa de fertilidade. De facto, verifica-se que de há várias décadas a esta parte o crescimento populacional é lento e é provocado pela diminuição da fertilidade global. De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2012, prevê-se uma inversão da taxa de fertilidade nos países menos desenvolvidos, sendo que por mulher, entre 2015-2020 passe de 2,69 filhos para 2,29 em 2045-2050 e para 1,99 em 2095-2100.

Em termos mundiais podemos referir que o número de pessoas com 60 ou mais anos irá triplicar até 2100, atingindo os 2 mil milhões em 2050 e aproximadamente 3 mil milhões em 2100 (Ferreira, 2014).

A Europa, sendo composta por países desenvolvidos, tem assistido progressivamente a um envelhecimento demográfico acompanhando de um lento crescimento populacional, que se prevê venha a estabilizar nos próximos anos (Gráfico 2).

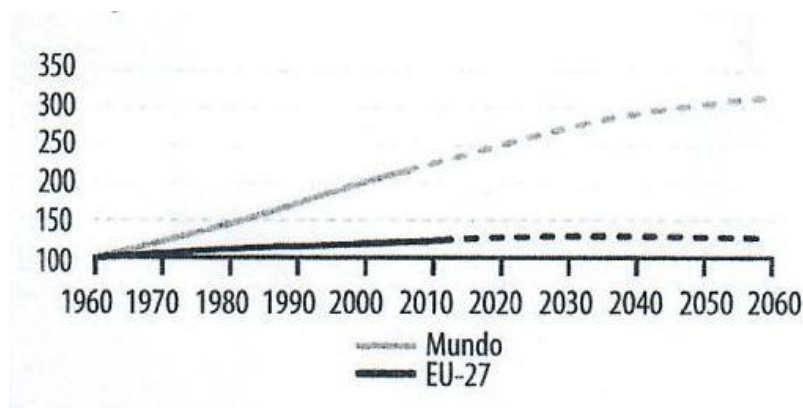


Gráfico 2 – Projeção populacional, 1960-2060.

Retirado de Ferreira, A. (2014). *Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. In *Geriatría fundamental – Saber e Praticar*. Lidel, Lisboa.

Assim, prevê-se um crescimento do número de pessoas mais velhas e um declínio do número de jovens e pessoas em idade ativa no total da população. Tal como podemos verificar no Gráfico 3, em 2012 o número de jovens dos 0 aos 14 anos constituía 15,6% da população europeia, enquanto que o número de pessoas com 65 ou mais anos de idade representava 17,8% dessa população (Gráfico 3).

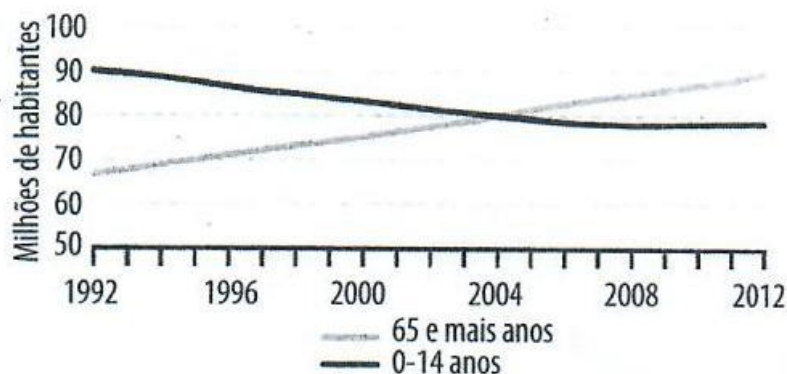


Gráfico 3 – Evolução da população dos grupos etários 0-14 anos e 65 e mais anos, 1992-2012. EU-27.

Retirado de Ferreira, A. (2014). *Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. In *Geriatría fundamental – Saber e Praticar*. Lidel, Lisboa.

Esta inversão da pirâmide populacional levanta um conjunto de questões e problemas, nomeadamente o aumento do número de pensionistas, prevendo-se um acréscimo de 47,4 milhões entre 2010 e 2060, atingindo 166,7 milhões de pensionistas.

Outro problema emergente prende-se com o aumento da dependência. Este conceito surge frequentemente associado às pessoas idosas e muito idosas, isto porque é habitualmente a partir dos 65 anos que ocorrerem no ser humano, perdas físicas, cognitivas e

intelectuais que afetam negativamente o processo de autonomia do indivíduo e que aumentam na fase final do seu ciclo de vida.

Ora, sendo um estado que afeta essencialmente os idosos, camada cada vez mais representativa da população, prevê-se que o índice de dependência dos idosos irá aumentar nos países europeus, originando um aumento do número de pensionistas por cada 100 pessoas ativas, que deverá crescer de 35,6 em 2020, para 58,8 em 2060. Para além disso, a mortalidade das pessoas mais idosas está diretamente relacionada com doenças do sistema circulatório, do sistema respiratório, do sistema digestivo e ainda com neoplasias. O número de pessoas com 65 ou mais anos que vivem independentes difere nos vários países europeus. De acordo com Ferreira (2014), em 2009 uma em cada dez pessoas viviam independentes na Alemanha, Finlândia, França, Holanda e Reino Unido. Já em países como Portugal, Espanha, Estónia e Chipre, este número de pessoas era muito mais reduzido.

Todos estes fatores são determinantes no aumento da despesa pública com a saúde, que em 2009 representava 7,8% do Produto Interno Bruto (PIB) na União Europeia (EU). É neste contexto que surge o conceito de “*esperança de saúde*” que congrega a longevidade da população e a morbilidade, permitindo verificar se o aumento do número de anos vividos pelas pessoas é acompanhado pelo aumento da sua qualidade de vida. Simultaneamente emerge o conceito “*anos de vida saudável*” ou “*esperança de vida sem incapacidade*” como medida de esperança de vida europeia sem incapacidade ou doença.

Na UE foi estimado que em 2011 o número de anos de vida saudável à nascença fosse de 61,8 anos para os homens e 62,2 para as mulheres (Gráfico 4).

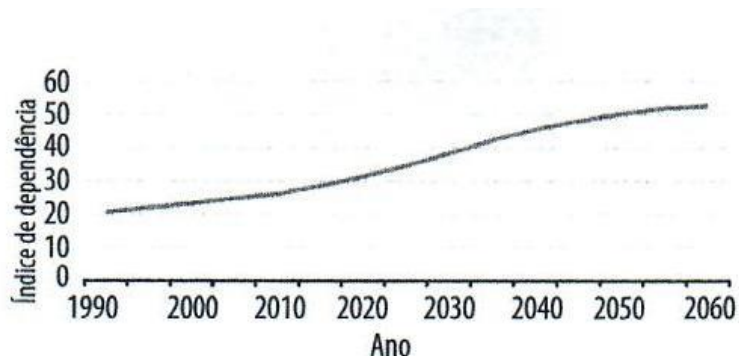


Gráfico 4 – Índice de dependência dos idosos (população com 65 ou mais anos em relação com a população 15-64 anos)

Retirado de Ferreira, A. (2014). *Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. In *Geriatría fundamental – Saber e Praticar*. Lidel, Lisboa.

Em Portugal, o cenário do envelhecimento demográfico é idêntico ao vivenciado pelos restantes países europeus e mundiais com características socioeconómicas semelhantes.

De acordo com Ferreira (2014), os Censos 2011 demonstraram que a população residente em Portugal é de 10.562.178 habitantes, verificando-se uma tendência de crescimento demográfico que diminuiu de 5% na década de 90 para 2% em 2000. O número de pessoas com 70 ou mais anos aumentou substancialmente, tendo passado de 11% em 2001, para 14% em 2011. Simultaneamente e no mesmo período registou-se um decréscimo do número de jovens entre os 0 e os 14 anos.

Este cenário vai ao encontro das projeções apresentadas pelo OPSS (2011), que refere ser expectável que em 2050 a percentagem de idosos seja de aproximadamente 32% da população portuguesa, ao contrário da população jovem que atingirá apenas os 13%, tal como podemos verificar no Gráfico 5.

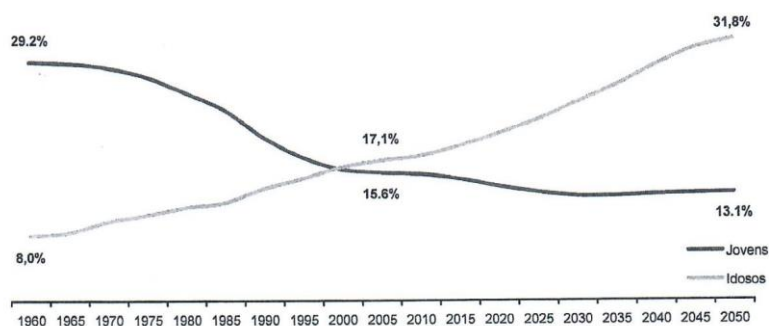


Gráfico 5 – Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%) em Portugal, 1960-2050

Retirado de OPSS (2011). Relatório de Primavera 2011 – Para a governação prospetiva da saúde. OPSS, Lisboa.

Para Ferreira (2014), os Censos 2011 demonstraram também que o envelhecimento demográfico deixou de ser característico apenas das zonas do interior do país, proliferando progressivamente para as áreas do litoral, apesar da sua menor incidência. Em 2001, o índice de envelhecimento da população, ou seja, o número de idosos por cada 100 jovens, passou de 102, para 128 em 2011 e afetou principalmente as regiões do Alentejo e Centro. Por seu lado, o índice de longevidade nacional, isto é, o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 habitantes, aumentou de 39 em 1991, para 48 em 2011. O índice de rejuvenescimento da população ativa é de 94, o que significa que por cada 100 pessoas que deixam o mercado de trabalho, entram 94 indivíduos, verificando-se uma discrepância. O índice de sustentabilidade potencial também se agravou, com 3,5 pessoas em idade ativa por cada idoso.

Entre 2001 e 2011 a idade média da população portuguesa aumentou três anos, registando em 2011 um valor de 41,8 anos e o índice de fecundidade foi dos mais baixos da Europa, registando 1,35 filhos por mulher.

Ferreira (2014) refere ainda que, de acordo com o INE, entre 2010 e 2012, a esperança de vida à nascença foi de 79,78 anos, sendo de 76,67 anos para os homens e 85,59 anos para as mulheres. A esperança de vida aos 64 anos é de 18,84 anos. Para além disso, e de acordo com o PNS 2012-2016, a disparidade de valores verifica-se igualmente ao nível das várias regiões do nosso país, sendo as regiões do Centro e do Norte, as que possuem a esperança média de vida à nascença mais elevada (82,48 e 82,44, respetivamente). A diferença em média entre as regiões onde se vive mais e se vive menos é de 1,24 anos. O PNS regista ainda a existência de uma diferença de cerca de 2,4 anos entre a esperança de vida à nascença em Portugal Continental e o valor médio deste indicador nos cinco países da União Europeia onde se vive mais. Esta diferença é mais notória para o sexo masculino (3,1 anos) do que para o sexo feminino (1,8 anos).

Quanto à esperança de saúde é de salientar que este indicador se manteve praticamente inalterado entre 1995 e 2001 bem como os anos de vida saudável, que desde 2006 se encontram estáveis em ambos os sexos. Em 2010 as pessoas com 65 ou mais anos de idade poderiam esperar viver mais anos sem limitações de atividade: os homens 28% da sua vida e as mulheres 42%.

De acordo com Ferreira (2014) a última estimativa de 2010 da UE relativa a Portugal apontava para 59,21 anos de vida saudável à nascença para as mulheres e 56,66 anos para os homens. De referir ainda que em 2010 as mulheres portuguesas com 65 anos de idade viveram 5,7 anos sem limitação de idade, isto é, anos de vida saudável, 9,2 anos com limitação de atividades moderada e 5,6 anos com elevada limitação de atividades. No caso dos homens com 65 anos, estes viveram 7,1 anos de vida sem limitação de atividades, 6,6 anos com limitação de atividades e 3,5 anos com elevada limitação de atividades.

De facto, a realidade portuguesa traduz-se num panorama cada vez menos positivo, tendo em conta o aumento do número de pessoas idosas em situação de dependência devido à sua situação de saúde.

No entanto, é importante referir que existem autores que defendem que a dependência do idoso e de qualquer pessoa em geral, não depende apenas do seu estado de saúde. Assim sendo, Carvalho (2009), citando Quaresma (2004) e Rodríguez (2005), refere que a dependência é entendida como *“um processo relacionado com as circunstâncias ocorridas na vida quotidiana, com o espaço e o tempo onde a mesma ocorre, onde estão envolvidos vários fatores que vão desde o biológico ao social e do psicológico ao cultural e ao político”*. Isto significa que, quando estamos perante uma situação de dependência, devemos ter em consideração os aspetos funcionais, cognitivos, intelectuais e também sociais do indivíduo.

Falamos aqui do nível de escolaridade, do tipo de profissão exercida, da situação profissional, do nível de participação social, do nível de pobreza e exclusão, associadas à diminuição de rendimento, do sentimento de solidão e índice de isolamento social, do estilo de vida pessoal, do nível de acesso aos serviços e saúde e do nível de proteção social, entre outros. Ora, tudo isto traduz-se em riscos sociais, que recaem, não apenas sobre os indivíduos dependentes, mas também sobre as suas famílias.

Assim, a dependência das pessoas idosas, dos doentes dependentes e das pessoas com deficiência impele as suas famílias, a comunidade e o Estado a criar condições que garantam às pessoas dependentes, a satisfação das necessidades que os próprios não conseguem realizar de forma autónoma, impedindo que permaneçam numa situação de “desvantagem” face à restante população (Carvalho, 2009).

2. A mudança dos modelos de prestação de cuidados de saúde

Desde sempre que em Portugal a família é encarada como o núcleo fundamental de apoio aos indivíduos que dela faziam parte, sendo os seus elementos que cuidavam e educavam as crianças e os jovens e que, igualmente, cuidavam e tratavam dos idosos, do seu familiar doente ou do seu familiar portador de deficiência. Isto só era possível devido à condição da mulher vivida na época. Enquanto o homem e marido tinha a responsabilidade de trabalhar fora de casa, garantindo o sustento da família, à mulher cabia-lhe a responsabilidade doméstica de manter e cuidar do lar e cuidar das crianças, jovens e idosos da sua família (Petronilho, 2007).

Contudo, esta cultura e realidade social começou a modificar progressivamente devido à alteração da estrutura familiar e à emancipação da mulher, quando Portugal começou a transitar entre economia rural que era e economia pós-industrial, caracterizada pela urbanização, pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade (Carneiro, 2012). À semelhança de outros países, Portugal foi igualmente marcado por esta mudança de paradigma de prestação de cuidados de saúde às suas populações tendo a integração da mulher no mercado de trabalho e a sua emancipação escolar transformado o seu papel na sociedade, tornando-se menos disponível para as tarefas domésticas, nomeadamente para cuidar dos elementos da família dependentes (Petronilho, 2007). A modificação das redes de suporte social e comunitário são, portanto, fatores determinantes neste processo.

Na verdade, a entrada no mercado de trabalho deste elemento da família, a atomização dos agregados familiares, a volatilidade das relações conjugais e a crescente globalização, têm reduzido o papel das famílias na provisão de serviços para os familiares mais idosos (Carneiro, 2012), fazendo com que a satisfação das necessidades de crianças, idosos, doentes e deficientes, passasse a ser garantida também, por outro tipo de suportes sociais e de saúde, que são da responsabilidade do Estado, do mercado, da sociedade civil e da família (Carvalho, 2009). Ao Estado cabe a responsabilidade de co-financiar os referidos suportes e criar legislação, implementar regras de acesso e proceder à sua fiscalização. À sociedade civil e à família cabe organizar-se no sentido de prestar o referido suporte e ainda contribuir para o seu financiamento.

O envelhecimento das populações, o aumento das situações de dependência e incapacidade dos mais idosos, o aumento da prevalência das doenças crónicas, incuráveis e terminais, bem como o surgimento de situações de carência social, têm contribuído para uma modificação progressiva do tipo de procura de cuidados de saúde. A situação clínica e social dos doentes e idosos obriga à necessidade de lhes prestar cuidados por períodos de tempo cada vez mais longos, reconhecendo-se a necessidade de adaptar os serviços a esta rápida alteração da estrutura demográfica da população portuguesa (Rodrigues *et al*, 2014).

Assiste-se, deste modo, a uma mudança no paradigma da prestação de cuidados de saúde orientado pela modificação da procura de serviços pelos doentes.

A implementação de políticas de intervenção a nível dos idosos, é considerada por Carvalho (2013) como sendo relativamente recente. De acordo com a autora só em 1974, no pós-25 de abril, a intervenção ao nível do idoso deixou de estar integrada na política de intervenção dirigida ao controlo dos indigentes e passou a autonomizar-se enquanto área de intervenção social substanciando a representação de uma conceção de direitos, assente numa dimensão de intervenção de características assistenciais. Contudo, por influência do processo de transformação social e cultural da sociedade portuguesa no pós-25 de abril, a intervenção assistencial aos idosos, ao recontextualizar-se numa sociedade de direitos, segmentou a sua função social, dividindo-a em protetora e providencial. A intervenção protetora assenta na disponibilização de serviços ou de medidas (programas ou projetos de intervenção social) conduzidos por via do sistema governamental. Estas são respostas que protegem as necessidades dos idosos, nomeadamente medidas complementares de ordem económica para idosos carenciados. Relativamente à intervenção providencial há que referir que a sua implementação se orientou não pela criação de medidas, mas sim de respostas sociais. Inicialmente estas respostas sociais assumiram uma função "*guardiã*", que se podia revestir de

uma dimensão asilar, como de uma dimensão reparadora do percurso de vida do idoso. Estas respostas foram e continuam a ser protagonizadas por instituições sociais já existentes, como é o caso das misericórdias, e por novas instituições com estatuto de instituições de solidariedade social e ainda por instituições privadas com fins sociais, mas de natureza lucrativa (Carvalho, 2013).

Segundo Carvalho (2013) são três os tipos de medidas de política social, dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência:

- Prestações sociais;
- Respostas sociais, que se subdividem em serviços e em equipamentos;
- Programas e medidas, que podem ser transversais ou específicas.

Estas medidas de política integram várias tipologias de resposta, tal como podemos observar na Tabela seguinte (Tabela 1):

Medidas	Tipo de Resposta
Pestações Sociais	Pensão de Velhice
	Pensão Social de Velhice
	Complemento Solidário para Idosos (CSI)
Respostas Sociais	Em serviços:
	Serviço de Apoio Domiciliário
	Apoio Domiciliário Integrado
	Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência
	Em Equipamentos:
	Lar de Idosos
	Residência
	Centro de Dia
	Centro de Convívio
	Centro de Noite
Unidades de Apoio Integrado (UAI)	
Programas e Medidas	Transversais:
	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES)
	Comparticipação direta às famílias
	Linha Nacional de Emergência Social (LNES)
	Rede Social
	Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE)
	Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC)
	Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais
	Específicas:
	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
	Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI)
	Programa ReCriar o Futuro
	Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)

Tabela 1 – Medidas de política social, dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência

Adaptado de Carvalho - Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Pactor, 2013

Atualmente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), são as respostas que mais predominam no nosso país e têm a particularidade de possuir uma relação estreita com o Estado, nomeadamente ao nível da tutela e da dependência financeira. Trata-se de instituições sem fins lucrativos, que são tuteladas a nível central pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social e a nível regional pelos Institutos de Segurança Social (ISS) localizados nas capitais de distrito, não detendo, no entanto, autonomia administrativa a nível regional. Possuem estatutos próprios e desenvolvem serviços de suporte para pessoas idosas em equipamentos como os lares, os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia e convívio e também podem prestar cuidados de saúde, como é o caso das irmandades da misericórdia.

Relativamente às respostas denominadas integradas, estas são desenvolvidas no âmbito da saúde e solidariedade e apostam na continuidade da prestação de cuidados de saúde e sociais após a alta hospitalar. Esta tipologia de respostas foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho e traduziu-se numa inovação face às políticas existentes até então. De acordo com estas respostas, existe uma responsabilização dos cuidados por todos os atores sociais, sendo a sua ação dirigida para pessoas que se encontram em situação de alta hospitalar e necessitam de continuidade de cuidados de curto prazo, médio prazo, longo prazo e cuidados paliativos. Trata-se da prestação de serviços dirigidos a uma nova tipologia de doentes, que são cada vez mais envelhecidos e com patologias diversas, com incapacidade prolongada e com um nível de dependência já disseminado. Os cuidados desenvolvidos por esta Rede são da responsabilidade do Ministério da Saúde e simultaneamente do Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

Os suportes solidários têm a missão de complementar as respostas anteriormente referidas, devendo destacar as ajudas técnicas, a formação de cuidadores informais, o Tele-Alarme e vários programas específicos como a Segurança 65, a prevenção da violência institucional e a certificação da qualidade dos equipamentos e serviços para os idosos.

Há ainda que referir os suportes privados, que são da responsabilidade de particulares e que têm proliferado por todo o país nas últimas décadas, prestando essencialmente serviços de lar e apoio domiciliário. Este tipo de resposta é procurado por famílias com capacidades económicas, sendo estas quem financiam a totalidade do serviço prestado ao idoso.

Todavia, em Portugal, apesar das alterações ocorridas nas estruturas familiares, a família continua a ser o maior cuidador das pessoas idosas com dificuldades nas atividades de vida diária. Contudo a evolução da estrutura, composição e dimensão da família portuguesa observada nas últimas décadas, que tem provocado o aumento do número de famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, tem impulsionado o

aumento do número de idosos institucionalizados, que irá certamente aumentar no futuro (Carneiro, 2012).

3. Os cuidados de saúde continuados e paliativos

Nos últimos anos, temos observado uma visível necessidade de implementar mudanças ao nível do modelo de prestação de cuidados de saúde e sociais, que permitam dar resposta a novos padrões de procura deste tipo de cuidados.

Esta nova procura de cuidados de saúde e sociais, resultante do envelhecimento da população, da mudança do perfil das patologias, do aumento das situações de dependência e de fragilidade dos doentes, com grande necessidade de apoio social e familiar e ainda da mudança do perfil das famílias enquanto cuidadoras informais, obriga a uma crescente necessidade de cuidados de saúde de longa duração (Nogueira, 2009).

É neste contexto que deixamos o Modelo Biomédico Tradicional, centrado na alteração biológica e na doença do indivíduo e passamos para um modelo de avaliação e cuidado integral (ERS, 2015), que centraliza adicionalmente as suas atenções nas funções físicas de vida diária, nas funções cognitivas e emocionais, bem como na vertente de apoio social (preocupação com o contorno familiar), num contexto intersectorial e multidisciplinar (UMCCI, 2013).

Esta nova tipologia de cuidados que integram respostas sociais e de saúde são definidos como *Long Term Care* (LTC), ou seja, cuidados de saúde de longa duração, definidos pela OMS (2002), como sendo as ações dirigidas a indivíduos cuja capacidade para o autocuidado está comprometida a longo prazo, necessitando de cuidadores formais ou informais, sejam eles profissionais de saúde ou outros. A OCDE (2005) é mais abrangente e define LTC como sendo os serviços dirigidos a indivíduos dependentes nas suas atividades de vida diária, devido a incapacidade física ou mental, incluindo aspetos associados à prevenção da doença, à reabilitação dos indivíduos e a cuidados paliativos (Nogueira, 2009: 4).

Uma outra tipologia de cuidados diz respeito a *Intermediate Care* ou Cuidados Intermédios que podem ser entendidos como os “*serviços que visam facilitar a transição dos doentes da doença à recuperação, ou prevenir o seu internamento numa instituição, quando se verifica uma situação de incapacidade crónica no domicílio, ou favorecer o bem-estar e conforto possíveis a pessoas com doenças terminais*” (Nogueira, 2009: 5). Trata-se

essencialmente de cuidados que visam a reabilitação e recuperação global da saúde do doente e que não requerem o tipo de cuidados prestados nos hospitais.

Contudo, não existindo consensos internacionais sobre a definição de *Intermediate Care*, procedeu-se à sua revisão e ao surgimento de um novo conceito - *Continuing Care* ou Cuidados Continuados, que o veio substituir. Segundo Nogueira (2009), citando o PNS 2011-2016, os cuidados continuados assentam numa perspetiva global e integram os aspetos relacionados com os serviços de saúde e com os serviços sociais, que incluem cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário.

A noção de cuidados continuados segundo o Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho, é 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”* (Decreto-Lei nº 101/2006, Art.º 3º, p. 3857). Por seu lado, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, preconiza que os cuidados continuados se traduzem em situações de dependência ou incapacidade dos indivíduos, nos diferentes momentos e circunstâncias do ciclo de vida e da história evolutiva das doenças e situações sociais. Defende igualmente que este tipo de cuidados deve facilitar a integração dos indivíduos e envolver a família na prossecução da sua autonomia, bem como na responsabilização pela autogestão da sua doença.

Para além disso, não nos podemos esquecer que, associado aos conceitos de cuidados continuados, existe um outro conceito de grande importância - o de cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida. Estes podem ser entendidos como *“os cuidados ativos, coordenados e globais prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida”* (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, Art.º 3º, p. 3857). Contudo, em 2012 a definição de cuidados paliativos, deixa de incidir apenas no doente e passa a incluir igualmente a família, sendo ambos destinatários de cuidados promotores de bem-estar e de qualidade de vida, através da *“prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”* (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro, Capítulo II, Base III, ponto 1, p. 5120).

Sendo os cuidados continuados e os cuidados paliativos, cuidados específicos, defende-se que estas respostas devem ser adaptadas aos diferentes grupos de pessoas que se encontram em situação de dependência e às diferentes fases da evolução da sua doença e da sua situação social. Concomitantemente, estas respostas devem facilitar a autonomia e a participação dos indivíduos a quem se destinam, bem como promover o reforço das suas capacidades e competências e das suas famílias, para lidar com este tipo de situações, nomeadamente no que respeita à conciliação da vida profissional com o acompanhamento familiar (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, p. 3856).

Segundo a ERS (2015), a criação e disseminação na Europa deste tipo de cuidados verificou-se primeiramente nos países escandinavos, por volta dos anos 40, e posteriormente na Holanda, a partir dos anos 60. Porém, em meados dos anos 90, estas estruturas eram ainda escassas em países como a Grécia e Portugal e inexistentes num grande número de países do leste da Europa.

Contudo, para além das diferentes velocidades em que ocorreu a proliferação de estruturas prestadoras deste tipo de cuidados específicos nos países europeus, também o seu modelo de implementação conheceu algumas diferenças. Na verdade, se há países em que a cobertura deste tipo de respostas é maioritariamente da responsabilidade pública, com alternativas privadas limitadas, noutros há em que o foi maioritariamente privada, onde as famílias têm um papel fundamental, sendo o serviço público residual. Para além das diferenças apontadas entre estes dois sistemas de prestação de cuidados continuados, existe uma outra - o financiamento, que é muito elevado no modelo de prestação de cuidados públicos e reduzido no modelo de prestação de cuidados privados, cujo financiamento é assegurado, na sua maioria, pelo utente e família (ERS, 2015).

Nas duas últimas décadas, a disseminação de cuidados continuados nos países europeus desenvolveu-se no sentido da transição, ou seja, da passagem de cuidados institucionalizados para cuidados no domicílio, da prestação pública para a prestação privada ou mista e ainda da prestação de cuidados substitutos para serviços complementares ao cuidado informal.

De acordo com a ERS (2015), na Europa, verifica-se a existência de quatro grupos de países cujo modelo de prestação de cuidados continuados difere em termos de prestação de cuidados e de financiamento:

- a) Os países nórdicos, em que prevalece a prestação pública da maioria dos cuidados formais (que tem vindo a reduzir gradualmente, devido às restrições orçamentais resultantes da crise financeira dos anos 90). Aqui, a responsabilidade pelo bem-estar da população mais idosa assenta em três níveis do governo (o central, o regional e o municipal) que é responsável por assegurar 90% dos cuidados formais.
- b) Os países mediterrânicos, como Espanha e Itália, em que os cuidados continuados são maioritariamente promovidos a título informal pela família, e complementados com uma oferta institucional, com predomínio de financiamento público.
- c) Países como França e Bélgica, onde tanto o setor público como o privado detêm um papel importante e fulcral na prestação de cuidados continuados.
- d) Os países do Leste da Europa, onde este tipo de cuidados se encontra menos desenvolvido, sendo os encargos repartidos pelo setor privado (família e prestadores privados), setor público (área social e de saúde, a nível central e local) e outras Organizações (Organizações Não Governamentais e Organizações Religiosas). É o caso da Polónia, onde a família centraliza os cuidados continuados, onde existe uma primazia dos cuidados domiciliários e onde o acesso a cuidados continuados públicos depende de critérios de saúde, rendimento económico e situação familiar da pessoa idosa. Isto significa que aqui, apenas uma pequena percentagem da população idosa tem acesso à prestação pública de serviços sem encargos financeiros pessoais, tendo a maioria que recorrer a prestadores privados ou a cuidados na família.

Segundo a ERS (2015), um estudo sobre a comparação internacional da percentagem da população a quem foram prestados cuidados continuados em instituições ou unidades de cuidados continuados (extra-hospitalares) e a percentagem de população a quem foram prestados cuidados ao domicílio, no ano de 2014, demonstrou que Portugal era, do conjunto de países analisados, o que apresentava os indicadores mais baixos (Gráfico 6).



Gráfico 6 – Percentagem da população atendida em instituições de cuidados continuados (não hospitalares) e com cuidados ao domicílio, em 2014.

Retirado de ERS (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. ERS, Porto.

Apesar dos referidos indicadores, podemos ainda concluir que Portugal apresenta uma maior percentagem de população atendida em Unidades (que não hospitalares) do que com cuidados no domicílio, o que demonstra a evolução deste tipo de respostas, nomeadamente desde a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em 2006.

Capítulo 2 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

1. Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A prestação de cuidados de saúde e sociais às pessoas, pressupõe a existência de uma articulação entre a intervenção do apoio social, da competência do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, e os cuidados de saúde continuados, da responsabilidade do Ministério da Saúde.

Segundo a ERS (2015), a primeira orientação aprovada em Portugal que definiu a necessidade de implementação desta articulação entre ambos os Ministérios, para proceder ao diagnóstico e análise de necessidades de cuidados continuados, cujas respostas passam pela intervenção conjunta destas duas áreas, encontra-se patente no Despacho Conjunto nº 407/1998 de 18 de junho. Este diploma defendia a necessidade de se implementar um modelo de intervenção articulada entre os setores da saúde e de ação social, de modo a promover a autonomia dos indivíduos em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com estas situações. Para além disso, este diploma

privilegiava a prestação de cuidados no domicílio, e sempre que necessário, o recurso a unidades de internamento, com o objetivo de reabilitar as pessoas, promovendo a sua autonomia e o seu regresso ao domicílio. Este despacho permitiu igualmente definir os grupos de pessoas alvo desta articulação, os tipos de cuidados continuados a prestar, as respostas sociais e de âmbito primário, nomeadamente as suas características os seus destinatários, as regras de encaminhamento de doentes, profissionais e de gestão (ERS, 2015).

Segundo esta Entidade (ERS, 2015), a elevada taxa de mortalidade causada pelos tumores malignos verificada em Portugal na década de 90, com os consequentes problemas para a saúde pública, provocou uma grande preocupação patente no Plano Nacional Oncológico 2001-2005, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2001, de 17 de agosto. Para fazer face à amplitude e gravidade deste problema, este diploma definiu a necessidade de criação de medidas de educação, de promoção da saúde, de diagnóstico e tratamento, de reabilitação e ainda de cuidados paliativos que permitissem diminuir da taxa de incidência e de mortalidade por cancro em Portugal antecipando, deste modo, a complementaridade dos serviços de saúde. Neste diploma define-se a necessidade de se proceder à continuidade de cuidados paliativos na fase terminal da doença. Encontra-se ainda definida a importância da atuação dos profissionais na área oncológica, mesmo posteriormente à fase de tratamento, quando o doente e a sua família continuam a ter necessidades de apoio humanizado e eficaz. Foi também defendida a necessidade de intensificar as terapêuticas paliativas, bem como a formação de equipas especializadas, a determinação de critérios acionais de qualidade das unidades, o estudo das necessidades e o planeamento geográfico de unidades para responder às necessidades dos doentes, as regras de articulação e de avaliação da atividade, entre outros. Os objetivos definidos por este diploma, pressupunham a criação de equipas hospitalares de cuidados paliativos, a implementação dos cuidados paliativos nos hospitais centrais de referência e nos centros de oncologia, a introdução da área de cuidados paliativos na formação dos especialistas de oncologia e ainda a criação de unidades de cuidados paliativos na comunidade, privilegiando a articulação entre as equipas domiciliárias e as unidades de internamento.

Contudo, só em 2002 é definida a primeira Rede Nacional de Cuidados Continuados, a Rede Mais, publicada na Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, de 22 de março (ERS, 2015). Com este diploma, foi reconhecida a possibilidade de se definirem formas organizativas de prestação de cuidados continuados integrados, permitindo conceptualizar e organizar a sua prestação. Deste modo, o diploma definiu a necessidade de garantir uma proteção social integrada, financeiramente sustentável, com base num conjunto de respostas

melhor adaptadas às necessidades das pessoas em situação de dependência, ou em risco de nela virem a entrar, estruturada em redes locais, que envolvessem estruturas públicas e privadas criando, deste modo, redes de respostas ao nível regional e nacional, cada vez mais alargadas. Para além disso, este diploma refere que a necessidade deste tipo de proteção dos indivíduos, exige uma continuidade de cuidados em diferentes localizações geográficas, os quais devem ser assegurados por profissionais com formação específica e diferenciada e adaptados aos problemas identificados, maximizando a sua eficiência e eficácia e facilitando o acesso aos cuidados, aos indivíduos que deles necessitam.

Segundo a ERS (2015) a Rede Mais foi, então, definida como o conjunto de recursos públicos e privados, que se dedicariam à prestação de cuidados às pessoas em risco de dependência ou com dependência instalada que necessitassem simultaneamente de cuidados de saúde e de apoio social, independentemente do grupo etário e da causa ou causas da dependência. Com esta Rede, pretendia-se melhorar as condições de vida dos indivíduos em situação de dependência, o seu bem-estar e a sua autonomia, garantindo condições de acompanhamento e de internamento adequados. Pretendia-se igualmente garantir progressivamente a cobertura nacional das necessidades destes indivíduos, diminuindo as desigualdades regionais e prevenindo lacunas na prestação deste tipo de cuidados. Esta Rede deveria orientar-se pelos seguintes princípios:

- a. Prioridade da prestação de cuidados no domicílio;
- b. Flexibilidade nas várias opções de cuidados prestados, garantindo fluidez na utilização dos vários níveis e tipos de respostas integradas;
- c. Complementaridade e multidisciplinaridade;
- d. Personalização dos cuidados ao indivíduo, de acordo com planos de intervenção individuais;
- e. Integração dos serviços, garantindo a cooperação entre instituições e setores e a promoção de sinergias protocoladas e assentes em parcerias.

A criação e funcionamento local desta Rede seria da responsabilidade conjunta do Instituto de Solidariedade e Segurança Social e das Administrações Regionais de Saúde (ERS, 2015).

No ano seguinte foi definida uma nova Rede de prestação de cuidados continuados de saúde, através do Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro. Este diploma definiu que esta nova Rede seria constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas (serviços integrados no SNS, IPSS, Misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública e entidades privadas que prestassem cuidados de saúde complementares a utentes do SNS), habilitadas a

prestar cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos que necessitam dos mesmos, em situação de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física e psicológica que cause limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento. Neste sentido, esta Rede assumiu a prestação de cuidados de recuperação em interligação com os cuidados de saúde primários e com os hospitais, prevenindo situações de dependência e prestando cuidados de saúde tendencialmente gratuitos, abrangentes e continuados os indivíduos. Para além disso, este Decreto-Lei (281/2003, de 8 de novembro) define claramente os cuidados continuados como sendo os *“cuidados de saúde prestados a cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afetados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, suscetível de correção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração”*. Este diploma não se refere aos cuidados paliativos, mas faz menção às ações preventivas, às ações terapêuticas e ainda às ações paliativas, reportando-se a estas últimas como sendo ações que requerem uma prática organizada de prestação específica de cuidados a doentes em fase terminal de vida com sofrimento intolerável, que exigem uma organização e uma abordagem específica por equipas técnicas especialmente formadas para o efeito (ERS, 2015).

Já em 2005, a Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de abril, refere a necessidade de implementar os cuidados continuados no sistema de saúde, referindo que a integração dos cuidados continuados nos serviços prestados aos indivíduos com necessidades comuns, exige uma revisão simultânea da abordagem curativa dos cuidados de saúde e dos cuidados de natureza comunitária. Este diploma demonstra igualmente uma grande preocupação com a prestação deste tipo de cuidados a uma população que, em Portugal, é cada vez mais idosa, com uma grande incidência de doenças crónicas de evolução prolongada, geradoras de elevado grau de incapacidade e dependência. É neste âmbito que é realçada a importância do conceito e da prática dos cuidados continuados e assumida a implementação de cuidados continuados, através da criação de serviços comunitários de proximidade e a articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e serviços e instituições de apoio social (ERS, 2015).

Prosseguindo este objetivo, em 2006 é finalmente criada a RNCCI através da promulgação do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, publicado no Diário da República nº 109, I Série-A que, ao contrário dos diplomas anteriormente referidos, deixa de distinguir os

cuidados continuados dos cuidados paliativos. Este diploma agora publicado, que regulamenta e institui a RNCCI, define políticas de saúde e sociais que permitam:

- a. Desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência;
- b. Investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial;
- c. Qualificar e humanizar a prestação de cuidados;
- d. Potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade própria do envelhecimento individual e a alterações de funcionalidade.

A criação e implementação da RNCCI, viria assim permitir responder às lacunas acima referidas, prevenindo e reduzindo o número de indivíduos em situação de dependência social e de saúde e, promovendo e reabilitando o potencial dos indivíduos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

1.1 Criação e implementação da RNCCI

Pressupondo a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, a Rede envolve a participação e colaboração intersectorial entre o público e o privado, nomeadamente entre os diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado, sendo este o principal incentivador de tal política.

Neste sentido, este diploma pretende dinamizar e implementar unidades e equipas de cuidados, que sejam financeiramente sustentáveis, destinados *“a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”* (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, Art.º 4º, p. 3858) e que necessitem de cuidados continuados integrados, de cuidados paliativos ou de intervenção social, tendo por base uma tipologia de respostas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, com o objetivo de melhorar o acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social, sendo que a origem da sua intervenção poderá ocorrer nos serviços comunitários de proximidade, nos hospitais, nos cuidados de saúde primários, nos serviços sociais e ainda, através da rede solidária e autarquias locais.

O diploma refere ainda que a implementação da RNCCI é progressiva, sendo iniciada com experiências piloto.

A implementação da RNCCI, de acordo com o plano estratégico estabelecido, assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em 3 fases, ao longo de 10 anos. A fase 1 decorreu entre 2006 e 2008 e para a qual foi definida uma meta de 30% de cobertura nacional, incluindo experiências piloto a decorrer entre junho de 2006 e julho de 2007. A fase 2, que decorreu entre 2009 e 2012, com uma meta traçada de cobertura de 60% das necessidades identificadas, e a fase 3, que decorreu entre 2013 e 2016, e que previa uma resposta de 100%, perante a totalidade de indivíduos identificados em situação de perda de autonomia ou em situação de dependência (Guerreiro, 2009).

1.2 Missão e objetivos

A RNCCI tem como grande objetivo geral prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Para que a sua missão seja concretizada, a Rede encerra os seguintes objetivos específicos:

1. Melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
2. Manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
3. O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
4. A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
5. O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
6. A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

7. A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

De acordo com a UMCCI (2011), a Missão da RNCCI vem dar resposta a um conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são:

1. Necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento adequado;
2. Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
3. Redução do número de altas hospitalares tardias, ou seja, acima da média de internamento definida;
4. Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;
5. Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
6. Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade dos cuidados pós internamento-hospitalar;
7. Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
8. Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.

1.3 Princípios da RNCCI

De acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, são os seguintes os princípios em que a RNCCI assenta:

1. Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
2. Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
3. Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;

4. Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
5. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
6. Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
7. Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
8. Participação das pessoas em situação de dependência, e seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
9. Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
10. Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

De referir que a execução destes princípios assenta na garantia dos seguintes direitos da pessoa em situação de dependência:

1. Dignidade;
2. Preservação da identidade;
3. Privacidade;
4. Informação;
5. Não discriminação;
6. Integridade física e moral;
7. Exercício da cidadania;
8. Consentimento informado das intervenções efetuadas.

1.4 Modelo e coordenação da RNCCI

A RNCCI assenta num modelo de prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social que permite a intervenção integrada e articulada de diferentes tipos de unidades e equipas. De acordo com o artigo 8º do Decreto-Lei nº 101/2006, são as seguintes as bases do seu funcionamento:

1. Interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;

2. Articulação em Rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
3. Coordenação entre os diferentes setores e recursos locais;
4. Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a otimização dos recursos locais;
5. Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos.

A coordenação da RNCCI ocorre a três níveis: ao nível nacional, com a intervenção da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), ao nível regional com a intervenção das Equipas de Coordenação Regional (ECR) e ao nível local com a intervenção das Equipas de Coordenação Local (ECL), tal como podemos verificar na Figura 1. Todos os níveis assentam numa composição intersectorial, tendo em conta que na composição das equipas incluem-se elementos da área da saúde e da segurança social.

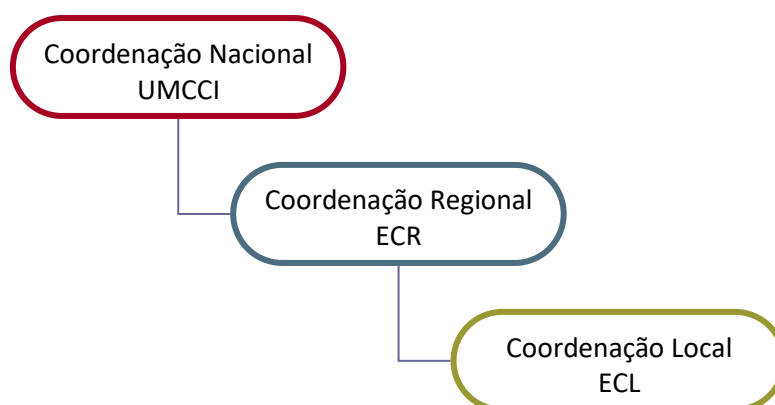


Figura 1 – Coordenação da RNCCI

Adaptado de UMCCI - Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Lisboa, 2011

Tal como podemos observar, o modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e de contratualização de serviços. Enquanto estrutura organizadora e reguladora, compete à UMCCI a condução e lançamento do projeto global de coordenação da RNCCI, garantindo a sua sustentabilidade. Compete-lhe ainda contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, promovendo o acesso e benefício de cuidados continuados integrados aos indivíduos que deles necessitam, respondendo às necessidades específicas de cada um e promovendo a sua autonomia e qualidade de vida (UMCCI, 2011). Naturalmente que este trabalho exige uma articulação entre os cuidados de saúde primários,

os hospitais, os serviços e instituições de natureza social e privada, bem como as Redes nacionais de Saúde e de Segurança Social.

A nível regional, as ECR articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

As suas competências encontram-se plasmadas na Tabela 2.

Equipa de Coordenação Regional
Elaborar o Plano Regional de Implementação e previsão orçamental
Garantir a articulação entre entidades e parceiros
Divulgar e informar a população sobre a RNCCI
Analisar propostas para integrar a Rede
Acompanhar e controlar a execução financeira
Garantir a qualidade dos cuidados prestados
Monitorizar e controlar a atividade prestada
Garantir a equidade e adequação no acesso à Rede
Formar os profissionais

Tabela 2 – Competências da ECR

Adaptado de UMCCI - Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Lisboa, 2011

Ao nível local é às ECL quem compete a coordenação local. Estas equipas são compostas por, pelo menos, dois elementos dos CSP (médico e enfermeiro) e um elemento do setor social do Centro Distrital do Instituto de Segurança Social (ISS, I.P.) respetivo.

As competências da ECL encontram-se plasmadas na Tabela 3.

Equipa de Coordenação Local
Assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local
Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos
Assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede
Atualizar o sistema da informação da Rede
Assegurar a preparação de altas
Apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da Rede
Promover parcerias para a prestação de Cuidados Continuados Integrados

Tabela 3 – Competências da ECL

Adaptado de UMCCI - Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Lisboa, 2011

1.5 Tipologias de cuidados prestados pela RNCCI

De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipologias de resposta, nomeadamente, unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, tal como podemos observar na Figura 2.

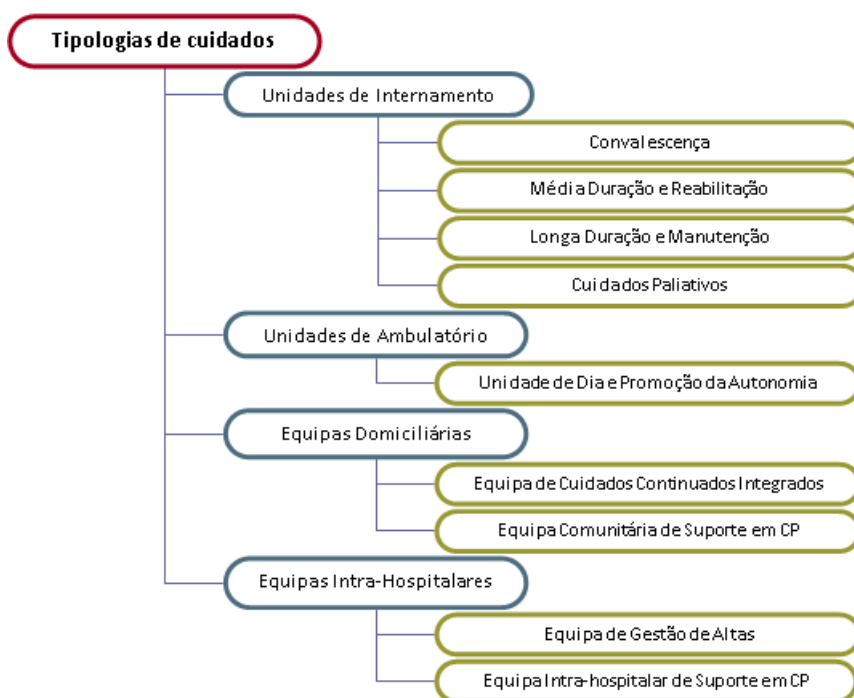


Figura 2 – Tipologias da RNCCI

Adaptado do Decreto-Lei nº 101/2016 de 6 de junho, publicado no Diário da República nº 109, I Série A

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho refere que as Unidades de Internamento, são constituídas por Unidades de Conval escença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos, que possuem as seguintes características:

1. Unidade de Conval escença (UC)

- Unidade de internamento integrada em hospital de agudos ou noutra instituição (articulada com um hospital de agudos);
- Presta tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e cuidados clínicos de reabilitação;
- Finalidade: estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia

potencialmente recuperável;

- Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos.

2. Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

- Unidade de internamento com espaço físico próprio articulada com um hospital de agudos;
- Presta cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial;
- Finalidade: estabilização clínica, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável;
- Destina-se a internamentos com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos.

3. Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

- Unidade de internamento de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio;
- Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio;
- Finalidade: prestar cuidados que previnam e retardam o agravamento da situação de dependência, promovendo o conforto e a qualidade de vida do doente;
- Destina-se a internamentos com previsibilidade superior a 90 dias consecutivos.

4. Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)

- Unidade de internamento com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital;
- Presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, devido a doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Quanto à Unidade de Ambulatório, esta é formada pelas Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia, que detêm as seguintes características:

- Unidade de ambulatório que presta cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diversos níveis de dependência que não possuam condições para serem cuidadas no domicílio;
- Articula-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes;
- Funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

No que respeita às Equipas Hospitalares, estas são compostas por Equipas de Gestão de Altas e Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, sediadas em hospital de agudos, que possuem as seguintes características:

1. Equipas de Gestão de Altas (EGA)

- Equipa multidisciplinar que procede à preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que solicitam seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, seja no domicílio ou seja nas unidades de internamento existentes na área de influência hospitalar;
- Localiza-se fisicamente no hospital de agudos e integra no mínimo um médico, um enfermeiro e um assistente social;
- Assegura a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos (para programação de altas hospitalares), com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede e ainda com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

2. Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

- Equipa multidisciplinar com formação em cuidados paliativos, que deve estar sediada em espaço físico próprio para coordenação das suas atividades, devendo integrar no mínimo os seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro e um psicólogo;
- Finalidade: prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços hospitalares, podendo prestar cuidados diretos e orientar o plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja

solicitada a sua intervenção;

- Assegura a formação em CP às equipas e profissionais que prestam cuidados continuados, a prestação de cuidados médicos e de enfermagem continuados, os tratamentos paliativos complexos, consulta e acompanhamento de doentes internados, assessoria aos profissionais do hospital, cuidados de fisioterapia e apoio psico-emocional ao doente e família ou cuidadores, incluindo no período do luto.

Em relação às Equipas Domiciliárias, estas são formadas pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados e pelas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, que possuem as seguintes características:

1. Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

- Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não exige internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma;
- Apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários;
- Assegura cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional, educação para a saúde dos doentes e familiares/cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio no desempenho das atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária e ainda coordena e gere os casos com outros recursos de saúde e sociais.

2. Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

- Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em CP que deve integrar, no mínimo, um médico e

um enfermeiro;

- Finalidade: prestar apoio e aconselhamento em CP às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção;
- Assegura a formação em CP dirigida às equipas de saúde familiar e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários, a avaliação integral do doente, os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, a gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde, assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados e ainda assessoria aos familiares e/ou cuidadores.

Todavia, em 2012 é publicada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro) que, para além de regular o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado nesta matéria e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), reconhecendo as especificidades dos cuidados paliativos face aos cuidados continuados, em cuja rede os primeiros estavam incluídos. Esta lei define que a RNCP passa a funcionar sob a tutela do Ministério da Saúde, estabelecendo que a Coordenação da RNCP é assegurada a nível nacional pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) e, a nível regional, pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I.P.). Este tipo de cuidados é prestado, tal como se verificava na RNCCI, por serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e ainda por entidades do setor social ou privado, quando a resposta pública se revelar insuficiente, enquadrando as seguintes equipas locais de CP: Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Um outro importante aspeto introduzido pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos prende-se com a referência dos doentes para CP, que passa a poder ser solicitada por diversas estruturas/pessoas, nomeadamente: pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente que necessita de CP, pelas unidades dos cuidados de saúde primários, pelas unidades da RNCCI, pelos serviços hospitalares ou ainda pelo doente e sua família.

O reconhecimento da importância dos CP para os doentes que deles necessitam, fez com que em 2014, fosse publicada a Resolução da Assembleia da República nº 48/2014, de 6 de junho, recomendando ao Governo que reforce o estudo das

necessidades e devidas respostas no âmbito dos Cuidados Paliativos Pediátricos e que implemente as medidas necessárias à disponibilização efetiva desses cuidados no nosso país.

Ainda nesse ano, o Governo determinou a existência de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) nos estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e nas unidades locais de saúde, integrados no Serviço Nacional de Saúde, e classificados nos Grupos I, II, III ou IV-a com valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica (Despacho n.º 10429/2014, de 12 de agosto, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde).

Mais tarde é publicado o Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de junho, que introduz alterações ao Decreto-Lei nº 101/2006, prevendo, entre outros, que as Unidades e Equipas em Cuidados Paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), passando a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Contudo, este diploma prevê a necessidade de articulação entre ambas as Redes e a possibilidade das unidades e serviços da RNCCI poderem prestar ações paliativas aos seus doentes, como parte da promoção do bem-estar dos mesmos.

Em 2015, é ainda publicada a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, que regulamenta a caracterização dos serviços que integram a RNCP, a admissão dos doentes, os recursos humanos e ainda as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. Simultaneamente, esta Portaria identifica e caracteriza as equipas locais da RNCP (que se articulam entre si e com as Equipas Coordenadoras Regionais da RNCCI) bem como os respetivos serviços, destacando a importância das Equipas Comunitárias de Suporte em CP na prestação de cuidados domiciliários, privilegiando a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente familiar e comunitário.

No entanto, este diploma define a utilização das Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), estruturas pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a quem competia avaliar e validar as propostas de referenciação dos doentes para CP. Tendo em conta que a RNCP é uma rede funcional que integra uma filosofia e visão específicas, centrada nos interesses das pessoas com necessidades de CP, procedeu-se à alteração da Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro, com o objetivo de implementar uma coordenação regional da RNCP, promovendo a criação dos serviços de cuidados paliativos que prestem suporte aos três níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados) e a melhoria contínua da sua

qualidade. Neste sentido, é publicada em 2016 a Portaria nº 165/2016 de 14 de junho, que regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. Este diploma revoga, entre outros, a alínea c) do artigo 3º que determinava a articulação das equipas locais de CP com as Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), bem como a gestão de doentes referenciados para CP, pela ECR (número 3 do Art.º 12º).

Relativamente aos serviços prestados pela RNCP, há que referir que estes continuam a ser executados pelas equipas de CP: Unidades de internamento de cuidados paliativos (UCP), Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP). Estas equipas articulam-se não apenas entre si, mas também com outros serviços e equipas do Serviço Nacional de Saúde, de modo a assegurar a continuidade de cuidados que os doentes necessitam.

Por seu lado, as Unidades que continuam a incorporar a RNCCI (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Equipas de Cuidados Continuados Integrados), devem articular-se com as equipas locais de cuidados paliativos para assegurar a prestação de ações paliativas aos doentes que delas necessitam.

No que respeita às equipas hospitalares de CP, estas podem organizar-se em termos de resposta assistencial, de forma integrada, agregando várias valências de cuidados paliativos, nomeadamente a equipa de apoio intra-hospitalar, a unidade de internamento, sempre que exista, o hospital de dia, a consulta externa e a consulta domiciliária.

A Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro, determina ainda que a coordenação da RNCP, sendo efetuada a nível regional pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde, é feita através de um profissional de saúde com competência em CP, que é assessorado por um Grupo Técnico de Apoio. É a este Grupo quem compete articular-se com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com as instituições hospitalares e ainda com as estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente com as Equipas Coordenadoras Regionais (ECR).

Os cuidados continuados pediátricos mereceram igual relevância e especificidade por parte da tutela, constatável através da publicação da Portaria nº 343/2015, de 12 de outubro, que veio definir as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 e as

unidades de ambulatório pediátricas, bem como das Equipas de Gestão de Altas e das Equipas de Cuidados Continuados Integrados destinadas a cuidados pediátricos da RNCCI, que não foram integradas na Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro.

1.6 A sinalização, referenciação e admissão na RNCCI

A admissão de doentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, implica o desenvolvimento de um processo de referenciação que obedece a regras próprias que divergem consoante o local de referenciação do doente e a sua situação clínica e social (UMCCI, 2011).

Este processo visa prover o indivíduo dos melhores recursos disponíveis, tendo em especial consideração as suas necessidades de dependência e reabilitação, bem como as especificidades do seu contexto social e familiar (UMCCI, 2009).

De acordo com o Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, são destinatários das unidades e equipas da Rede todos os indivíduos que se apresentam em alguma das seguintes situações:

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

A referenciação de doentes para a Rede implica a existência de procedimentos uniformes e iguais, garantindo, deste modo, uma maior facilidade no acesso aos serviços que integra, que deve ser efetuado de forma adequada e atempada.

Para que tal seja possível, a Rede integra um conjunto de equipas específicas que operacionalizam o processo de referenciação, nomeadamente as Equipas de Gestão de Altas (EGA), as Equipas de Coordenação Local (ECL) e ainda as Equipas de Coordenação Regional (ECR). A referenciação de doentes envolve ainda a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), que intervém ao nível da monitorização e regulação do processo de referenciação (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

A referenciação de indivíduos para diversas tipologias da Rede pode ter origem em duas estruturas do SNS distintas: nos hospitais e na comunidade, sendo neste último efetuado através dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES).

Relativamente à referenciação efetuada pelos hospitais, podemos dizer que este é um processo que encerra duas fases: a sinalização e a referenciação. A primeira deve ter início com a identificação do doente com possível necessidade de apoio da Rede, realizada pela equipa clínica responsável pelo doente à EGA. A sinalização deve ser efetuada precocemente, preferencialmente nas 48 horas após o internamento ou 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar, quando os cuidados continuados integrados serão prestados no domicílio do utente (Guerreiro, 2011). A segunda fase, a da referenciação deve ser feita posteriormente, assim que se confirme que o doente tem indicação para cuidados continuados e após o preenchimento do respetivo formulário de ingresso do doente na RNCCI, que contém o diagnóstico da situação de dependência, realizado mediante avaliação médica, de enfermagem e social. Depois do doente (ou o seu representante) identificar as Unidades pelas quais tem preferência e de formalizar o seu consentimento informado, o processo é remetido à EGA do hospital. Esta equipa multidisciplinar, composta por pessoal médico, de enfermagem e Assistente social, procede à preparação e gestão da alta hospitalar. Para tal, estes profissionais articulam-se com os Serviços clínicos, garantindo o adequado encaminhamento do processo do doente, tendo em conta as suas especificidades, nomeadamente, as suas necessidades de saúde, o seu grau de dependência, o seu potencial de reabilitação e ainda o seu contexto sócio-familiar. Por seu lado, a EGA introduz a informação constante no processo de referenciação do doente na aplicação GESTCARE-CCI e propõe a admissão do doente na Rede à ECL. Esta avalia a situação de saúde e social do indivíduo e verifica o cumprimento dos critérios de referenciação do doente, bem como o cumprimento dos requisitos definidos no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. Identificada e definida a Unidade ou Equipa da RNCCI que irá prestar os cuidados ao doente, é informada a EGA, que por sua vez informa a equipa responsável pelo doente. É a esta última que compete informar o doente e/ou família e tratar da sua alta hospitalar.

No que respeita à referenciação de doentes na comunidade, este processo é formalizado por um profissional do ACES, seja médico, enfermeiro ou assistente social, que o envia para a ECL. À ECL compete avaliar e validar a referenciação do doente, de acordo com os critérios de inclusão previstos para as diferentes tipologias da Rede.

A Figura 3 ilustra o processo de referenciação dos doentes para a Rede.

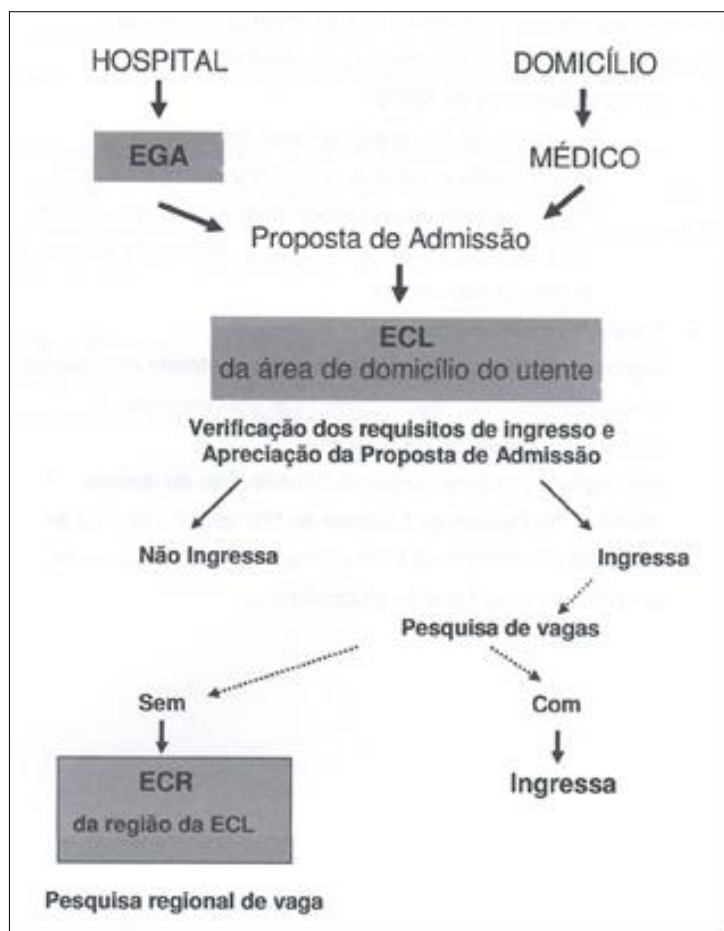


Figura 3 – Processo de referência do doente para a RNCCI
 Fonte: Manual do Serviço Social do CHUC, 2008

A gestão da RNCCI é apoiada por um sistema informático integrado de monitorização, designado GESTCARE- CCI®, que funciona em tempo real via web, com cinco níveis de acesso e incorpora todos as organizações da Rede, sejam públicas, privadas ou do setor social.

A plataforma informática inclui perfis nos quais:

- Os responsáveis locais (EGA e equipas referenciadoras de cuidados de saúde primários) inserem as propostas de transferência para a Rede. Este perfil inclui o módulo referente à identificação dos utentes, à justificação clínica e/ou social detalhada a situação clínica e a tipologia dos cuidados proposta;
- A ECL avalia a proposta e, caso a aceite, valida o processo;
- Após a aprovação da ECL, a ECR referencia os utentes para o nível adequado de cuidados da Rede.

A referenciação de doentes para a Rede tem sofrido uma grande evolução desde a sua criação, devido ao aumento da capacidade instalada das suas Unidades e Equipas, pressionada pelo aumento de procura deste tipo de cuidados.

Tal como podemos verificar na Tabela 4, desde 2006 até ao ano transato, verificou-se um aumento exponencial do número de lugares disponíveis para doentes no nosso país, sendo as UMDR, as ULDM e as ECCI, as que registaram os aumentos mais significativos. Na globalidade, a Rede aumentou a sua capacidade em 13.756 lugares.

TIPOLOGIA	ANO	
	2006	2016
Convalescença	321	811
Média Duração e Reabilitação	242	2.578
Longa Duração e Manutenção	312	4.723
Paliativos	23	278
ECCI	0	6.264
TOTAL	898	14.654

Tabela 4 – Evolução do número de lugares na RNCCI, por tipologia
Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Contudo, o número de camas e lugares alcançados em 2016 não atingiu as metas definidas pela UMCCI. Tal como podemos verificar na Tabela 5, era esperado que 2016 terminasse com aproximadamente o dobro do número de lugares/camas na tipologia de UMDR e ULDM o que não se confirmou (Guerreiro, 2009). No entanto, verifica-se uma aproximação às metas propostas, nas tipologias de Convalescença e de Cuidados Paliativos.

TIPOLOGIA	Meta 2016
Convalescença	2.860
Média Duração e Reabilitação	3.217
Longa Duração e Manutenção	8.222
Paliativos	357

Tabela 5 – Metas propostas para 2016, relativamente ao número de lugares na RNCCI, por tipologia
Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Um outro aumento verificado foi ao nível das equipas em funcionamento na Rede. Tal como podemos verificar na Tabela 6, de 2012 a 2015 as equipas que mais expandiram foram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (43 Equipas) e as Equipas Intra-Hospitalares de

Suporte em Cuidados Paliativos (10 Equipas). O número de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, manteve-se praticamente inalterado.

TIPOLOGIA	ANO			
	2012	2013	2014	2015
EIHSCP	25	25	26	35
ECSCP	11	11	11	13
ECCI	243	267	274	286
TOTAL	279	303	311	334

Tabela 6 – Evolução do número de Equipas da Rede em funcionamento, entre 2012 e 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

O natural aumento do número de lugares e camas disponíveis para acolher utentes, bem como do número de equipas em funcionamento, foi acompanhado por um aumento exponencial do número de utentes referenciados para a RNCCI.

Como podemos verificar no Gráfico 7, desde a criação da Rede em 2006 até 31/12/2007 foram referenciados 7.899 utentes, número este que atingiu os 261.101 utentes em 31/12/2015, o que representa um acréscimo cumulativo de 253.202 utentes em oito anos.

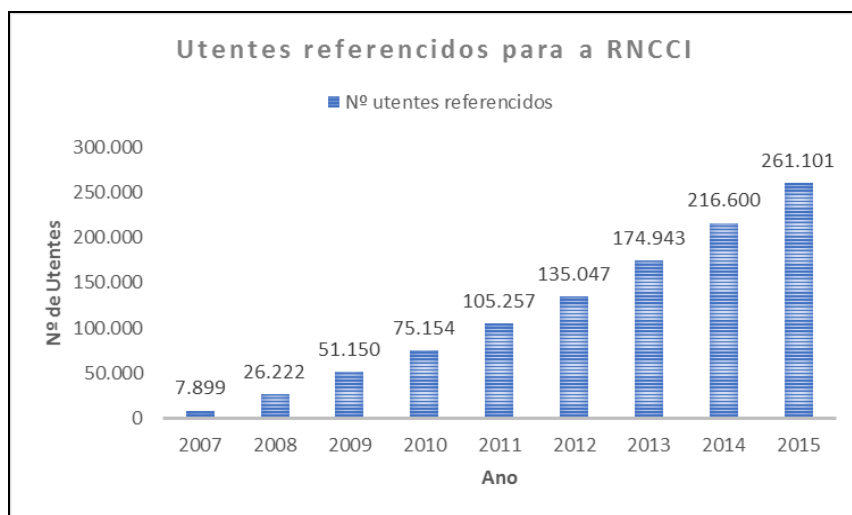


Gráfico 7 – Evolução do número de utentes referenciados para a RNCCI desde 2007 a 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Naturalmente que o aumento de número de doentes referenciados foi acompanhado pelo número de utentes assistidos e admitidos na Rede.

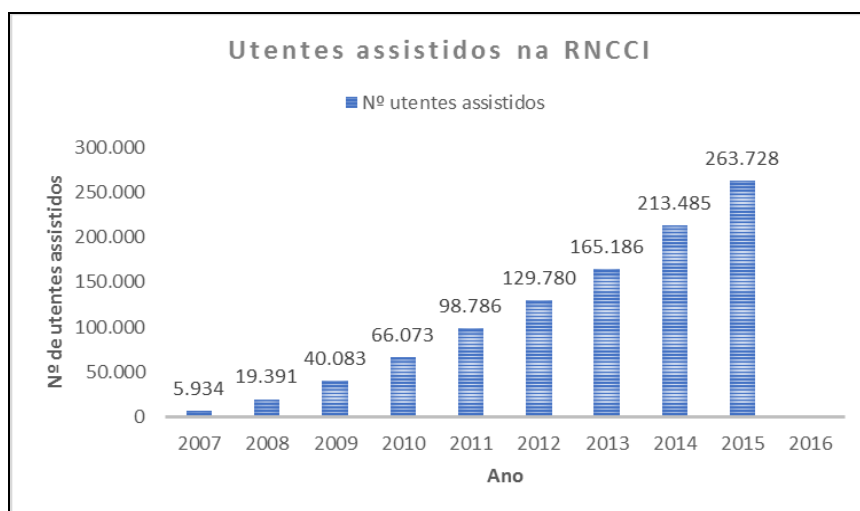


Gráfico 8 – Evolução do número de utentes assistidos na RNCCI desde 2007 a 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Tal como podemos verificar no Gráfico 8, em 31/12/2007 tinham sido admitidos 5.934 utentes, número este que ultrapassou os 250.000 utentes em 2015. Só nesse ano foram admitidos na Rede 50.243 utentes¹.

Capítulo 3 – A referenciação hospitalar de doentes para a RNCCI

1. O movimento assistencial da RNCCI

O processo de referenciação de utentes para a RNCCI tem dois pontos de origem possíveis: os hospitais e a comunidade, sendo este último realizado pelos Cuidados de Saúde Primários.

Tal como podemos observar no Gráfico 9, verifica-se que ao longo dos últimos anos a maior parte dos utentes referenciados para a RNCCI são doentes assistidos e provenientes dos hospitais (perfazendo uma média de 65% de utentes), seguindo-se os doentes assistidos pelos Cuidados de Saúde Primários (perfazendo aproximadamente 35%).

Apesar disso, observa-se um ligeiro decréscimo do número de doentes referenciados para a RNCCI pelos hospitais (de 66% em 2012, para 63% em 2015), compensado por um

¹ De referir que o número total de doentes referenciados para a RNCCI em 2015 (Gráfico 7) é maior que o número total de doentes assistidos na RNCCI nesse mesmo ano (Gráfico 8), informação que nos parece contraditória, mas que está descrita nos Relatórios de Monitorização da RNCCI elaborados pela ACSS.

aumento do número de doentes referenciados pela comunidade (de 34% em 2012, para 37% em 2015).

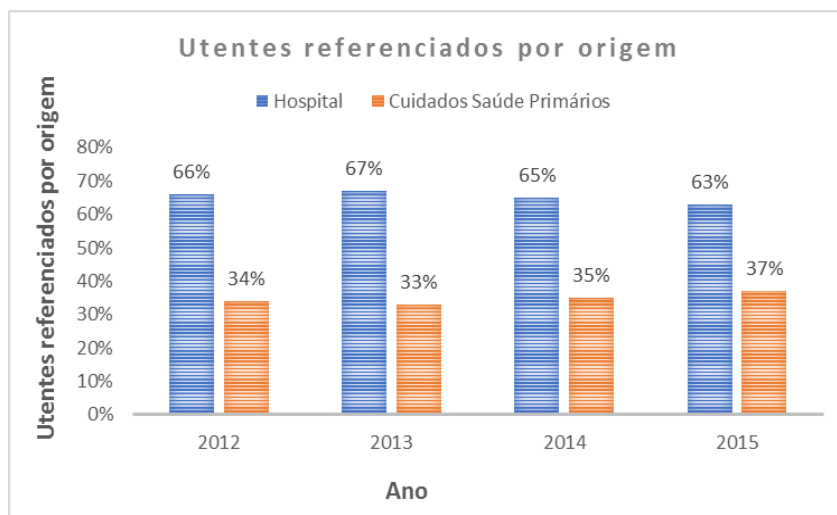


Gráfico 9 – Utentes referenciados por origem entre 2012 a 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

O processo de referenciação implica, naturalmente, a identificação da tipologia pretendida e mais adequada à situação do doente, tendo em conta o(s) motivo(s) intrínseco(s) ao pedido.

De acordo com a ACSS², são vários os motivos de proposta de referenciação de utentes, sendo uns mais prevalentes do que outros. O Relatório de Monitorização da RNCCI (2012) refere que em 2012, a dependência de AVD's foi o principal motivo de referenciação a nível nacional, seguido de ensino do utente/cuidador informal. Este cenário tem-se mantido até à atualidade, tal como podemos observar no Gráfico 10. Assim, entre 2013 e 2015, os motivos pelos quais a maioria dos doentes foi proposta para referenciação foram a dependência de AVD's, o ensino do utente/cuidador informal e a reabilitação. Pelo contrário, os motivos menos considerados na referenciação dos utentes para a RNCCI foram a manutenção de dispositivos, o descanso do cuidador, as úlceras de pressão múltiplas e ainda os doentes portadores de SNG/PEG.

² www.acss.min-saude.pt.

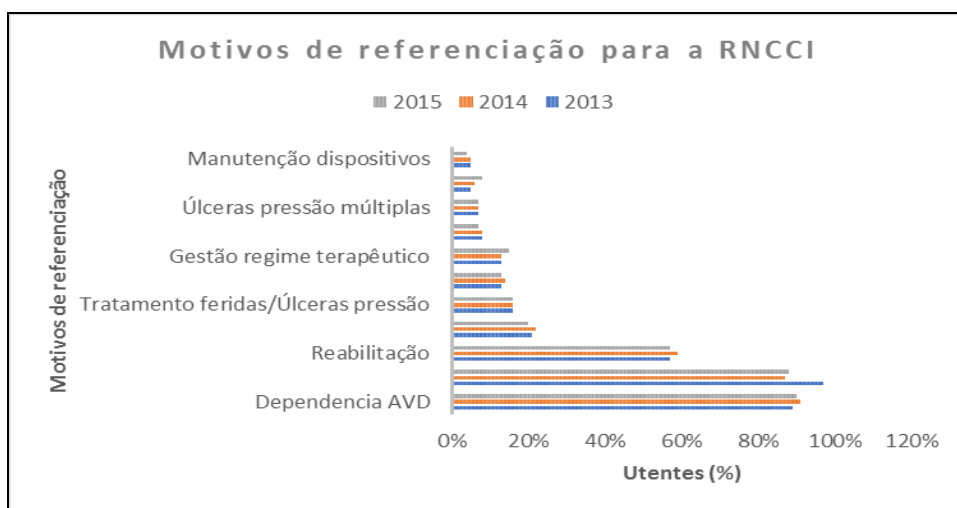


Gráfico 10 – Motivos de referência de utentes para a RNCCI entre 2013 e 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Relativamente às tipologias de resposta da RNCCI onde os utentes foram admitidos e assistidos, podemos dizer que em todas elas se verificou um aumento da sua capacidade instalada e conseqüentemente do número de doentes que admitiram.

Analisando o Gráfico 11, podemos perceber que de 2012 em diante, a tipologia que registou um maior número de doentes admitidos foi a Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Esta tipologia observou um aumento exponencial de doentes admitidos entre 2012 e 2015, passando de 11.578 doentes em 2012, para 15.221 doentes admitidos em 2015.

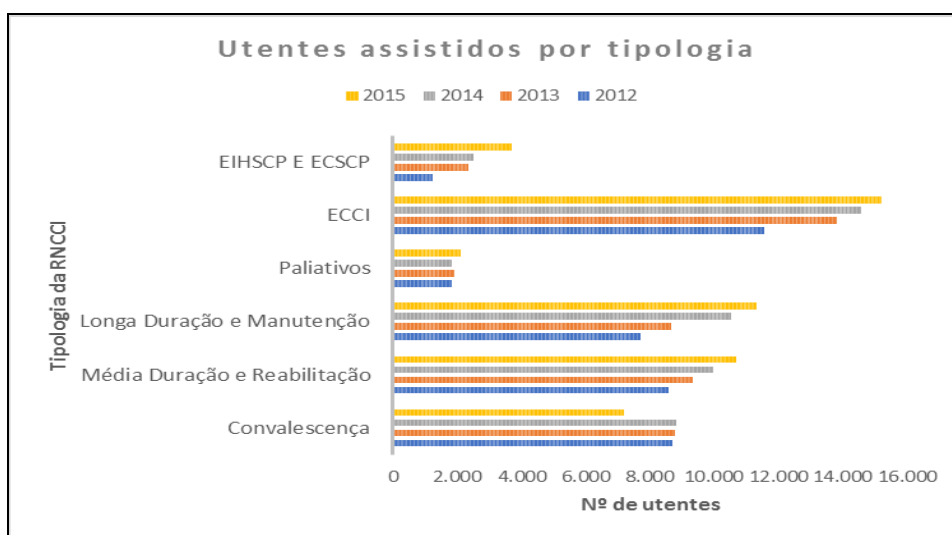


Gráfico 11 – Evolução do número de utentes assistidos nas diversas tipologias da RNCCI entre 2012 e 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Relativamente às unidades de internamento, podemos referir que se verifica uma inversão no tipo de unidade mais solicitada: enquanto que em 2012 as Unidades de Convalescença foram quem mais doentes receberam (8.704 doentes), em 2015 este lugar foi ocupado pelas Unidades de Longa Duração e Manutenção (11.328).

As tipologias da RNCCI que registaram o menor número de doentes admitidos foram as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas Comunitárias de Suporte Cuidados Paliativos, seguidas das Unidades de Cuidados Paliativos que, ainda assim, têm registado um progressivo crescimento.

No que respeita à taxa de ocupação das diversas tipologias da RNCCI, podemos dizer que esta varia consoante se trate de unidades de internamento ou equipas. No Gráfico 12 podemos verificar que nas unidades de internamento este indicador varia entre os 89% e os 97%, sendo as ULDM as que registam a taxa de ocupação mais elevada. Por seu lado, as equipas de CCI registam valores mais baixos, mas que têm vindo a aumentar de 55% em 2012, para os 69% em 2015.

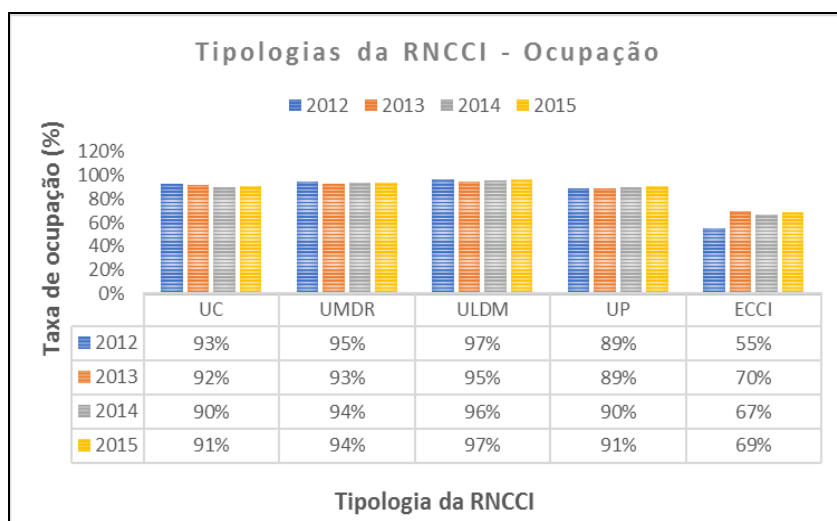


Gráfico 12 – Evolução da taxa de ocupação registada nas diversas tipologias da RNCCI entre 2012 e 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Relativamente à distribuição dos doentes admitidos na RNCCI pelas várias regiões do nosso país, podemos dizer que o Norte é a região que maior número de doentes assiste na RNCCI. Como podemos observar no Gráfico 13, em 2012 a região Norte liderava este *ranking* com 15.379 doentes admitidos, seguida da região Centro (7.885 utentes) e da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) (7.633 utentes), sendo o Alentejo a região que registou o menor número de utentes admitidos (4.286).

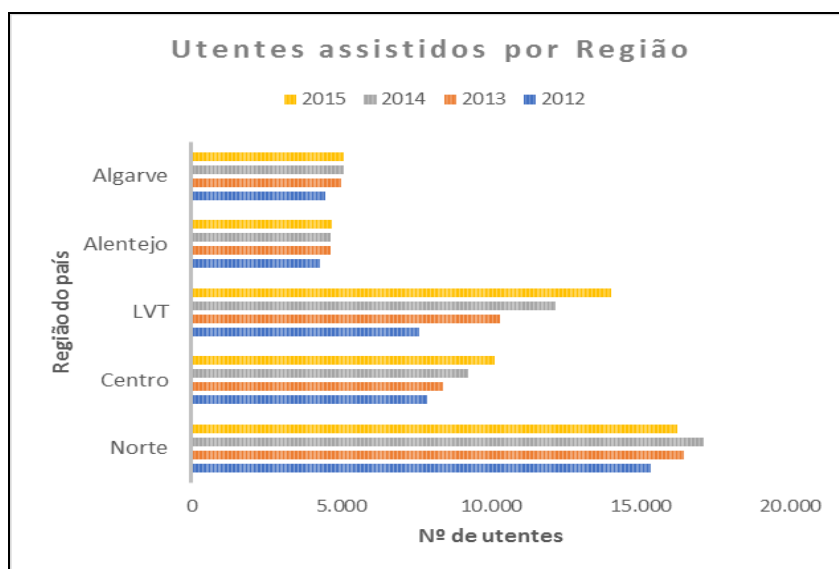


Gráfico 13 – Evolução do número de utentes assistidos na RNCCI por região entre 2012 e 2015

Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Em 2015 verifica-se que o Porto continua a ser a região com maior número de doentes assistidos na RNCCI (16.255) seguida, agora, pela região de LVT (14.024 utentes) e pela região Centro (10.154 utentes). Devemos salientar que a região de LVT registou um aumento muito significativo da sua capacidade instalada entre 2012 e 2015, permitindo duplicar o número de doentes assistidos na RNCCI.

2. A relação entre a admissão dos doentes referenciados para a RNCCI e a demora média hospitalar

A abordagem à questão da referenciação hospitalar de doentes internados, leva-nos antes de mais a tecer algumas considerações sobre o internamento de doentes e sobre a alta hospitalar.

De acordo com a Portaria nº 132/2009 de 30 de janeiro, entende-se por episódio de internamento a estadia de um doente num hospital de agudos, isto é, o período de tempo ininterrupto que medeia entre a data da sua admissão e a data da alta. Por doente internado entende-se o indivíduo que é admitido num estabelecimento de saúde e que ocupa uma cama para diagnóstico ou tratamento de doença, com permanência de, pelo menos, vinte e quatro horas, excetuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer

durante vinte e quatro horas nesse estabelecimento de saúde. A alta hospitalar pode ser entendida com o término do período de assistência prestada pelo hospital ao doente.

Contudo, após o internamento, os utentes podem necessitar de continuidade de cuidados na sequência de episódios agudos ou crónicos da doença, seja no domicílio, em ambulatório no próprio estabelecimento de saúde ou na transferência para outra instituição de cuidados de saúde.

A alta hospitalar representa um momento fundamental para o sucesso da intervenção social junto dos indivíduos e das suas famílias, devendo ser devidamente planeada (ACSS, 2015).

Para gerir este processo, no que diz respeito à referência para a RNCCI, a UMCCI procedeu, em 2008, à aprovação do Manual de Planeamento e Gestão de Altas, aplicável aos hospitais e com o objetivo de *“garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes”* (UMCCI, 2008, p. 3).

No âmbito das suas atribuições, cabe à EGA das unidades hospitalares a coordenação e planeamento das altas hospitalares em regime de internamento, sendo da competência do médico assistente do utente a decisão da alta clínica. A EGA deve ser constituída, no mínimo, por três elementos: médico, enfermeiro e assistente social, designados pelo conselho de administração hospitalar (UMCCI, 2008).

De acordo com as orientações inscritas no referido manual, a alta deve ser planeada o mais cedo possível, preferencialmente na data de início do internamento, devendo todas as decisões e procedimentos estar bem definidos, justificados e registados, o que permitirá assegurar a qualidade dos serviços prestados pelos vários intervenientes ao utente e dotar a correspondente nota de alta de toda a informação imprescindível à continuidade dos cuidados.

São os seguintes os objetivos definidos na gestão de altas (UMCCI, 2008: 4-5):

- Garantir a existência de um programa atempado e integrador dos cuidados necessários no local adequado, para assegurar a máxima independência do utente;
- Assegurar a continuidade de cuidados ao utente;
- Garantir que o utente só fica no hospital o tempo necessário à realização dos procedimentos de avaliação ou tratamento da sua situação clínica, que não possam ser realizados em ambulatório ou noutras unidades de internamento;
- Implementar o planeamento da alta.

Este processo de planeamento da alta do doente assenta na intervenção de vários profissionais e entidades que tudo fazem para que o doente proposto pela equipa clínica, seja admitido com a maior brevidade possível na unidade escolhida, tendo em conta a sua alta clínica e social. Contudo, este processo tem variações de tempo, originadas por várias causas e que modificam de doente para doente, de tipologia para tipologia e de região para região.

De acordo com a ACSS³ verifica-se que existe um período de tempo entre a data de referenciação dos doentes para a RNCCI e a identificação da respetiva vaga que o doente irá ocupar na RNCCI.

O Gráfico 14 demonstra esta realidade e nele podemos observar a variação de tempo de espera por tipologia e por ano. De facto, em 2013 o número de dias registado entre a referenciação do utente e a identificação de vaga, variou entre os 4 dias nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados e os 46 dias nas Unidades de Longa Duração e Manutenção. Entre 2014 e 2015 verificou-se uma progressiva diminuição do tempo de espera registando-se, ainda assim, valores em 2015 que variaram entre os 3 dias nas Equipas de Cuidados Continuados os Integrados e os 26 dias nas Unidades de Longa Duração e Manutenção. De salientar a significativa diminuição do tempo de espera das ULDM que, no espaço de três anos foi reduzido em aproximadamente 21 dias. Os tempos de espera até à identificação de vaga na RNCCI, diminuíram simultaneamente entre 2013 e 2015 nas restantes unidades, mantendo, no entanto, valores significativos. Falamos das Unidades de Média Duração e Reabilitação, com um tempo de espera de 25 dias em 2015, das Unidades de Convalescença, com uma média de 12 dias e das Unidades de Cuidados Paliativos, com aproximadamente 11 dias.

³ Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2015.

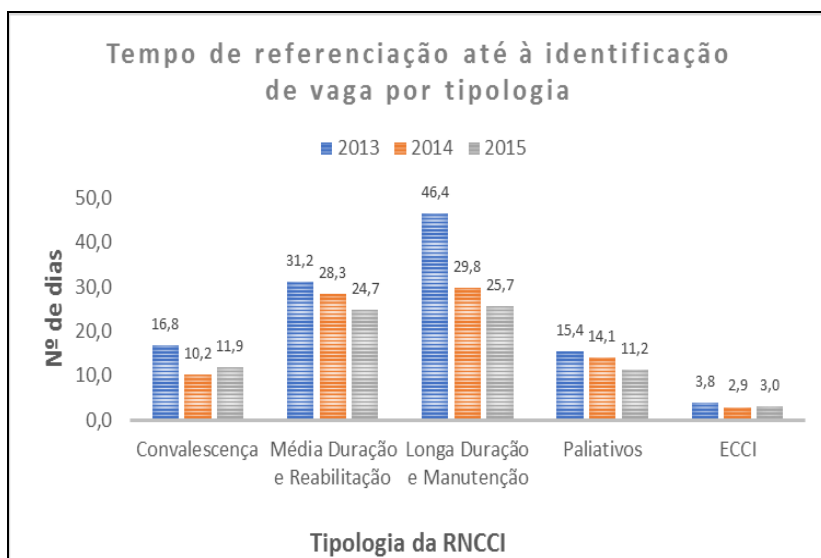


Gráfico 14 – Tempo de referência dos utentes até à identificação de vaga na RNCCI por tipologia entre 2013 e 2015
Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Observando o Gráfico 15, podemos verificar que o tempo de referência dos utentes até à identificação de vaga era, em 2013, mais elevado no Alentejo (37,8 dias), seguido da região de LVT (34 dias) e do Algarve (19,6 dias), sendo o Norte a região com menor número de dias (9,8).

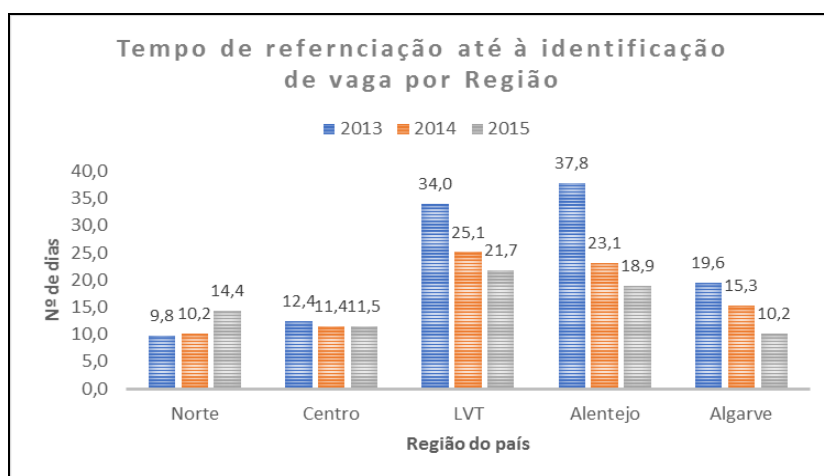


Gráfico 15 – Tempo de referência dos utentes até à identificação de vaga na RNCCI por Região entre 2013 e 2015
Retirado e adaptado do site www.acss.min-saude.pt

Contudo, entre 2013 e 2015, registou-se uma significativa redução dos tempos de espera nas regiões do Alentejo, LVT e Algarve, criando um cenário bem diferente em 2015. Nesse ano, a região de LVT passou a liderar os maiores tempos de espera, com 22 dias. Ao

contrário do que sucedeu com a maioria das regiões do país, o Porto registou um aumento do número de dias entre 2013 e 2015, passando de 9,8 para 14, 4 dias respetivamente.

Estima-se que 2009, terá sido o ano em que se deu o maior crescimento global da Rede e, por isso, o impacto na duração média dos internamentos hospitalares deverá também ter sido mais significativo. Isto deve-se ao facto de, neste ano, ter aumentado o número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), responsáveis pela prestação deste tipo de cuidados no domicílio e, ainda, o número de lugares de internamento e de domiciliários na RNCCI.

Apesar da progressiva diminuição do tempo médio de referenciação do utente até à identificação de vaga e consequente admissão na RNCCI, esta é uma situação que origina consequências tanto para o utente em espera e família/cuidador informal, como para as instituições de saúde, nomeadamente os hospitais. E é nestes últimos que as implicações são mais significativas e visíveis, tendo em conta que este tempo de espera obriga à permanência do doente no hospital desnecessariamente, originando períodos de internamento maiores e consequentemente maiores demoras médias, num país onde existe uma prevalência de cerca de 36% de altas em doentes com mais de 7 dias de internamento, dos quais cerca de 55% são doentes com mais de 65 anos de idade (Costa, 2009).

3. O caso do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC)

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E, designado de CHUC é um hospital de agudos, localizado na região centro de Portugal e que presta apoio diferenciado às populações residentes nesta zona do país, em várias valências. Esta unidade hospitalar resultou da fusão de três hospitais existentes em Coimbra, a saber: Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra e Hospital Pediátrico de Coimbra.

Este hospital tem atualmente uma lotação de 1.808 camas distribuídas por diversas especialidades médicas, cirúrgicas e de obstetrícia e pelos vários pólos que o compõem.

Na Tabela 7 podemos verificar alguns indicadores de atividade de internamento do CHUC, registados entre 2014 e 2016. Podemos, pois, observar um declínio progressivo na generalidade destes indicadores, nomeadamente do número de doentes internados saídos (de 65.634 em 2014, para 63.689 em 2016) que se traduziu numa redução de 1.945 doentes. Este indicador foi acompanhado pela simultânea redução do número de dias de internamento (de 509.282 em 2014, para 503.201 em 2016), traduzindo-se num decréscimo de 6.081 dias de

internamento. Em contrapartida, registou-se um ligeiro aumento da demora média (de 8,2 dias em 2014, para 8,4 dias em 2016), não ultrapassando a média de 8 dias. No que respeita à taxa de ocupação do CHUC, há que referir que tem havido alguma flutuação entre 2014 e 2016, tendo atingido o pico em 2015 com 77,5%.

Indicadores	ANO		
	2014	2015	2016
Doentes saídos (inclui transferências internas)	65.634	65.405	63.689
Dias de internamento dos doentes saídos	509.282	512.934	503.201
Demora Média	8,2	8,3	8,4
Taxa de Ocupação (%)	75,4	77,5	75,9

Tabela 7 – Indicadores de atividade de internamento do CHUC registados em 2014, 2015 e 2016

Retirado e adaptado da aplicação CHUC-TB do CHUC, consultada a 23.mai.2017

Relativamente aos doentes internados no CHUC, há que referir que, tal como a sua admissão em internamento é efetuada de forma urgente, através do Serviço de Urgência, ou programada, através da Consulta Externa e Hospital de Dia, também a saída do hospital pelos doentes ocorre de diferentes formas, a saber: para o domicílio (na grande maioria das situações), para a RNCCI, para outros hospitais, falecidos e outros⁴.

Centrando-nos nos doentes internados no CHUC com alta para a RNCCI, podemos dizer que, para além do indicador relativo ao número de doentes colocados na RNCCI pelo hospital e disponível na aplicação *GH_Reporting*, existem outros indicadores, não menos importantes, que devem ser sempre objeto de uma primeira análise, de modo a compreendermos a evolução deste fenómeno. Falamos do número de doentes sinalizados e do número de doentes referenciados para a RNCCI, indicadores estes que são monitorizados pelas respetivas EGA's de cada Pólo do CHUC.

Relativamente à sinalização de doentes, primeira etapa do processo de colocação de doentes na RNCCI, esta tem sido alvo de valorização nos Contratos-Programa do hospital, nos últimos três anos, devendo os profissionais do CHUC respeitar os prazos estabelecidos (primeiras 48 horas após o internamento e no máximo até ao 5º dia), dado que o CHUC se encontra obrigado a atingir os objetivos de desempenho por si propostos e negociados com a tutela. Contudo, só a partir de junho de 2014 começou a ser obrigatório o seu registo no Pólo HUC, fazendo com que em 2014 o número de doentes sinalizados seja muito inferior ao

⁴ A aplicação GH_Reporting não especifica a tipologia de doentes inseridos nesta categoria.

registado nos anos seguintes (de 407 doentes em 2014, para 1.367 em 2015 e 1.570 em 2016) (Tabela 8).

Ainda de acordo com a mesma Tabela, podemos observar que o Pólo HUC, é quem mais sinaliza, ultrapassando anualmente o milhar de doentes entre 2015 e 2016), comparativamente com o Pólo HG/HP, cuja sinalização é aproximadamente os 300 doentes por ano). Este facto justifica-se, como já foi referido, porque os HUC são o Pólo que mais maior número de doentes interna no CHUC, não apenas, por ter um maior número de Serviços clínicos, como também porque estes Serviços têm uma dimensão muito maior, comparativamente com os existentes no Pólo HG e HP.

Pólo	ANO		
	2014	2015	2016
CHUC	763	1.367	1.570
HUC	407	1.077	1.273
HG/HP	356	290	297

Tabela 8 – Doentes internados no CHUC e sinalizados para a RNCCI, entre 2014 e 2016

Retirado e adaptado dos Relatórios de Atividades das EGA's do CHUC

Todavia, apesar de atualmente a sinalização de doentes até ao quinto dia útil ser um imperativo e de haver um empenho dos profissionais dos Serviços nesse sentido, este procedimento apenas formaliza uma intenção de colocação do doente na RNCCI, que pode não vir a realizar-se. A sua concretização depende da formalização do processo de referenciação para a EGA.

De acordo com a Tabela 9, podemos verificar que de 2014 em diante se tem registado um aumento do número de doentes referenciados para a RNCCI (de 1.817 em 2014, para 1.988 em 2016). Este aumento de mais de 170 doentes em três anos, encontra-se essencialmente localizado no Pólo HUC, que registou um acréscimo de 165 doentes no período em análise (Tabela 9).

Pólo	ANO		
	2014	2015	2016
CHUC	1.817	1.918	1.988
HUC	1.607	1.695	1.772
HG/HP	210	223	216

Tabela 9 – Doentes internados no CHUC e referenciados para a RNCCI, entre 2014 e 2016

Retirado e adaptado dos Relatórios de Atividades das EGA's do CHUC

Relativamente à última fase do processo de referenciação, a admissão direta dos internamentos nas Unidades e/ou Equipas da Rede, podemos referir, de acordo com a Tabela 10, que desde 2014 que o CHUC coloca diretamente na RNCCI, mais de 1.000 doentes por ano, com um significativo acréscimo, passando de 1.118 doentes em 2014, para 1.343 em 2016.

Pólo	ANO		
	2014	2015	2016
CHUC	1.118	1.298	1.343
HUC	987	1.162	1.228
HG/HP	131	136	115

Tabela 10 – Doentes internados no CHUC e admitidos diretamente nas Unidades/Equipas da RNCCI, entre 2014 e 2016

Retirado e adaptado do GH_Reporting e do Relatório de Atividades da EGA do Pólo HG

Através da Tabela 10 podemos igualmente verificar que, à semelhança do processo de sinalização e referenciação, também a colocação de doentes é feita essencialmente pelo Pólo HUC, que no ano de 2016 ultrapassou significativamente o milhar de doentes (1.228), comparativamente com o Pólo HG/HP, que excedeu a centena de doentes (115). Todavia, o Pólo HG/HP registou no último ano uma diminuição de doentes admitidos diretamente na RNCCI (menos 21 doentes em 2016, comparativamente com 2015).

Em suma, podemos dizer que das três fases do processo de admissão de doentes na RNCCI, a etapa da referenciação é a que inclui um maior número de doentes, sendo que da sua totalidade, apenas uma grande maioria é admitida na RNCCI. Isto significa que há doentes que, apesar da sua referenciação, não são colocados diretamente na Rede através dos Serviços clínicos porque têm alta para o domicílio onde vão aguardar vaga na Rede, ou não chegam mesmo a ser admitidos, nomeadamente, porque falecem, porque agravam a sua situação clínica, porque não têm critérios de entrada, porque são transferidos para outros hospitais, entre outros.

Como já foi demonstrado, o polo HUC é o responsável pela colocação direta na RNCCI da grande maioria dos doentes internados no CHUC e referenciados para a RNCCI, facto que é compreensível pelo maior número de doentes que interna, comparativamente com o HG e o HP.

Pelo facto de os HUC serem o Pólo que apresenta maiores indicadores de sinalização, referenciação e colocação de doentes na RNCCI, optou-se por circunscrever o presente estudo ao mesmo, deixando de parte o Pólo HG/HP.

Ao nível interno do Pólo HUC, podemos dizer que, apesar da ligeira redução do número de doentes internados ocorrida entre 2014 e 2016 (Tabela 11), com uma perda de aproximadamente 1.000 doentes, registou-se um aumento muito significativo do número de doentes colocados na Rede, passando de 987 em 2014, para 1.228 em 2016, o que significa um aumento de aproximadamente 240 doentes.

Pólo HUC (Serviços - Top 15+)	Ano					
	2014		2015		2016	
	Doentes internados	Doentes saídos RNCCI	Doentes internados	Doentes saídos RNCCI	Doentes internados	Doentes saídos RNCCI
Pólo HUC (CHUC)	48.346	987	48.435	1.162	47.279	1.228
Ortopedia	4.153	289	3.951	287	3.794	292
Medicina Interna A	6.067	204	6.208	276	5.858	304
Neurologia	2.871	142	2.790	190	2.687	190
Neurocirurgia	2.133	73	2.134	69	2.079	105
Gastrenterologia	1.868	47	1.913	29	1.846	28
Cirurgia B	2.249	34	2.565	51	2.388	52
Nefrologia	848	26	805	24	816	36
Urologia	2.800	25	2.789	32	2.691	25
CRI Psiquiatria	816	24	821	18	881	22
Cirurgia A	2.502	19	2.970	19	2.886	17
Cardiologia	3.426	13	2.977	17	3.151	15
Dermatologia	672	8	684	9	665	12
Hematologia	873	8	880	7	962	17
Cirurgia Vascular	1.035	7	1.060	25	1.056	26
Cirurgia Plástica	737	7	808	18	764	4
Restantes Serviços	15.296	61	15.080	91	14.755	83

Tabela 11 – Top 15+ dos Serviços do Pólo HUC, que mais doentes referenciaram para a RNCCI entre 2014 e 2016

Retirado e adaptado da aplicação GH_Reporting dos HUC, consultada a 23.mai.2017

Na Tabela 11 podemos observar que são muitos os Serviços clínicos, de especialidade médica e cirúrgica do Pólo HUC, que enviam doentes diretamente para a RNCCI após a alta hospitalar e, na impossibilidade de os analisarmos a todos, salientamos o Top+15. Aqui podemos observar que em 2016 os Serviços de especialidades médicas colocaram 612 doentes na RNCCI (48,8% dos doentes), enquanto os Serviços de especialidades cirúrgicas admitiram

533 doentes (43,4%). Em alguns Serviços observa-se um aumento significativo do número de doentes admitidos entre 2014 e nomeadamente nos dois últimos anos.

Falamos por exemplo do Serviço de Medicina Interna A, que passou de 276 doentes (23,8%) em 2015 para 304 (24,8%) em 2016 e do Serviço de Neurocirurgia, que passou de 69 doentes (5,9%) em 2015, para 105 (8,6%) em 2016.

Um outro aspeto que podemos observar na Tabela 14, é o facto de o processo de colocação de doentes na Rede estar concentrado em alguns Serviços, nomeadamente no Serviço de Ortopedia, Medicina Interna A e Neurologia.

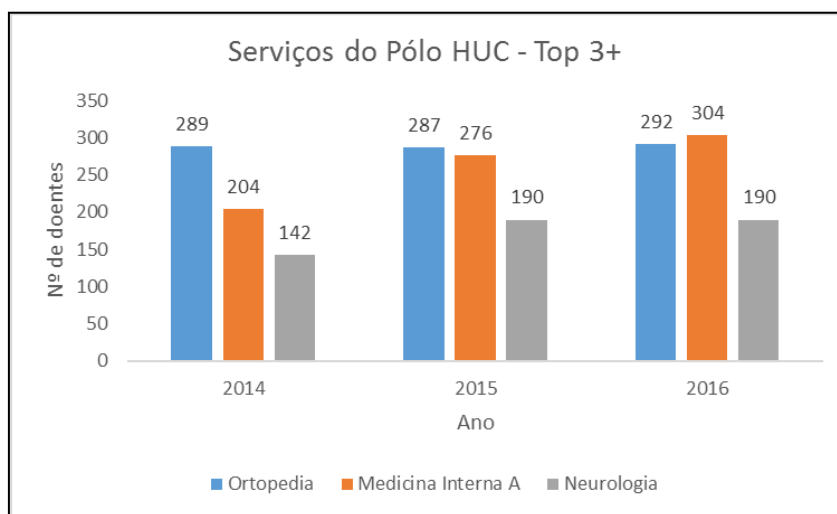


Gráfico 16 – Serviços dos HUC com maior colocação de doentes na RNCCI (Top 3+) entre 2014 e 2016

Retirado e adaptado da aplicação GH_Reporting dos HUC, consultada a 23.mai.2017

De acordo com o Gráfico 16, verifica-se que em 2014 e 2015 o Serviço de Ortopedia liderou a colocação de doentes na RNCCI (289 doentes em 2014 e 287 em 2015), tendo sido ultrapassado em 2016 pelo Serviço de Medicina Interna A, que totalizou 304 doentes colocados na RNCCI. O envio de doentes por parte do Serviço de Neurologia foi menor, comparativamente com os Serviços de Ortopedia e Medicina Interna A, tendo registado um significativo aumento entre 2014 e 2015 (142 para 190 doentes, respetivamente), mantendo-se estagnado em 2016.

No entanto, o aumento do número de doentes colocados em vagas da RNCCI, tem por inerência um problema relacionado com seu atraso de admissão na Unidades e/ou Equipas. Sendo evidente que a colocação dos doentes na RNCCI não é efetuada, na maioria dos casos, imediatamente à alta clínica, isto significa que os doentes permanecem nos Serviços a

aguardar pela sua admissão, protelando o período do seu internamento e conseqüentemente da demora média hospitalar.

Segundo a Equipa de Gestão de Altas dos HUC⁵, existe claramente uma demora média entre o momento de referenciação e do efetivo ingresso do doente na Rede, que varia de tipologia para tipologia. Entre 2014 e 2015 verificou-se que as Unidades de Média Duração e Reabilitação são as que mais tempo demoram a admitir os doentes, com 27 dias de espera em 2015. De seguida posicionam-se as Unidades de Longa Duração e Manutenção e as Unidades de Convalescença, com uma demora de 16 dias, seguidas das Unidades de Cuidados Paliativos, com aproximadamente 10 dias e, por fim as ECCI's que registaram 6 dias de espera para acolher doentes que aguardavam internados nos HUC.

⁵ Relatório de Atividades da Equipa de Gestão de Altas do Pólo HUC (2014 e 2015).

PARTE B

Estudo Empírico

1. Problema de pesquisa

De acordo com Coutinho (2015) qualquer investigação científica envolve um problema, que pode (ou não) ser explicitado pelo investigador. Este problema ou pergunta de partida deve ser, na opinião de Quivy (2005), aquela que possibilita ao investigador tentar destacar os processos sociais, económicos, políticos e culturais que lhe permitirão compreender melhor os fenómenos e os acontecimentos que observa de modo a interpretá-los mais acertadamente. Segundo Lakatos e Marconi (1991:159) o problema não é mais que *“uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução”*.

Coutinho (2015), defende que o modo como é formulado o problema de pesquisa poderá variar consoante se trate de uma investigação que adota uma metodologia quantitativa ou qualitativa, dado que na primeira é formulado sob a forma de uma pergunta (interrogativa), e na segunda sob a forma de um objetivo geral (afirmação).

No caso da presente investigação, que assume um cariz quantitativo e qualitativo, o problema pode ser formulado de forma interrogativa e de forma afirmativa, mas optamos pela primeira, tendo em conta que é a mais frequentemente utilizada.

Assim sendo e, face ao tema da presente investigação, já identificado, podemos referir que a questão de partida para a realização desta pesquisa é a seguinte: **Que fatores intervêm no atraso da admissão na RNCCI, dos doentes referenciados em 2016 pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC, E.P.E., e qual o seu impacto nos serviços?**

A questão levantada emergiu da constatação da existência de uma lacuna encontrada em toda a bibliografia consultada, dado que a mesma não é suficientemente esclarecedora quanto ao impacto no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). De facto, existe uma grande diversidade de autores que abordam os conceitos isoladamente, ou seja, alguns analisam a questão do envelhecimento da população, outros a questão dos Cuidados Continuados Integrados e outros o conceito da demora média hospitalar.

Efetivamente não existe nenhum estudo no CHUC que defina o perfil sociográfico dos doentes referenciados para a Rede e aborde e analise a questão do impacto resultante da não admissão imediata na RNCCI dos doentes internados neste hospital.

2. Questões de pesquisa associadas

Tendo por base uma reflexão sobre a questão de partida, podemos referir que da mesma emergem uma série de questões que se lhe encontram associadas, para as quais não encontrámos ainda uma resposta.

Assim, para cada um dos eixos analíticos é passível de serem colocadas questões, às quais pretendemos responder.

1º Eixo: Perfil sociográfico dos doentes

Através deste campo, pretende-se conhecer e identificar características a nível pessoal, clínico, social (do doente e cuidadores) e a intervenção social realizada aquando da referenciação para a RNCCI dos doentes internados nos Serviços do Pólo HUC do CHUC em 2016.

Deste modo, pretende-se obter resposta às seguintes questões:

- **Qual o perfil pessoal dos doentes?**
- **Qual o perfil clínico dos doentes?**
- **Qual o perfil social dos doentes?**
- **Qual o perfil social das suas famílias e/ou cuidadores?**
- **Os doentes referenciados para a RNCCI e a partir dos Serviços do Pólo HUC, possuem uma demora média diferente da totalidade de doentes globalmente internados neste Pólo do CHUC?**
- **Existe alguma diferença entre os doentes admitidos diretamente na RNCCI a partir dos Serviços clínicos e os doentes não admitidos e/ou admitidos na RNCCI a partir do seu domicílio?**
- **Que intervenção social foi realizada junto dos doentes e respetivas famílias/cuidadores aquando do processo de referenciação para a RNCCI?**

A caracterização dos doentes internados no Pólo HUC do CHUC reflete o tipo de população que se encontra em situação de internamento nos diversos Serviços do hospital, e que se constitui como “*matéria-prima*” do trabalho dos profissionais de saúde. Os doentes referenciados para a RNCCI são apenas uma tipologia de doentes que necessitam de cuidados hospitalares diferenciados e de continuidade de cuidados após o internamento, necessitando

de uma adequada intervenção dos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros.

Apesar do presente trabalho não analisar a totalidade de doentes internados e referenciados para a RNCCI naquele ano, pensamos ser pertinente e extremamente importante proceder à caracterização desta população segundo várias variáveis e indicadores, dado que é necessário e fundamental, que se conheça o tipo de indivíduos internados, até porque, os seus elementos pessoais, clínicos e sociais, são normalmente um bom indicador da existência de problemática social e no caso da sua existência, o tipo de situação-problema vivida pelo doente e pela sua família.

Perante a existência de problemática social torna-se, naturalmente necessária a intervenção do Assistente social.

De acordo com Carvalho (2012), o assistente social da saúde, possui as mesmas funções dos profissionais que integram o sistema de saúde, nomeadamente os de medicina e de enfermagem. Estas funções “clássicas” (Carvalho, 2012: 56) são a assistencial, a investigadora, a docente, a de gestão clínica, a de prevenção e a de informação e educação na saúde. Ainda de acordo com a autora, o Serviço Social da saúde estuda os problemas gerados ou revividos pela doença e pelas necessidades de tratamento médico, estabelece o diagnóstico social de saúde e desenvolve planos de atuação em que o doente e família são parte ativa da solução.

Assim sendo, no que respeita aos objetivos que enformam o Serviço Social na área hospitalar, devemos fazer alusão ao Código Deontológico Internacional dos Assistentes sociais (1985), que refere serem nomeadamente, a promoção do bem-estar, do autoconhecimento e da valorização dos indivíduos, grupos e comunidades, com o objetivo de detetar as necessidades humanas e sociais que decorrem da interação indivíduo-sociedade e posteriormente desenvolver os recursos que permitam satisfazer as necessidades e as aspirações individuais, coletivas, nacionais e internacionais, na prossecução da justiça social.

O grande objetivo geral do Serviço Social Hospitalar, traduz-se na colaboração com os demais técnicos no tratamento, cura e reabilitação dos doentes, realizando a parte social da prestação hospitalar⁶.

Ao nível hospitalar e nomeadamente no CHUC o Serviço Social tem como funções específicas a análise e a ajuda na resolução dos problemas sociais e a anulação dos efeitos negativos que a doença provoca nos indivíduos, nas suas famílias e no meio social a que pertencem. Ele desempenha as suas funções ao nível da reinserção e integração do doente na

⁶ Regulamento do Serviço Social do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., 2015.

comunidade através do acolhimento sistemático, tendo em consideração as situações-problema agudizadas pela vivência de uma patologia. Para além disso, o Assistente social articula ao nível hospitalar, quer no seu interior como no seu exterior com uma grande multiplicidade de profissionais e instituições/organizações no sentido da resolução da situação-problema. Tem ainda como funções a atuação ao nível da prossecução de cuidados de saúde continuados integrados, o que implica uma articulação com a comunidade no sentido de verificar que agentes conseguem dar resposta à situação que o Assistente social tem em mãos.

De referir ainda que no caso dos doentes referenciados para a RNCCI, o Assistente social tem obrigatoriamente que preencher o formulário de ingresso, nomeadamente a parte reservada ao Serviço Social, implicando a realização do diagnóstico, avaliação e intervenção social. Tal como a informação médica e de enfermagem, a informação é igualmente importante e relevante para a atuação dos profissionais das Unidades ou Equipas da RNCCI, onde o doente será admitido.

Portanto, podemos concluir que o profissional de Serviço Social enquadra ao nível do seu trabalho uma multiplicidade de funções, de atividades, de objetivos, de indivíduos, de profissionais e de instituições, que lhe possibilita intervir socialmente, permitindo que consiga fazer face às necessidades sentidas pelos doentes e suas famílias, sendo uma delas a admissão na RNCCI.

A partir da caracterização dos doentes referenciados, podemos, pois, proceder à comparação dos que efetivamente foram admitidos na Rede a partir do internamento e dos que não chegaram a ser e ainda dos que foram admitidos a partir do seu domicílio, após a alta hospitalar.

2º Eixo: Perceções sobre fatores compreensivos da demora da admissão do doente na RNCCI, seu impacto nos Serviços e soluções para a resolução do problema

Através deste eixo, pretende-se conhecer as perceções dos profissionais de saúde relativamente às causas ou fatores compreensivos do atraso da admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dos doentes, à existência de algum impacto nos Serviços, aos factos ou consequências que advêm desse impacto, à sua avaliação e ainda às sugestões para solucionar este problema.

Neste sentido, impõem-se as seguintes questões, às quais pretendemos obter resposta:

- **Que fatores justificam o atraso da admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dos doentes internados nos Serviços clínicos?**
- **Existe algum impacto nos Serviços clínicos resultante do atraso de admissão na RNCCI dos doentes?**
- **Como é avaliado esse impacto?**
- **Quais os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços clínicos?**
- **Que sugestões podem ser identificadas para solucionar este problema?**

Todos os doentes que são internados no hospital, passam pelo denominado “*período de hospitalização*” (Carvalho, 2012: 65) que inclui três momentos distintos, a saber: a admissão, a estadia e a alta.

De acordo com a autora, em cada um destes momentos intervêm vários profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que contribuem de modo simultâneo para o benefício do processo de cura do doente. Cada um destes profissionais deve definir as atividades a desenvolver no âmbito do seu trabalho em cada momento da hospitalização do doente, sempre em interligação com os restantes. Tal como a autora refere “*nenhum coletivo profissional pode ver-se desvinculado dos outros*” (Carvalho, 2012: 66).

Contudo, sempre que um doente recebe alta hospitalar é necessária a intervenção do assistente social que irá, de acordo com Carvalho (2012), monitorizar os novos cuidados à pessoa tratada e à sua família. É neste sentido que se começa a substituir o conceito de planeamento da alta hospitalar, pelo de planeamento de alta dos cuidados de saúde para a continuidade de cuidados na comunidade. E, a intervenção do assistente social torna-se ainda mais premente, quando se trata de alta hospitalar a doente com critérios de risco⁷, que traduzem a existência de um problema real, que tem que ser identificado, diagnosticado e resolvido ou, não sendo possível, minorado.

Isto significa que sempre que um doente é identificado como necessitando de continuidade de cuidados após a hospitalização, nomeadamente dos cuidados prestados pelas

⁷ Carvalho (2012), refere como sendo critérios de risco internacionalmente aceites os seguintes: ter mais de 75 anos, ter mais de 70 anos e viver sozinho/com parceiro de idade similar, ter mais e 70 anos e ter uma doença crónica, ter mais de 70 anos e ter sido admitido anteriormente, ter mais de 70 anos e ser admitido por queda ou fratura, ser admitido na sequência de um AVC, ser admitido com sinais de violência, ter uma doença terminal, ter uma doença mental, apresentar sintomas de toxicodependência e apresentar politraumatismos. Para além deste a autora identifica outros critérios clínicos, que quando verificados, se devem associar a risco, como é o caso da cirrose hepática, de demência, de DPOC, de insuficiência cardíaca congestiva, de desidratação, entre muitos outros.

Unidades e/ou Equipas da RNCCI, os profissionais médicos, de enfermagem e social promovem a sua alta hospitalar, que poderá ser confrontada com a existência de algum critério de risco, exigindo uma maior intervenção do assistente social.

Contudo, apesar do esforço dos profissionais de saúde em planear a alta do doente, de elaborarem o processo de referenciação do doente, através do preenchimento do respetivo formulário, a sua alta pode não ser imediata e o doente permanecer durante algum tempo internado até ser colocado numa Unidade ou Equipa da RNCCI.

Efetivamente, esta demora na admissão na Unidade ou Equipa da RNCCI, que lhe irá prestar cuidados continuados de que necessita antes de regressar ao domicílio, tem certamente causas subjacentes que desconhecemos e terá certamente consequências para o doente ou para o CHUC, ou até para outros e que importa igualmente identificar.

3. Definição dos objetivos da investigação

No que concerne aos objetivos da presente investigação, eles coadunam-se e vão ao encontro do problema de pesquisa levantado.

3.1 Objetivo geral

De acordo com Lakatos e Marconi (1991: 156) qualquer investigação deve possuir um objetivo que permite *“saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar”*. Para além disso as autoras afirmam ainda que o objetivo permite explicitar o problema, aumentando os conhecimentos sobre um determinado assunto.

Ora, no caso da presente pesquisa o assunto diz respeito ao atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados e referenciados a partir do Pólo HUC do CHUC, o qual encerra em si mesmo um grande objetivo, que é identificar e compreender os fatores intervenientes e o impacto dessa demora.

O estabelecimento deste objetivo prende-se com o facto de os profissionais de saúde verificarem que existe um período de tempo de espera entre a finalização do processo pelos profissionais e respetiva entrega na EGA do hospital e a admissão do doente na RNCCI, que na maior parte das situações não ocorre de forma imediata.

Na sequência do objetivo geral, identificam-se alguns objetivos específicos.

3.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral é possível estabelecer objetivos específicos relacionados com as várias dimensões inerentes a ambos os eixos. De entre vários, salientamos os seguintes:

1º Eixo: Perfil sociográfico dos doentes

- Identificar o perfil pessoal dos doentes;
- Identificar o perfil clínico dos doentes;
- Identificar o perfil social dos doentes;
- Traçar o perfil social dos elementos da família dos doentes e/ou cuidadores;
- Identificar o diagnóstico social e a intervenção realizada junto dos doentes e respetivas famílias aquando do processo de referenciação para a RNCCI;
- Identificar a existência de possíveis diferenças entre os doentes admitidos diretamente na RNCCI a partir dos Serviços clínicos e os doentes não admitidos e/ou admitidos na RNCCI a partir do seu domicílio.

2º Eixo: Perceções sobre fatores compreensivos da demora da admissão do doente na RNCCI, seu impacto nos serviços e soluções para a resolução do problema

- Identificar os fatores que justificam o atraso da admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dos doentes internados nos Serviços clínicos;
- Perceber se existe algum impacto nos Serviços clínicos resultante do atraso de admissão na RNCCI dos doentes;
- Identificar os factos ou consequências que advêm desse impacto;
- Avaliar os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços clínicos;
- Identificar sugestões para solucionar este problema.

4. Construção do modelo de análise

O modelo de análise constitui a “*charneira*” entre a problemática definida pelo investigador e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise restrito e preciso (Quivy, 2005: 109).

Para que se consiga alcançar os objetivos propostos, torna-se necessário construir o modelo de análise, sendo que este tem um carácter instrumental, de utilização e preparação da componente empírica da investigação. O mesmo significa dizer, que ele permite identificar as dimensões que se encontram subjacentes a esta pesquisa, bem como as variáveis e os respetivos indicadores que lhe estão inerentes.

Quando nos referimos ao conceito de “*articulação*” entre os eixos analíticos em causa, devemos ter presente a ideia de que esta implica sempre o estabelecimento de uma relação entre dois ou mais aspetos, que no caso da presente investigação se denominam de eixos. Sendo este um conceito “*chave*”, então, torna-se imprescindível partir para a sua operacionalização. Este processo implica, desde logo, uma decomposição dos conceitos de caracterização pessoal, clínica/hospitalar e social da população (1º eixo) e de causas, consequências e soluções para resolução do problema (2º eixo) e que é apresentada de seguida. A cada eixo deve corresponder uma multiplicidade de dimensões e respetivas variáveis. No caso da presente investigação, tal apenas se aplica ao 1º eixo, dado que o 2º diz respeito à investigação qualitativa.

Passemos, então, à estruturação do modelo de análise ou mapa conceptual.

4.1 Mapa conceptual

1º Eixo: Perfil sociográfico dos doentes

Através das várias dimensões deste eixo, pretende-se identificar e caracterizar o doente internado no Polo HUC do CHUC que foi referenciado para as Unidades e ou Equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2016.

Através da tabela seguinte podemos verificar que serão analisadas três dimensões, a saber: i) dimensão pessoal, ii) dimensão clínica e iii) dimensão social, incluindo diagnóstico social e intervenção efetuada para referenciação do doente na RNCCI.

A cada uma das dimensões, encontram-se associadas variáveis e respetivos indicadores, sendo que no caso do presente eixo serão utilizadas variáveis de medição do tipo qualitativo ou categórico (por se referirem a características não quantificáveis, havendo

necessidade de se estabelecerem categorias para cada modalidade da variável) e quantitativo (quando são traduzidas numericamente) (Coutinho, 2015).

De seguida são apresentadas as várias dimensões e respetivas variáveis (Tabelas 12, 13, 14 e 15), bem como o Modelo de análise (Figura 4).

Dimensão	Variável	Indicador
Pessoal	Género	Masculino
		Feminino
	Faixa Etária	0-9
		10-19
		20-29
		30-39
		40-49
		50-59
		60-69
		70-79
		80-89
		90-99
	100-109	
	Estado civil	Casado
		Divorciado
		Solteiro
		União de Facto
		Viúvo
		Não especificado
	Distrito de residência	Aveiro
		Bragança
		Castelo Branco
		Coimbra
		Faro
		Guarda
		Leiria
		Lisboa
		Portalegre
		Santarém
		Viana do Castelo
		Viseu
	Habilitações literárias	1º Ciclo
		2º Ciclo
		3º Ciclo
		Curso médio
		Curso superior
		Não sabe ler nem escrever
Só sabe escrever o nome		
Não especificado		
Situação profissional	Ativo	
	Desempregado	
	Estudante	
	Reformado	
	Estudante	

Tabela 12 – Mapa conceptual – dimensão pessoal

Dimensão	Variável	Indicador
Clínica (hospitalar)	Patologia	Acidente Vascular Cerebral
		Cirurgia não oncológica
		Doença oncológica
		Fratura óssea
		Infeção respiratória
		Insuficiência cardíaca
		Outras causas
	Outras infeções	
	Serviço de Internamento	Cardiologia
		Cirurgia A
		Cirurgia B
		Cirurgia Cardiotorácica
		Cirurgia Maxilo-Facial
		Cirurgia Plástica
		Cirurgia Vasculuar
		Dermatologia
		Endocrinologia
		Gastreenterologia
		Ginecologia
		Hematologia
		Imuno-Alergologia
		Infecciosas
		Medicina Interna A
		Nefrologia
		Neurocirurgia
		Neurologia
		Oncologia
		Ortopedia
		Otorrinolaringologia
		Pediatria Médica
		Pneumologia
		Psiquiatria
		Reumatologia
		Unidade de Patologia Dual
	Unidade de Queimados	
	Unidade de Transplantação Hepática do Adulto e da Criança	
	Urologia	
	Dias de internamento	Número de dias de Internamento
		Número de dias entre a sinalização e a alta hospitalar
		Número de dias entre a referência à EGA e a alta hospitalar
		Número de dias entre a referência à ECL e a alta hospitalar
	Destino pós-alta hospitalar	Agravamento do estado de saúde - pedido cancelado
		Alta para o domicílio - cancelamento do pedido
Alta para o domicílio - doente aguarda vaga na RNCCI		
Falecido		
Ingresso em lar - cancelamento do pedido		
RNCCI		
Sem critérios de ingresso na RNCCI		
Transferência para outro pólo do CHUC		
Transferência para outro hospital		
Motivos clínicos justificadores da sinalização/referência	Não especificado	
	Situação de fragilidade - Dependência em AVD's	
	Situação de fragilidade - Desnutrição	
	Situação de fragilidade - Deterioração cognitiva	
	Situação de fragilidade - Outros	
	Doença crónica c/ episódio de agudização - DPOC	
	Doença crónica c/ episódio de agudização - Hepatopatia	
	Doença crónica c/ episódio de agudização - Doença cardiovascular / Insuficiência cardíaca congestiva	
	Doença crónica c/ episódio de agudização - Outros	
	Necessidade de continuidade de cuidados - Reabilitação	
	Necessidade de continuidade de cuidados - Tratamento de feridas / úlceras de pressão	
	Necessidade de continuidade de cuidados - Gestão do regime terapêutico	
	Necessidade de continuidade de cuidados - Manutenção de dispositivos	
	Necessidade de vigilância e tratamentos complexos - Úlceras de pressão múltiplas	
	Necessidade de continuidade de cuidados - Outros	
	Necessidade de vigilância e tratamentos complexos - Pós-traumáticos	
	Necessidade de vigilância e tratamentos complexos - Pós-cirúrgica	
	Necessidade de vigilância e tratamentos complexos - Ventilação assistida	
	Necessidade de vigilância e tratamentos complexos - Outros	
	Necessidade de vigilância e tratamentos complexos - Portadores de SNG / PEG	
	Necessidade de ensino doente/cuidadores - Execução de técnicas	
Necessidade de ensino doente/cuidadores - Regime terapêutico		
Necessidade de ensino doente/cuidadores - Auto cuidados		
Necessidade de ensino doente/cuidadores - Outros		
Necessidade de ensino doente/cuidadores - Hábitos de risco		
Necessidade de Cuidados Paliativos		
Sinalização	Sim	
	Não	
Tipologia da RNCCI proposta	ECCI	
	UC	
	UCP	
	ULDM	
	UMDR	
	Não se aplica	
Alteração da Tipologia	Sim	
	Não	
Tipologia da RNCCI de saída	ECCI	
	UC	
	UCP	
	ULDM	
	UMDR	
	Não se aplica	

Tabela 13 – Mapa conceptual – dimensão clínica

Dimensão	Variável	Indicador
Social	Coabitação	Com família natural
		Sozinho
		Com família de acolhimento
		Em instituição
		Não especificado
	Nº de elementos da família	Em rotatividade pelos filhos
		2
		3
		4
		5
		6
	Apoio recebido	Sim
		Não
	Prestador do apoio	Ajuda domiciliária
		Centro de dia
		Empregada doméstica
Familiares		
Outros		
Técnico de Saúde		
Técnico de Serviço Social		
Vizinhos		
Tipo de apoio recebido	Ajudas técnicas	
	Alimentação	
	Higiene da casa	
	Higiene da roupa	
	Higiene pessoal	
	Medicamentos	
	Outros apoios	
	Pecuniário	
	Sem apoio	
Caracterização do apoio familiar	Apoio insuficiente	
	Apoio suficiente	
	Bom apoio	
	Não especificado	
Doentes sem apoio	Doente era independente/autónomo nas AVD	
	Doente necessitava mas não tinha apoio	
Diagnóstico social	Doente	
	Cuidador	
	Progenitor	
	Conjuge/Companheiro	
	Filho	
Avaliação social	Outros familiares/não familiares	
	Familiar	
	Social	
	Económica	
Intervenção social	Habitacional	
	Entrevista psicossocial de avaliação	
	Informações/Orientações/Esclarecimentos/Sugestões	
	Apoio psicossocial	
	Articulação com outros (Equipa/Rede/Outro)	

Tabela 14 – Mapa conceptual – dimensão social

2º Eixo: Percepções sobre fatores compreensivos da demora da admissão do doente na RNCCI, seu impacto nos Serviços e soluções para a resolução do problema

Dimensão
Fatores causadores do atraso da admissão na RNCCI
Existência de impacto resultante do atraso
Consequências do atraso da admissão na RNCCI
Avaliação do impacto nos Serviços
Sugestões de resolução do atraso

Tabela 15 – Mapa conceptual – dimensões da entrevista

Modelo de análise

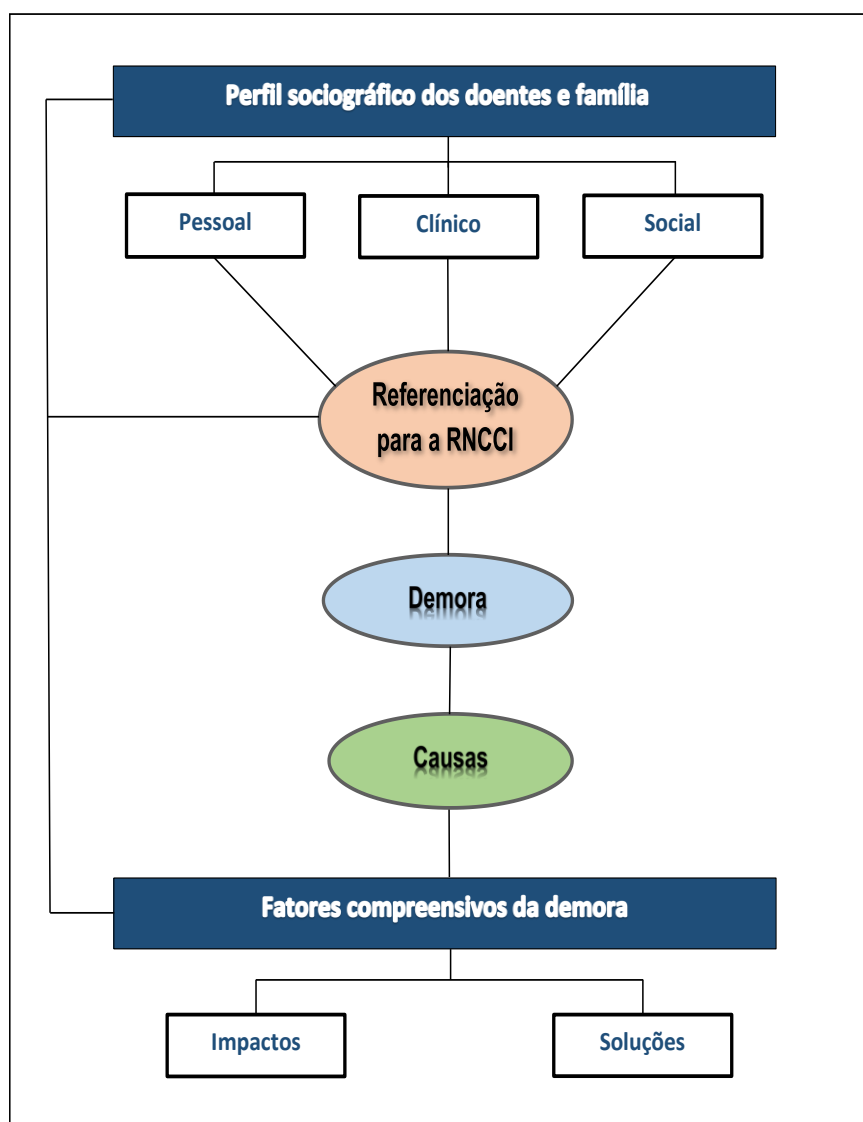


Figura 4 – Modelo de análise da investigação

4.2 Hipóteses

Após a apresentação do Mapa Conceptual, é agora tempo de nos debruçarmos sobre a construção das hipóteses.

De acordo com Coutinho (2015), citando Punch (1998), a hipótese é uma previsão de resposta para o problema da investigação. É, segundo Lakatos e Marconi (1991: 161) a *“tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema”*. Isto significa,

portanto, que ela é uma afirmação construída tendo por base os objetivos definidos bem como o mapa conceptual, que pretende dar resposta ao problema formulado, bem como às questões colocadas sobre o objeto de pesquisa, apresentando-se como uma solução provisória para o problema, a qual é passível de ser aceite ou rejeitada, facto que não diminui ou retira legitimidade à pesquisa, caso esta se venha a verificar falsa.

Assim sendo, e tendo em consideração o problema de pesquisa formulado e os objetivos definidos, podemos identificar as seguintes hipóteses:

- a. O perfil sociográfico do doente a nível pessoal e social influenciam a demora da sua admissão nas Unidades e/ou Equipas da RNCCI;
- b. As características clínicas do doente facilitam a sua admissão nas Unidades e/ou Equipas da RNCCI, na medida em que se trata de uma condição fundamental para a continuidade de cuidados;
- c. A inexistência de cuidador impede o doente dependente de ter alta para o seu domicílio, para aguardar vaga na RNCCI;
- d. A existência de cuidadores/familiares sem disponibilidade para cuidar do doente promove o atraso de admissão nas Unidades e/ou Equipas da RNCCI do seu doente;
- e. A idade avançada do doente, a dependência na realização das suas AVD's e a falta de apoio familiar justificam o atraso da admissão do doente na RNCCI;
- f. A falta de capacidade da RNCCI obriga ao internamento prolongado dos doentes que aguardam vaga;
- g. A demora da admissão dos doentes na RNCCI tem impacto na demora média dos Serviços;
- h. Os doentes que se encontram internados a aguardar vaga na RNCCI, estão sujeitos a maiores riscos infecciosos;
- i. A avaliação do impacto da demora da admissão dos doentes na RNCCI nos Serviços, é sempre negativa;
- j. O alargamento da RNCCI é uma medida que permite resolver o problema da demora da admissão nas Unidades e Equipas da RNCCI, dos doentes hospitalizados.

5. Procedimentos metodológicos

5.1 Caracterização empírica da investigação

Esta investigação inscreve-se num plano misto de pesquisa (quantitativo-qualitativo), aliando dois objetivos distintos: por um lado proceder à identificação do perfil sociográfico a nível pessoal, clínico e social dos doentes internados no Pólo HUC do CHUC, referenciados para a RNCCI em 2016, e por outro lado identificar e conhecer as perceções dos profissionais diretamente envolvidos neste tipo de processos, relativamente aos fatores que originam este atraso, às consequências que tal atraso acarreta para os Serviços clínicos e às propostas e/ou sugestões capazes de minimizar ou resolver este problema.

Este estudo insere-se, portanto, no paradigma socio-crítico defendido por Coutinho (2011). O paradigma de investigação pode ser definido como *“um conjunto articulado de postulados, de valores conhecidos, de teorias comuns e de regras que são aceites por todos os elementos de uma comunidade científica num dado momento”* (Coutinho, 2015: 9). No caso específico do paradigma sócio-crítico, este pode ser entendido como um terceiro referencial teórico, que introduz uma nova ideologia no processo de produção do conhecimento científico. De acordo com Coutinho (2011), trata-se de um tipo de investigação orientado para a mudança, que primazia a investigação-ação. O conhecimento produzido permite explicar a realidade, a mudança, permite transformar, melhorar, criticar a realidade. Este paradigma, assenta no pressuposto de que a prática é a teoria em ação e faz do investigador um elemento altamente participativo.

A autora salienta que o paradigma quantitativo implica uma metodologia quantitativa, que permite descrever uma realidade como única, objetiva, estática, externa e fragmentável. Ora esta pesquisa tem por finalidade descrever de forma objetiva (perfil sociográfico dos doentes), mas também analisar e identificar fatores compreensivos explicativos da realidade (dimensão subjetiva), entendendo aqui que ela é múltipla, dinâmica, construída, divergente e subjetiva. Neste domínio, a finalidade da pesquisa consiste em compreender, interpretar e descobrir significados.

A caracterização dos doentes foi efetuada tendo por base os formulários de ingresso para a RNCCI, onde consta uma multiplicidade de informações, nomeadamente as do domínio pessoal, clínico e social.

De acordo com Bogdan e Biklen (1992, citados por Tuckman, s.d.) qualquer investigação qualitativa assenta em características específicas, como por exemplo: os dados

serem recolhidos pelo investigador (considerado como um instrumento-chave nesta coleta), na situação natural. A este respeito, Bogdan e Biklen (1994) defendem que no âmbito de qualquer investigação qualitativa, o investigador preocupa-se com o rigor e abrangência dos seus dados, e tem como propósito recolher informação sob a forma de “*dados descritivos, documentos pessoais, notas de campo, fotografias, o discurso dos sujeitos, documentos oficiais e outros*” (Bogdan e Biklen, 1994: 73). Ora, este é um facto que se encontra bem patente na presente pesquisa, dado que para que possamos atingir os objetivos a que nos propusemos, necessitámos de, *in loco*, recolher informação através da realização de entrevistas com os profissionais.

Por tudo o que acabámos de referir, podemos dizer que a prossecução da presente pesquisa teve por base a utilização das seguintes técnicas de recolha de dados: a análise documental, a entrevista semi-estruturada e o inquérito Delphi.

5.2 Delimitação do campo de pesquisa

Segundo Lakatos e Marconi (1991) a delimitação da pesquisa implica estabelecer limites, existindo diversos níveis de limites que podem circunscrever a pesquisa: ao nível do objeto, ao nível do campo de investigação ou ao nível da investigação.

Relativamente à presente investigação, procedemos à sua delimitação ao nível do campo da pesquisa, que na opinião dos autores abrange o limite temporal (que diz respeito ao momento ou período de tempo durante o qual vai ser estudado o facto) e o limite espacial (relativo ao espaço onde esse facto vai ser estudado). Deste modo, este nível de limitação da pesquisa fornece indicações claras “*do quadro histórico e geográfico em cujo âmbito se localiza o assunto*” (1991: 162). Ao especificar os limites geográficos e temporais da pesquisa, em conjugação com as restrições de ordem demográfica, estes permitem, segundo Vicente (1996: 37) “*identificar quem é incluído no estudo e quem é excluído*”.

Deste modo, e para que a investigação assuma um carácter de exequibilidade, torna-se, pois, necessário, delimitar geograficamente e temporalmente o grupo de doentes a analisar e os profissionais de saúde a inquirir.

a. Delimitação geográfica

Relativamente aos doentes, esta investigação diz respeito aos indivíduos internados em hospital de agudos que foram referenciados para as Unidades e ou Equipas da RNCCI, dado que este é um tipo de população que se dispersa um pouco por todo o país, tal como pudemos

constatar nos dados estatísticos apresentados pela ACSS (Gráfico 1). Ora, como é uma população muito numerosa, torna-se necessário limitá-la, neste caso, à cidade de Coimbra, nomeadamente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. Como esta Unidade hospitalar se caracteriza pela sua grande dimensão em termos de assistência, optámos por circunscrever a investigação aos doentes internados no Pólo de maiores dimensões e onde está praticamente concentrada toda a atividade assistencial – o Pólo HUC.

No que concerne aos profissionais de saúde envolvidos no processo de referenciação de doentes para a RNCCI, há que referir que eles se encontram espalhados por todo o país, nos cuidados de saúde primários e nos hospitais. Tendo em conta a sua volumosa dimensão, optámos por circunscrever a investigação aos profissionais de saúde que trabalham no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, nomeadamente no Pólo HUC, de modo a haver um denominador comum aos doentes: o Pólo da Unidade hospitalar.

A presente investigação incidirá sobre os doentes internados no Pólo HUC do CHUC, que foram referenciados em 2016 para a RNCCI e sobre os profissionais que os referenciam.

Esta delimitação prende-se com o facto de o universo de doentes ser de grandes dimensões – 1.772 doentes e do número e diversidade de profissionais a entrevistar ser muito significativo para a recolha de informações.

b. Delimitação temporal

Apesar de desde 2006 existirem registos de doentes que durante o episódio de internamento foram referenciados para a RNCCI, através do preenchimento do formulário especialmente utilizado para esse efeito, optámos por limitar a análise desta investigação ao ano transato – 2016, tendo em conta que este período se refere a um passado recente, que está ainda atual. Neste sentido, esta investigação assume um carácter retrospectivo, dado que os dados do objeto em análise, se reportam ao passado, nomeadamente ao período de tempo compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2016 (Lakatos e Marconi, 1991).

Quanto aos profissionais, há que referir que a sua auscultação foi efetuada já no presente ano – 2017, dado que a investigação foi autorizada pelo Conselho de Administração no final de 2016 e, portanto, desenvolvida no presente ano.

5.2.1 Universo da pesquisa

Segundo Réjean Huot (2002), o universo ou população-alvo, diz respeito à totalidade das unidades sobre as quais visa incidir a investigação. É, de acordo com Coutinho (2015) o

conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica.

Tendo em conta que a presente investigação inclui dois universos de indivíduos distintos, que se constituem como objeto de estudo da presente pesquisa, podemos dizer que os mesmos são compostos por:

- a. Doentes internados no Pólo HUC do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, que foram referenciados para as Unidades e ou Equipas da RNCCI (investigação quantitativa);
- b. Profissionais de saúde envolvidos no processo de referenciação (investigação qualitativa).

De referir que na delimitação dos universos não entraram fatores como a idade ou o género, o Serviço de internamento ou outro, daí que a pesquisa abranja todos os doentes referenciados e todos os profissionais que referenciam doentes.

Cada um destes universos permitiu recolher uma significativa quantidade de informação relativamente ao seu perfil sociográfico (no caso dos doentes) e às suas perceções relativamente à situação-problema em causa (no caso dos profissionais de saúde).

5.2.2 Amostra

Tendo em conta a dificuldade de analisar ambos os universos de doentes e profissionais, torna-se necessário proceder à amostragem, que é entendida como o processo de seleção dos indivíduos que participam num estudo (Coutinho, 2015). A amostra é, segundo Lakatos e Marconi (1991: 163) *“uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”*. Para Coutinho (2015), é entendida como o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos ou outros) de quem se recolherá os dados ou informações, devendo ter as mesmas características da população ou universo de onde foi retirada.

Deste modo, dada a extensão do número de doentes referenciados para a RNCCI nos hospitais portugueses e inclusivamente no CHUC e dado o vasto número de profissionais que diariamente estão envolvidos no processo de referenciação, torna-se necessário delimitar cada um dos universos da pesquisa, atribuindo-lhes dimensões mais reduzidas, pois só deste modo a investigação se torna exequível.

No caso da investigação quantitativa, propusemo-nos analisar mais de 1.000 doentes, dado que é um número muito significativo, não nos limitando apenas a metade do universo,

que seria de 886 doentes. Neste sentido, propõe-se a construção de uma amostra que inclui no mínimo 1.000 doentes e no máximo 1.100. Em nosso entender, este número garante a exequibilidade e a qualidade da pesquisa aproximando-se do respetivo universo. Trata-se, portanto, de uma amostra probabilística aleatória que, tal como refere Coutinho (2015), é aplicada a um grupo aleatório da população, em que todos os sujeitos têm igual grau de probabilidade de pertencer à amostra e o método de seleção dos sujeitos é aleatória, fruto do acaso, sendo altamente representativa do universo.

Tendo em conta que os formulários de ingresso dos doentes (de 2016) se encontram já arquivados por ordem alfabética (no gabinete da EGA do Polo HUC), optámos por numerar as caixas de arquivo da letra A a N e analisar os processos intercaladamente, isto é, um sim, um não. Contudo, como este método não nos permitia uma amostragem superior a 1.000 doentes, decidimos analisar mais 13 formulários em cada uma das caixas de arquivo. Estes formulários foram escolhidos ao acaso de forma intercalada com os que tinham sido excluídos, o que nos permitiu obter uma amostra de mais de 1.060 doentes, atingindo o nosso objetivo.

Em termos da investigação qualitativa, há que referir que o seu universo é de grandes dimensões, porque abrange todos os profissionais médicos (incluindo internos da especialidade), enfermeiros e assistentes sociais que participam no processo de referenciação do doente para a RNCCI. De facto, são muitos os Serviços clínicos que compõem o Pólo HUC do CHUC, e é ainda maior o número de médicos e enfermeiros que trabalham em cada enfermaria. Os assistentes sociais são o grupo mais reduzido, encontrando-se em um AS a tempo inteiro ou a tempo parcial, por enfermaria.

Tendo em conta a dificuldade de o fazer, nomeadamente no que diz respeito ao pessoal médico e de enfermagem, optámos por definir os seguintes critérios para a escolha da amostra:

- a. Enfermarias dos dois Serviços clínicos, de especialidade médica (e não cirúrgica) que mais doentes referenciaram em 2016 porque, do Top+3 dos Serviços que mais doentes referenciaram entre 2014 e 2016, analisado na Gráfico 10, dois enquadram-se em Serviços de especialidade médica e um em especialidade cirúrgica. Sendo que a maioria (dois) é de especialidade médica, optou-se por circunscrever a entrevista aos Serviços de Medicina Interna A e Neurologia;
- b. Responsáveis médicos e de enfermagem das referidas enfermarias/Serviços: apesar de não participarem diretamente no preenchimento do formulário de ingresso do doente na RNCCI, que compete ao médico especialista ou seu

interno e ao enfermeiro responsável pelo sector onde o doente está internado, conhecem em detalhe todos os doentes (patologia, aspetos positivos e negativos) e têm conhecimento das vantagens, desvantagens e problemas resultantes do processo de referenciação, que lhe são transmitidos pelos profissionais que têm a cargo.

Dado o reduzido número de assistentes sociais afetos aos Serviços, optámos por incluir todos os profissionais que realizam a sua atividade nas enfermarias de Medicina Interna A e Neurologia, para que a informação a recolher fosse transversal a todos os assistentes sociais.

Deste modo, a amostra de profissionais é composta pelo seguinte número de elementos:

- a. 9 (nove) Chefes da equipa médica: 5 pertencentes ao Serviço de Medicina Interna A e 4 ao Serviço de Neurologia⁸;
- b. 8 (oito) Enfermeiros Chefes: 5 afetos ao Serviço de Medicina Interna A e 3 ao Serviço de Neurologia;
- c. 5 (cinco) Assistentes Sociais: 3 a desempenhar funções no Serviço de Medicina Interna A e 2 no Serviço de Neurologia.

Segundo Vicente (1996), este é um tipo de amostra que é composta por elementos selecionados deliberadamente ou intencionalmente pelo investigador porque este considera que *“possuem características que são típicas ou representativas da população”* (Vogt, 1993, citado por Vicente, 1996: 61). Na opinião de Coutinho (2015) este tipo de amostra enquadra-se na amostragem não probabilística, dado que não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma determinada população, e é criterial, porque o investigador seleciona segmentos da população para o estudo, de acordo com um critério pré-definido, que no caso da presente investigação se traduz nos profissionais pertencerem a Serviços clínicos de especialidade médica e de desempenharem funções de chefia (médico e enfermeiros).

Porém, Vicente (1996) chama a atenção para o facto de o tipo de amostra obtida poder não ser necessariamente típica da população, mas sê-lo na opinião do investigador. Por outro lado, a amostra intencional é constituída tendo por base a escolha do investigador relativamente aos indivíduos que farão parte da mesma. Todavia esta escolha não assenta

⁸ O Serviço de Neurologia possui três enfermarias, a que correspondem três Chefes de equipa médica. No entanto, numa das enfermarias encontra-se sedeada a Unidade de AVC (UAVC), que tem um médico com funções de chefia. Tendo em conta que os doentes que são internados na UAVC (que provêm da Urgência) são posteriormente internados na enfermaria que lhe é contígua e são, num grande número de situações, referenciados para a RNCCI, pensámos ser de todo o interesse incluir esta Unidade e este profissional nos setores a analisar, passando de três para quatro Chefes de equipas médicas a entrevistar.

tanto na representatividade da amostra face ao universo do estudo, mas antes no facto de os indivíduos se disponibilizarem para prestar ao investigador a colaboração que ele necessita.

Deste modo Vicente refere que a amostra intencional é um tipo de amostragem muito utilizada em *“estudos exploratórios onde o que importa é recolher ideias e opiniões de fundo que contribuam para uma perspetiva melhorada da questão em estudo”* (1996: 61). Ora, este é um dos objetivos da presente investigação: recolher dados e informações sobre a questão do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados e referenciados, decorrentes das opiniões dos profissionais que com elas trabalham, de modo a perceber a articulação entre a procura e a intervenção social.

6. Métodos e técnicas de recolha de dados

Estando concluídos o processo de amostragem dos doentes e dos profissionais, é chegado o momento de definir os métodos e as técnicas que nos permitirão recolher as informações necessárias à prossecução da investigação.

A coleta de dados, é defendida segundo Quivy e Campenhoudt (1992), como sendo uma operação que permite recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra.

Segundo Lakatos e Marconi (1991), a escolha dos instrumentos metodológicos encontra-se diretamente relacionada com o problema da investigação, com a natureza do fenómeno que se pretende estudar, com o objeto da pesquisa e com outro tipo de fatores relacionados com a mesma (económicos, humanos, etc.). Portanto, na opinião das autoras, todo este instrumental deve estar perfeitamente adequado quer seja ao problema estudado, quer seja às hipóteses levantadas e quer seja ao tipo de indivíduos com quem se vai entrar em contacto e que irão fornecer as informações.

No caso da presente investigação, procedemos à utilização de duas técnicas de recolha de dados bem diferenciadas, mas ao mesmo tempo complementares. Ora, este facto vai ao encontro da opinião de Lakatos e Marconi quando defendem que nas investigações deve haver, em termos de métodos e técnicas *“uma combinação de dois ou mais deles, usados concomitantemente”* (1991: 164), que se revelem necessários ou apropriados para determinado caso, nunca devendo ser utilizada apenas uma técnica ou a que se melhor conhece. Trata-se, no fundo, de recorrer à triangulação, que é uma estratégia que permite ao investigador identificar, explorar e compreender as diferentes dimensões do estudo, reforçando as suas descobertas e enriquecendo as suas interpretações. Traduz-se, portanto,

em combinar métodos utilizados para estudar os fenómenos interligados e de vários ângulos ou perspetivas diferentes⁹.

As técnicas a utilizar serão: a pesquisa documental e a entrevista semi-estruturada.

6.1 Pesquisa documental

De acordo com Quivy (2005: 164), este tipo de recolha de dados insere-se naquilo que designa de “*observação direta*” e que consiste no investigador proceder à recolha dos dados de forma direta, sem se dirigir aos sujeitos, neste caso, os doentes.

No caso da pesquisa documental, esta traduz-se numa técnica de recolha de informação, em que os dados “*não receberam ainda um tratamento analítico, ou (...) ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa*” (Gil, 1989). Segundo este autor, existem dois tipos de documentos que podem ser pesquisados: os documentos de primeira-mão, que são documentos que nunca receberam qualquer tipo de tratamento analítico, como por exemplo documentos oficiais, cartas, diários, filmes, etc., e os documentos de segunda mão que são documentos que já foram sujeitos a análise, sendo por exemplo relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, entre outros.

De acordo com Coutinho (2015: 136), esta é uma “*técnica de observação estruturada*”, que consiste no registo de unidades de interação numa situação social bem definida, baseada naquilo que o observador vê e ouve. Neste caso, o investigador parte para o terreno com um protocolo de observação pré-definida e estruturado em função das dimensões e variáveis que pretende observar, como é o caso das grelhas de observação, em que o investigador se limita a selecionar e registar na grelha a informação pretendida. Segundo Coutinho (2015), esta técnica permite recolher dados do tipo quantitativo (numérico) e a sua análise processa-se através de técnicas de análise estatística descritiva, fazendo desta pesquisa uma investigação de nível descritivo (Tripodi, s.d.).

No caso específico da presente investigação, esta técnica assumiu a forma de consulta e leitura dos formulários de ingresso dos doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que se encontram na posse da Equipa de Gestão de Altas do Pólo HUC, responsável pelos mesmos. A sua consulta foi efetuada na Biblioteca da Unidade de Gestão Intermédia Médica 1 (Piso +6), onde a investigadora trabalha.

Este é um documento de primeira-mão, dado que de acordo com aquele gabinete não foi alvo de qualquer investigação até ao momento. Trata-se de uma tipologia de documentos

⁹ <http://wiki.ua.sapo.pt> (consultado em 17/06/2016).

que contém uma multiplicidade de informação relativa aos vários grupos profissionais, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, como é por exemplo o caso do estado civil, das habilitações literárias, da patologia, das datas de internamento, sinalização, referenciação e alta, identificação do cuidador, tipo de apoios recebidos, entre muitos outros.

Cada formulário, rico em informação, é uma história de vida de um doente, de uma família, que nem sempre tem um final feliz e que nos faz refletir sobre as condições em que vivem alguns doentes e idosos, nomeadamente aqueles que não têm apoio, que não têm família, ou muitas vezes tendo, não cobrem as suas necessidades, sendo inevitável o seu sofrimento.

Portanto, a escolha da referida técnica justifica-se pelo facto de as informações relativas às dimensões, variáveis e indicadores contemplados na presente pesquisa, se encontrarem explícitas no formulário de ingresso do doente.

Contudo, no final da investigação fomos confrontados com a existência de indicadores sociais, que não obtiveram registo para o total de doentes analisados, devido a ausência de informação, sendo esta maior nuns casos do que noutros. A fim de obtermos uma justificação para este facto foi solicitada e realizada reunião com a direção do Serviço Social, que defendeu que existe informação que não é de grande relevância e é desvalorizada no diagnóstico social, por se tratar de informação retrospectiva, sendo a mais relevante a informação social presente e futura. Falamos por exemplo das habilitações literárias, da habitação pertencer ao doente ou não, entre outras. Por outro lado, existe informação social que só é assinalada pelos Técnicos quando se verifica na prática e é relatada pelo doente/família, sendo que a ausência da referida informação se traduz na inexistência do problema ou situação em causa. Neste caso, referimo-nos por exemplo à existência de barreiras arquitetónicas na habitação do doente. Contudo, existe outra que é fundamental na realização do diagnóstico e avaliação social do doente e que não consta no formulário devido à omissão por parte dos assistentes sociais. É o caso do tipo de apoio recebido pelo doente, do prestador de apoio, da caracterização do apoio familiar, da identificação do cuidador (no caso de existir), do tipo de intervenção efetuada, entre outros. De acordo com a direção daquele Serviço, este trabalho de investigação revelou-se como oportuno e pertinente, permitindo perceber o tipo de informações que os assistentes sociais registam e como registam. Isto possibilita uma maior sensibilização destes profissionais para a necessidade de o fazerem detalhadamente.

6.2 Entrevista semi-estruturada

A realização de entrevista insere-se na técnica da “*observação indireta*”, que segundo Quivy (2005: 164) implica que o investigador se dirija ao sujeito para obter a informação desejada e ao responder às perguntas, o sujeito intervém na produção da informação. Lakatos e Marconi (1991) partilham desta ideia e defendem que a entrevista pode ser entendida como “*um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional*” (1991: 195). Neste sentido, ela assume de entre várias funções, o de procedimento de “*coleta de dados em investigação social*” (1991: 195). Os autores referem também que esta técnica deve ser utilizada entre duas ou mais pessoas, numa situação de face a face, permitindo que o entrevistador aceda a informação relativa a um determinado assunto ou problema, divulgada pelo entrevistado.

Esta técnica de coleta de dados, é assumida por muitos autores como a técnica primordial em investigação social.

A entrevista é entendida por Coutinho (2015: 141) como “*uma poderosa técnica e recolha de dados*” porque implica interação entre o investigador e o entrevistado, permitindo que o primeiro obtenha informação que nunca seria conseguida através de um questionário, dado que o investigador pode sempre pedir esclarecimentos adicionais ao inquirido no caso da resposta obtida não ser suficientemente esclarecedora.

Tendo em consideração que o método de recolha de dados deve ser adaptado ao tipo de dados a investigar, optámos na presente investigação pela utilização da entrevista semidiretiva ou semi-estruturada defendida por Bardin (2008). De acordo com este autor esta técnica é mais curta e mais fácil, que a entrevista diretiva, devendo ser sempre registadas e integralmente transcritas. Na verdade, o investigador é confrontado com uma fala relativamente espontânea, com discurso falado, em que a pessoa fala daquilo que viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa. O objetivo final do investigador é poder inferir algo, através das palavras de uma população de indivíduos ou de um grupo social, a propósito de uma realidade, representativa da população. Contudo o autor chama a atenção para o facto de as entrevistas revelarem, não apenas conhecimentos, mas também pessoas na sua unicidade.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), este tipo de entrevista coloca à disposição do investigador um conjunto de perguntas abertas, através das quais o entrevistado, num contacto de “*face a face*” (Coutinho, 2015: 141), é encorajado a falar, permitindo obter a informação relacionada com o problema de pesquisa. Como tal, as questões colocadas durante

a entrevista derivam de tópicos emergentes das questões associadas, tópicos esses que são abordados de acordo com os critérios do entrevistador e que no caso desta investigação se prende com as causas e consequências do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados e identificação de sugestões para a sua resolução.

Contudo, enquanto técnica de recolha de informação, ela exige que o investigador realize alguns procedimentos, que segundo Lakatos e Marconi (1991) se prendem com o seu planeamento, o qual deve ter em consideração o objetivo da investigação e que neste caso em concreto é identificar os fatores e as consequências resultantes do atraso da admissão dos doentes na RNCCI, bem como possíveis sugestões para a resolução do problema. O investigador deve possuir um conhecimento prévio do entrevistado, que neste caso são os profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais, devendo saber quem são, onde trabalham e definir os mesmos e com a devida antecedência, a hora e o local onde as entrevistas serão realizadas, de modo a garantir que será recebido. Um outro procedimento a utilizar prende-se com a criação de condições favoráveis à realização da entrevista, ou seja, deve garantir aos entrevistados o sigilo e a confidencialidade dos dados pessoais. Para além destes existem outros procedimentos como a preparação específica da entrevista, nomeadamente criando um formulário com as questões importantes e pertinentes para a investigação.

Coutinho (2015) recomenda ainda a gravação das entrevistas e a sua transcrição (incluindo as anotações) para posterior análise e interpretação por parte do investigador. Refere ainda que as entrevistas devem posteriormente ser devolvidas aos entrevistados para confirmação da informação recolhida, que no caso desta investigação incidiu sobre o uso do dictafone do telemóvel (iPhone) para gravar as entrevistas e de uma coluna de Bluetooth portátil (UBL), para onde foi transmitido o som da linguagem dos entrevistados, que foi depois redigido no computador.

6.3 Inquérito Delphi

Depois de analisadas as respostas dos entrevistados, procedemos à aplicação do *Inquérito Delphi* ou Técnica Delphi, que consiste numa técnica que pode ser usada para obter qualquer tipo de consenso entre várias pessoas. De acordo com Ferreira e Almeida (2016), esta técnica permite atingir um consenso de opiniões sobre um problema complexo, relativamente ao qual não existe uma informação. Os questionários de Delphi são criados para “*obter e desenvolver respostas individuais, sobre o tema em estudo*” (ibidem: 55) e são aplicados a um

painel de especialistas, de modo a obter conhecimento, de forma anónima sem que haja influência de pares. Segundo as autoras, este é um método que valoriza as opiniões por igual, independentemente da pessoa que responde. Uma das grandes vantagens desta técnica é permitir que as pessoas desenvolvam e expressem as suas opiniões individuais, sem terem de se conhecer ou se revelar umas às outras. Este tipo de inquérito foi concebido para “*fazer estimativas, nomeadamente, dos impactos*” (ibidem: 55).

Neste sentido, após se proceder à análise das respostas obtidas para cada questão, os especialistas/peritos (neste caso os profissionais), foi-lhes solicitada a ordenação por ordem de importância de cada um dos itens respondidos pelos profissionais do seu grupo, do mais importante (número 1) para o menos importante. No final pretende-se apresentar conclusões com base no consenso obtido entre os participantes do painel de especialistas.

7. Elaboração dos instrumentos de pesquisa

Escolhidas que estão as técnicas de recolha de dados, é altura de nos debruçarmos sobre “*o quê*” e “*como*” vão ser recolhidos os dados empíricos, sobre os instrumentos que vão ser utilizados, dos quais depende a qualidade científica dos resultados e das conclusões do estudo.

No caso do instrumento a utilizar para a coleta dos dados que derivam da análise documental, propomos a construção de uma grelha de análise¹⁰, onde se encontram incluídas as dimensões, variáveis e indicadores relativos ao 1º eixo da investigação – identificação do perfil dos doentes e elementos familiares/não familiares.

Relativamente à entrevista semidiretiva, esta exige a elaboração de um guião, a que Selltiz, Wrightsman e Cook (1987) denominam de lista. De acordo com os autores, esta lista “*constitui-se de uma estrutura de tópicos a serem abordados*” (1987: 41). Todavia, a forma como a abordagem é feita e a duração das questões derivam do critério do investigador.

Para Albarello et al (s.d.) o guia da entrevista enuncia os temas a abordar, de modo a que o investigador intervenha de maneira pertinente, levando o entrevistado a aprofundar o seu pensamento ou a explorar uma questão nova de que não fala com espontaneidade. Segundo o autor, o guia da entrevista não deve ser utilizado como um questionário. Ele é antes de mais um “*sumário*” (Albarello et al, s.d.: 110), a que se recorre, respeitando o mais possível a ordem de exposição do pensamento do entrevistado. Com a sua utilização pretende-se

¹⁰ Anexo 1.

“explorar livremente o pensamento do outro, permanecendo ao mesmo tempo no quadro do objeto de estudo” (Albarelo et al, s.d.: 111).

Assim, foi construído o guião da entrevista dirigido aos profissionais de saúde, cujas questões são iguais, exceto a forma como o entrevistador se dirige ao entrevistado. No caso dos Chefes das equipas médicas e dos Enfermeiros-Chefes a perguntas referiam-se ao Serviço *“que dirige”* e no caso dos assistentes sociais referiam-se ao Serviço *“onde desenvolve a atividade de Assistente social”*¹¹.

8. Procedimentos de tratamento e análise de dados

Depois de serem aplicados os instrumentos de trabalho criados para o efeito *in loco* tendo por base a análise dos formulários de ingresso dos doentes e as entrevistas dos profissionais, que decorreu entre o dia 1 de fevereiro e o dia 5 de maio, na Biblioteca da UGI Médica 1 do CHUC, é chegado o momento de se proceder à organização e análise da informação recolhida, de modo a que se consigam tirar conclusões.

De acordo com Coutinho (2015) sempre que os dados obtidos assumem uma forma numérica, procede-se à sua análise estatística que permite transformar os dados em informação.

No caso da presente investigação, depois de recolhidos os dados para a grelha de análise, elaborada no programa Excel, estes foram transcritos para uma folha de trabalho do Programa SPSS *Statistics* 23, que havia já sido devidamente parametrizada com todas as variáveis e indicadores a analisar. Posteriormente foram geradas as tabelas e gráficos partir da análise de estatísticas de frequências e de estatísticas descritivas.

Relativamente ao tratamento da informação recolhida nas entrevistas, o investigador deve proceder à sua análise de conteúdo utilizando uma *“grelha de análise categorial, privilegiando a repetição de frequência dos temas, com todas as entrevistas juntas”* (Bardin, 2008: 73), técnica esta que permite recolher a informação de todas as entrevistas. Todavia, apesar do objetivo de o investigador ser identificar ideias que se repitam entre os entrevistados e registar as novas ideias que foram transmitidas apenas por um elemento, o investigador não deve deixar de lado a informação específica deste tipo de investigação, nomeadamente as significações produzidas pelas pessoas que se revelam de grande valor em qualquer investigação. Ainda de acordo com Bardin (2008: 71) é indispensável o recurso à

¹¹ Anexo 2.

análise de conteúdo, para tirar partido de um material de tipo qualitativo, considerando a entrevista como o método que fornece *“um material mais rico e complexo”*.

Depois de cuidadosamente analisadas as entrevistas, procedemos à construção de tabelas para cada uma das questões, onde foram sendo registadas e acrescentadas as respostas¹². Após a identificação das respostas foi aplicado o Método de Delphi, do qual resultou um consenso relativamente à importância de cada uma das respostas¹³. Posteriormente esta informação foi trabalhada no Excel, obtendo a partir daí as devidas conclusões.

9. Questões epistemológicas da investigação

Em qualquer investigação, seja ela de que tipo for, o investigador deve ter em consideração que desde o início da pesquisa e à medida que esta se vai desenvolvendo, o surgimento de obstáculos e limitações é algo eminente, para o qual deve estar preparado. Isto implica que ele deve permanecer atento, pois só deste modo é capaz de identificar os factos que obstruem a prossecução da sua investigação. Identificados esses limites, o investigador deve refletir e construir estratégias capazes de superar as limitações encontradas, pois só deste modo é que ele conseguirá concluir a investigação realizada.

Tratando-se a presente investigação de um estudo em que a informação a investigar e analisar diz respeito à informação pessoal, clínica e social dos doentes, devemos ter presente o direito dos cidadãos/doentes à sua identidade pessoal e à reserva da intimidade da sua vida privada, ou seja, à reserva e ao sigilo dos seus dados de saúde. No entanto, a Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro, referente à «Propriedade da Informação de Saúde», refere que *“A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei”*.

Neste sentido, estando perante uma investigação em saúde em que se pretende analisar e investigar informação dos doentes, mas tratando-se de um estudo retrospectivo, relativo a um passado recente (doentes internados neste centro hospitalar e que simultaneamente foram referenciados para a RNCCI, em 2016), entendemos que não existem

¹² Anexo 3.

¹³ Anexo 4.

condições para proceder ao pedido de consentimento informado aos doentes. Contudo, sendo incontornável o acesso, por parte do investigador, à identificação do doente e à sua informação pessoal e clínica, de modo a ser analisada e sujeita a tratamento estatístico, a lei estabelece, no que concerne ao *“tratamento da informação de saúde”* que os responsáveis pelo tratamento deste tipo de informação, devem tomar as providências adequadas à proteção da sua confidencialidade, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais (Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro). Assim e, de modo a salvaguardar a identidade e informação pessoal dos doentes, propusemos a atribuição de um código a cada número de Processo Único (PU), com a consequente omissão do nome e PU de cada doente, norteando sempre este estudo pelo dever do sigilo, a que o investigador está eticamente obrigado. Tendo em conta que a presente investigação respondeu às exigências éticas da pesquisa, foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE em 28 de novembro de 2016, aprovação pela Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC, EPE em 21 de dezembro de 2016 e autorização pelo Conselho de Administração do CHUC, EPE em 29 de dezembro de 2016.

A identificação e informação prestada pelos profissionais de saúde que participaram no presente estudo através das entrevistas, foram igualmente preservadas, através da atribuição de um código a cada entrevista, sendo omissa a sua identificação.

Quando o investigador passa para o campo de ação, é possível o surgimento de dificuldades que se traduzem em obstáculos e que o investigador tem de contornar.

No caso da recolha de dados poderá surgir dificuldade com a análise documental: neste âmbito pode-se verificar que os dados recolhidos da ficha social da doente, não permitam o preenchimento total da grelha construída. Neste caso, há que complementar a informação que aqui fora recolhida, com a consulta das seguintes aplicações informáticas específicas do Pólo HUC do CHUC: Base de Gestão Hospitalar (no caso das datas de admissão, da alta hospitalar e do Serviço responsável pelo internamento do doente) e da Base do Serviço Social (no caso de informações sociais). O investigador pode também ter dificuldade em analisar o conteúdo da informação do formulário de ingresso do doente, redigida pelo médico e pelo assistente social, devido à caligrafia. Neste caso, o investigador dele solicitar aos profissionais em causa, um complemento de informações e o seu auxílio na compreensão do que fora registado.

Relativamente às entrevistas, são várias as dificuldades que poderão emergir.

A primeira prende-se com a realização da entrevista aos profissionais de saúde: aquando a aplicação desta técnica, poderá haver um desencontro entre as partes (ou seja,

entre entrevistador e entrevistado), quer em termos temporais, quer em termos espaciais. Ora, este facto pode ser evitado se a realização das entrevistas for previamente marcada, devendo ser devidamente definidas as datas, horas e locais para a realização das mesmas. Isto implica também, que o investigador deva deslocar-se para os locais em causa com alguma antecedência, pois permite-lhe ter algum tempo antecedente à entrevista, que pode ser utilizado por si, em caso de atraso.

Ao nível da entrevista, pode surgir uma outra dificuldade: a não autorização por parte do entrevistado, da utilização de gravador pelo entrevistador, durante a entrevista. De facto, este procedimento implica uma negociação prévia com o entrevistado, sendo que, quando este não concede autorização de gravação do seu diálogo, o entrevistador não deve insistir, nem utilizar o gravador de forma oculta, dado que tais atos podem colocar em causa a realização da entrevista. Portanto, quando não é dado consentimento ao investigador, para recorrer a este tipo de instrumento de recolha de dados, o investigador deve limitar-se a registar por escrito a informação num caderno ou bloco de notas, devendo, no entanto, salientar, que a redação não lhe permitirá registar todas as informações divulgadas pelo entrevistado.

Outra dificuldade prende-se com o facto de poderem haver ruídos e interrupções das entrevistas, tendo em conta que elas serão realizadas nos gabinetes pessoais dos entrevistados, que em muitos casos, são partilhados com os seus pares, ou são frequentemente abordados por profissionais que precisam da sua orientação.

Uma outra dificuldade que pode ser sentida pelo investigador, relaciona-se com a dificuldade de perceber e entender a linguagem do entrevistado, durante o diálogo. Neste caso, o investigador deve, sempre que tiver dúvidas quanto ao conteúdo da informação que recebeu do entrevistado, formular novamente as questões e explicitar ao entrevistado aquilo que ele depreendeu da informação que lhe fora transmitida. Só assim, é que o entrevistador consegue perceber se o que lhe fora transmitido corresponde ou não à realidade.

10. Planificação da investigação

Esta é uma atividade que enquadra várias etapas, que se foram desenrolando desde setembro de 2015, data em que teve início o II Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos e julho de 2017.

De salientar que entre setembro de 2015 e setembro de 2016, apenas foi realizado o Projeto de investigação a submeter à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,

tendo em conta problemas de índole pessoal (submissão a cirurgia e internamentos hospitalares de familiares diretos) e simultaneamente profissional (cansaço e dedicação a projetos profissionais em curso no Serviço onde trabalha).

A planificação da presente investigação pode ser consultada no Anexo 5.

Capítulo 5 – Apresentação e análise de resultados

1. Os doentes referenciados pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC

O número de doentes referenciados para a RNCCI pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC em 2016 foi de 1.772. A amostra criada envolveu mais de 1.000 doentes, num total de 1.061. A investigação realizada permitiu recolher informações sobre cada um dos doentes, de modo a podermos obter o seu perfil nas seguintes dimensões: pessoal, clínica e social.

De seguida procederemos à caracterização das variáveis e indicadores incluídos em cada uma das dimensões acima referidas.

1.1 Perfil pessoal

O perfil pessoal dos doentes inclui a análise de parâmetros relacionados com as suas características pessoais, que lhe são próprias.

Aqui serão analisadas as seguintes variáveis:

- a. Género;
- b. Idade/faixa etária;
- c. Estado civil;
- d. Habilitações literárias;
- e. Situação profissional;
- f. Distrito de residência.

a. Género

A amostra de doentes referenciados para a RNCCI é praticamente simétrica, tal como podemos observar no Gráfico 17.



Gráfico 17 – Caracterização dos doentes por género (N = 1.061)

Contudo, o número de doentes do género masculino é ligeiramente maior, com uma expressão de 50,8%, comparativamente com o género feminino que totaliza 49,2% do total de doentes analisados (Gráfico 17).

b. Idade

De acordo com a Tabela 16, podemos dizer que o valor mínimo registado foi de 9 anos, enquanto que o valor máximo foi de 102, sendo a média de idades de 76,7 anos.

Idade		
N	Válido	1061
	Omisso	0
Média		76,7
Mediana		79,0
Moda		82
Desvio Padrão		12,172
Variância		148,148
Amplitude		93
Mínimo		9
Máximo		102
Percentis	25	70,00
	50	79,00
	75	85,00

Tabela 16 – Caracterização da população por género

Regista-se igualmente uma mediana de 79 anos e a moda é de 82 anos de idade (Tabela 16).

Relativamente à distribuição das idades por faixas etárias e, tal como podemos observar no Gráfico 18, podemos referir que a maior parte da população se encontra

concentrada na faixa etária dos 80-89 anos de idade (36,8%), seguida da faixa etária dos 70-79 anos (26,9%) e da faixa etária dos 60-69 anos (14,0%). A faixa etária dos 90-99 anos tem igualmente concentrado um grande número de doentes (11,7%).

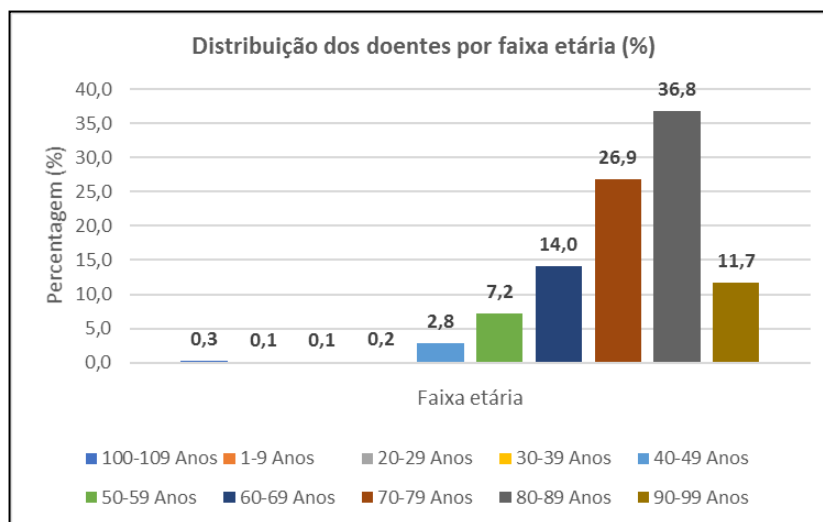


Gráfico 18 – Caracterização dos doentes por faixa etária
(N = 1.061)

Em contrapartida, as faixas etárias das crianças e dos jovens têm uma reduzida expressão (0,1%), começando a base da pirâmide a estreitar a partir da faixa etária dos 40-49 anos (2,8%) (Gráfico 18).

Isto significa que a população de doentes referenciados para a RNCCI é idosa e extremamente idosa.

c. Estado civil

Relativamente a esta variável podemos dizer que existe um misto de situações, sendo o estado civil de casado o que apresenta maior expressão (46,2%), correspondendo a quase metade da população, ou seja, 46,2% (Gráfico 19). Em segundo lugar surge o estado civil de viúvo (36,1%), pelo facto de se tratar de uma população envelhecida, cujo cônjuge ou companheiro, também idosos, já faleceram. Logo a seguir aparece o estado civil de solteiro (9,4%) e de divorciado (6,8%). Ainda de acordo com o Gráfico 19, verifica-se que a vivência em união de facto é a menos expressiva (1,3%).

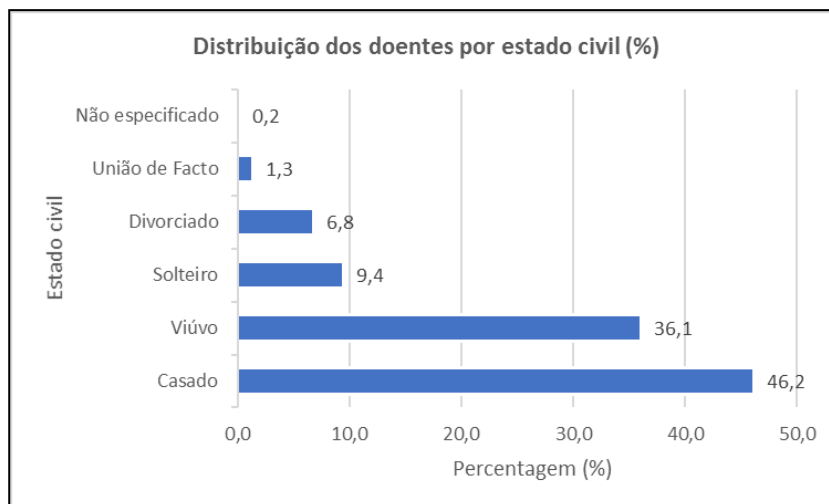


Gráfico 19 – Caracterização dos doentes por estado civil (N = 1.061)

d. Distrito de residência

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, é uma unidade hospitalar que recebe e trata doentes de todas as regiões do país, incluindo dos Arquipélagos da Madeira e dos Açores.

Esta realidade está igualmente espelhada nos doentes internados e referenciados para a RNCCI, tal como podemos observar na Tabela 17. Através da sua análise percebemos que os doentes são oriundos das regiões Norte, Centro e Sul do país, sendo a região Centro a mais representativa.

Efetivamente, 69,3% da população é proveniente do distrito de Coimbra, o que corresponde a mais de setecentos doentes. Em segundo lugar surge o distrito de Aveiro (14,7%) e na posição seguinte o distrito de Leiria (8,9%), seguido do distrito de Viseu.

Distrito		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Aveiro	156	14,7	14,7
	Bragança	1	,1	14,8
	Castelo Branco	7	,7	15,5
	Coimbra	735	69,3	84,7
	Faro	1	,1	84,8
	Guarda	11	1,0	85,9
	Leiria	94	8,9	94,7
	Lisboa	1	,1	94,8
	Portalegre	1	,1	94,9
	Santarém	1	,1	95,0
	Viana do Castelo	2	,2	95,2
	Viseu	51	4,8	100,0
	Total	1061	100,0	

Tabela 17 – Caracterização da população por distrito de residência

Como podemos verificar esquematicamente através do Gráfico 20, as percentagens mais reduzidas correspondem a 0,1% (1 doente) e são relativas a distritos pertencentes às restantes regiões do país, nomeadamente Bragança, Lisboa, Portalegre, Santarém e Faro. Trata-se de doentes que estavam de passagem pela cidade, de férias em casa dos filhos, ou outros.

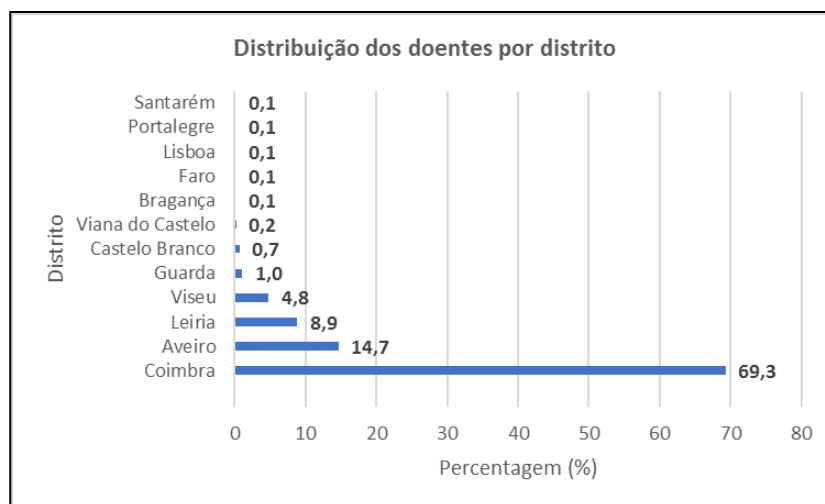


Gráfico 20 – Caracterização da população por distrito de residência

e. Habilitações literárias

De acordo com o Gráfico 21, podemos dizer que a grande maioria dos doentes possui o 1º Ciclo (44,1%), seguida dos doentes que não sabem ler e escrever (17,4%). Os doentes que possuem o 2º Ciclo representam 4,2% e os que possuem o 3º Ciclo 3,5%. A população com habilitações literárias médias e superiores é a menos significativa, representando 1,7% e 1,1%, da população, respetivamente.

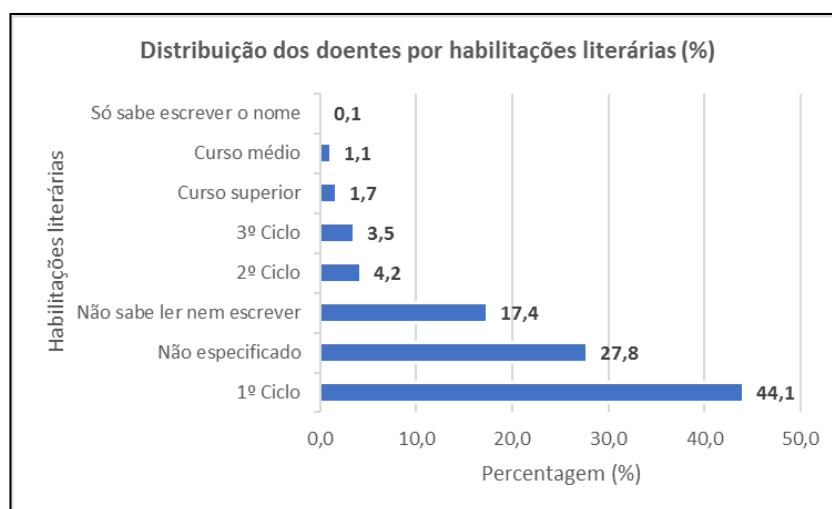


Gráfico 21 – Caracterização dos doentes por habilitações literárias (N = 1.061)

Refira-se ainda a existência de um número muito significativo de doentes sem resposta (27,8%) a este parâmetro.

Portanto, os doentes internados no CHUC e referenciados para a RNCCI, são essencialmente pessoas com baixas qualificações literárias.

f. Situação profissional

Analisando o Gráfico 22, é claramente perceptível que a esmagadora maioria dos doentes se encontram reformados, representando 87,4% da população. A seguir surgem os doentes em situação ativa de trabalho, representando 9,5% e depois os doentes em situação de desemprego que representam 2,8% da população total de doentes.

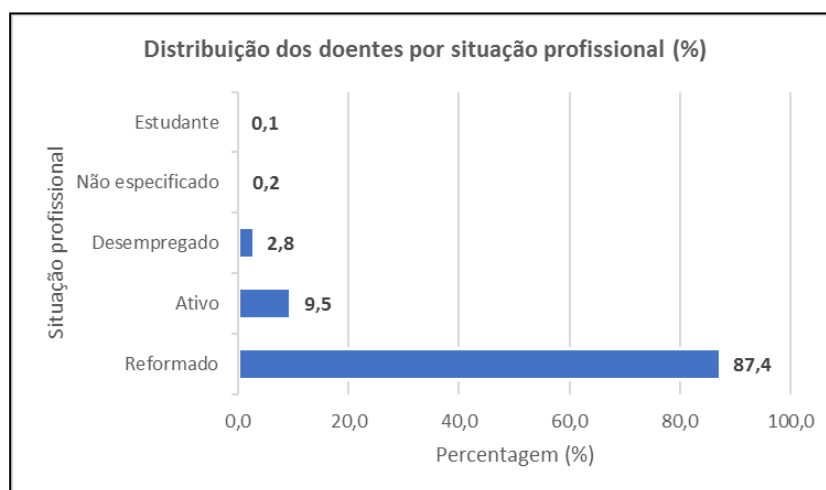


Gráfico 22 – Caracterização dos doentes por situação profissional (N = 1.061)

Trata-se, portanto, de uma população maioritariamente aposentada, ressaltando o facto de alguns desses doentes serem ainda jovens e se encontrarem em situação de reforma por invalidez.

Em suma, ao nível das características pessoais dos doentes internados no CHUC e referenciados para a RNCCI, podemos dizer que se trata de uma população simétrica em termos de género, é uma população envelhecida e muito envelhecida, porque está maioritariamente concentrada na faixa etária dos 80-89 anos de idade. É ainda uma população maioritariamente casada, que reside no distrito de Coimbra, possui baixas qualificações literárias e encontra-se em situação profissional inativa, sendo na sua grande maioria doentes reformados.

1.2. Perfil clínico

O perfil clínico dos doentes inclui a análise de parâmetros relacionados com a patologia que motivou o internamento, com o Serviço onde o doente esteve internado e ainda com o processo de referenciação do doente para a RNCCI.

Refira-se que estas variáveis, à exceção da patologia do doente, englobam um conjunto de indicadores que importa analisar e que são as seguintes:

- a. Causas de internamento do doente
- b. Serviço de Internamento
 - Identificação do Serviço;
 - Nº de dias de internamento dos doentes;

→ Destino pós-alta hospitalar.

c. Referenciação para a RNCCI

- Sinalização;
- Motivos clínicos justificadores da sinalização/referenciação;
- Tipologia da RNCCI;
- Período de tempo de espera até admissão do doente na RNCCI.

Passemos, então, à análise de cada um dos indicadores acima referidos.

a. Causas de internamento do doente

São diversas as causas que motivaram o internamento dos doentes que foram mais tarde referenciados para a RNCCI em 2016. Tendo em conta a grande multiplicidade de patologias e a especificidade dos motivos de internamento, procedeu-se, com apoio médico discriminador, à criação de grupos de diagnósticos compreensíveis que permitissem analisar qual o mais importante motivo que levou ao internamento de cada doente.

De acordo com o Gráfico 23, as patologias mais representativas foram a fratura óssea (19,3%), o acidente vascular cerebral (18,4%) e as doenças oncológicas (16,9%), seguidas pelas infeções respiratórias (7,4%).

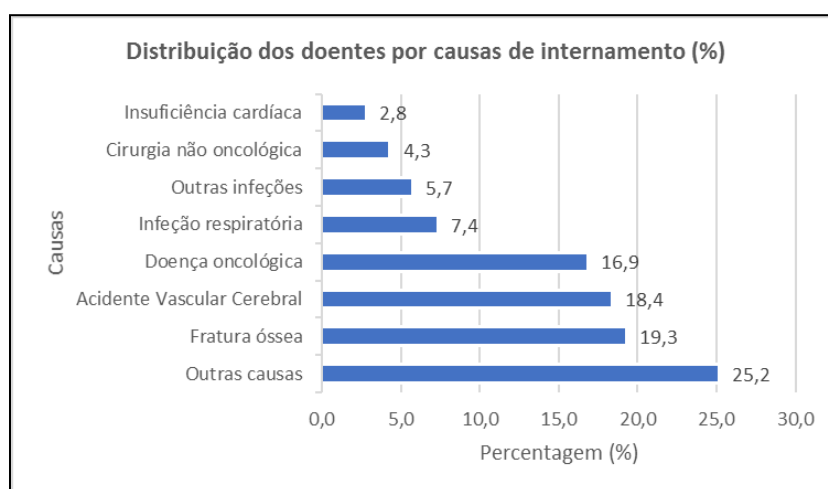


Gráfico 23 – Caracterização dos doentes por causas de internamento (N = 1.061)

O Gráfico 23 demonstra ainda que as patologias menos representativas são a insuficiência cardíaca (2,8%), a cirurgia não oncológica (4,3%) e ainda outras infeções (5,7%) onde se incluem patologias como a sépsis (9 doentes), a infeção do trato urinário (8 doentes) e ainda a colecistite, a colangite e a infeção por HIV (5 doentes cada).

Porém, verifica-se que existe uma grande percentagem de doentes que foi admitida com “Outras causas” (25,2%), onde se incluem as seguintes patologias mais relevantes: a doença renal crónica (25 doentes), o traumatismo crânio-encefálico (17 doentes), as demências (16 doentes), as hemorragias (15 doentes) e as queimaduras (13 doentes).

b. Serviço de internamento

→ Identificação do Serviço

Foram diversos os Serviços clínicos onde foram internados os doentes que posteriormente foram referenciados para a RNCCI, num total de 29.

A Tabela 18, mostra-nos a distribuição dos 1.061 doentes pelos Serviços, e através da qual podemos concluir que os Serviços que mais doentes referenciaram foram a Ortopedia (20,6%), a Neurologia (20,5%) e a Medicina Interna A (19,2%). De acordo com a Tabela 23, cada um destes Serviços referenciou mais de 200 doentes, num total de 641 doentes.

Serviço		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido	Cardiologia	12	1,1	1,1
	Cirurgia A	27	2,5	3,7
	Cirurgia B	44	4,1	7,8
	Cirurgia Cardiorácica	7	,7	8,5
	Cirurgia Maxilo-Facial	5	,5	9,0
	Cirurgia Plástica	1	,1	9,0
	Cirurgia Vasculuar	21	2,0	11,0
	Dermatologia	9	,8	11,9
	Endocrinologia	8	,8	12,6
	Gastrenterologia	23	2,2	14,8
	Ginecologia	13	1,2	16,0
	Hematologia	16	1,5	17,5
	Imuno-Alergologia	2	,2	17,7
	Infecciosas	11	1,0	18,8
	Medicina Interna A	204	19,2	38,0
	Nefrologia	24	2,3	40,2
	Neurocirurgia	72	6,8	47,0
	Neurologia	218	20,5	67,6
	Oncologia	2	,2	67,8
	Ortopedia	219	20,6	88,4
	Otorrinolaringologia	10	,9	89,3
	Pediatria Médica	1	,1	89,4
	Pneumologia	30	2,8	92,3
	Psiquiatria	15	1,4	93,7
	Reumatologia	3	,3	94,0
	Unidade de Patologia Dual	5	,5	94,4
	Unidade de Queimados	13	1,2	95,7
	Unidade de Transplantação Hepática A. C.	2	,2	95,9
	Urologia	44	4,1	100,0
	Total	1061	100,0	

Tabela 18 – Caracterização da população por Serviço Clínico de internamento

Os Serviços que menos doentes referenciaram foram a Cirurgia Plástica e a Pediatria Médica (1 doente cada) (Tabela 18).

→ **Nº de dias de internamento dos doentes**

Independentemente do Serviço onde os doentes referenciados para a RNCCI estiveram internados, do total de doentes da amostra, 1.058¹⁴ foram responsáveis por 33.017 dias de internamento e por uma demora média de internamento de 31,21 dias (Tabela 19).

¹⁴ Existem três doentes que não foram contabilizados para efeitos de cálculo da demora média: dois oriundos do Pólo HP e do Sobral Cid, sem referência à data da alta e um doente da Cirurgia A, que foi excluído, devido à falta de critérios de ingresso na RNCCI.

Doentes referenciados para a RNCCI	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média
Número de dias de internamento	1.058	2	231	33.017	31,21

Tabela 19 – Caracterização da população por dias de internamento

Ainda de acordo com a Tabela 19, o período de internamento variou entre os 2 e os 231 dias.

Comparação com a globalidade dos doentes internados

Perante a impossibilidade de procedermos, na presente investigação, à comparação entre os doentes referenciados e os não referenciados para a RNCCI em 2016, devido à limitação temporal deste Projeto, entendemos ser da maior importância proceder à comparação com a globalidade dos doentes internados no Pólo HUC em 2016.

De acordo com a Aplicação *GH-Reporting*, a globalidade de doentes internados no Pólo HUC, registou em 2016 uma demora média de 8,3 dias.

Em relação aos Serviços de Medicina Interna A, Neurologia e Ortopedia (Serviços que mais doentes referenciam) foi possível ainda apurar que o Serviço de Medicina Interna A possui uma demora média igual à do Pólo HUC e que os Serviços de Neurologia e Ortopedia registaram demoras médias superiores, quando comparadas com a Medicina Interna A (9,9 e 11,5 dias, respetivamente).

Comparando estes indicadores com o número médio de dias de internamento (31,2 dias) registado nos doentes alvo de referência (1.058), plasmado na Tabela 19, é possível concluir que os doentes internados no Pólo HUC que foram referenciados para a Rede em 2016, permaneceram internados em média mais 22,6 dias, do que os doentes que estiveram hospitalizados naquele período (8,58 dias), independentemente de terem sido incluídos em processo de referência para a Rede.

→ Destino pós-alta hospitalar

Após a alta hospitalar são vários os destinos do doente, nomeadamente o domicílio, a RNCCI, o falecimento, a transferência para outro Pólo do CHUC ou ainda a transferência para outro hospital.

O Gráfico 24 demonstra o destino dos doentes referenciados para a RNCCI após a sua alta hospitalar. Através dele podemos observar que a grande maioria dos doentes referenciados são enviados e colocados em Unidades e/ou Equipas da RNCCI (57,1%), que existe uma percentagem significativa de doentes que vão para o domicílio aguardar vaga na

RNCCI (22,5%) e ainda que se verifica uma grande percentagem de doentes que falecem antes mesmo de ingressar na RNCCI (14,1%).

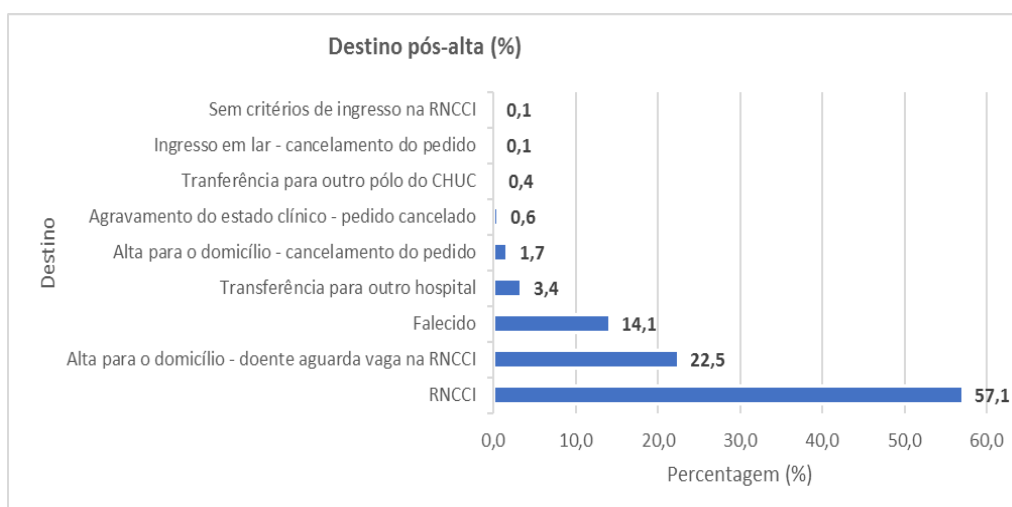


Gráfico 24 – Caracterização dos doentes por destino pós-alta (N = 1.061)

De referir ainda que os destinos menos frequentes são o ingresso em lar e a não admissão na RNCCI devido à ausência de critérios (0,1% cada) (Gráfico 24).

c. Referenciação para a RNCCI

→ Sinalização

O processo de referenciação tem sempre implícita uma justificação clínica da necessidade de o doente ser admitido na RNCCI. Esta necessidade deve ser identificada e sinalizada o mais precocemente possível, isto é, até ao quinto dia do internamento, facto que se revela de grande importância no processo de referenciação do doente para a RNCCI.

Relativamente à sinalização podemos dizer que esta primeira etapa do processo foi realizada até ao quinto dia do internamento em apenas 28,8% dos doentes (Gráfico 25), o que traduz um défice por parte das equipas em cumprir este indicador.

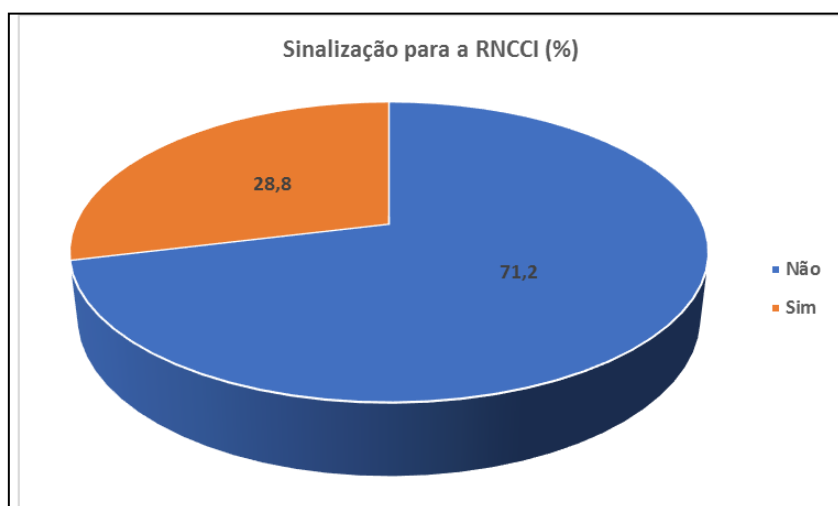


Gráfico 25 – Caracterização dos doentes por sinalização para a RNCCI
(N = 1.061)

→ **Motivos clínicos justificadores da sinalização/referenciação**

A justificação da necessidade clínica do doente ser admitido na RNCCI é efetuada pelo médico, no formulário de ingresso, que assinala o(s) motivo(s) justificadores da sua admissão, de acordo com seis grupos de critérios, a saber: situação de fragilidade, doença crónica com episódio de agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade e vigilância e tratamentos complexos, necessidade de ensino do doente/dos cuidadores e ainda necessidade de Cuidados Paliativos.

Na Tabela 20 podemos observar a distribuição deste indicador pelos vários grupos de critérios e concluir que a dependência em AVD's foi o motivo de ingresso na RNCCI mais assinalado (920 doentes – 86,7%), seguido da necessidade de reabilitação (706 doentes – 66,5%) e da necessidade de gestão do regime terapêutico (565 doentes – 53,2%). A necessidade de ensino dos autocuidados e do ensino do regime terapêutico, foram também critérios assinalados num grande número de doentes (405 – 38,1% e 403 – 37,9% doentes, respetivamente).

Motivos clínicos de referência		N	Soma
Não especificado	Não especificado	4	4
Situação de fragilidade	Dependência em AVD's	920	920
	Desnutrição	102	102
	Deterioração cognitiva	338	338
	Outros	81	81
Doença crónica com episódio de agudização	DPOC	43	43
	Hepatopatia	55	55
	Doença cardiovascular / Insuf. cardíaca congestiva	144	144
	Outros	307	307
Necessidade de continuidade de cuidados	Reabilitação	706	706
	Tratamento de feridas / úlceras de pressão	171	171
	Gestão do regime terapêutico	565	565
	Manutenção de dispositivos	204	204
	Outros	76	76
Necessidade de vigilância e tratamentos complexos	Úlceras de pressão múltiplas	29	29
	Pós-traumáticos	51	51
	Pós-cirúrgica	232	232
	Ventilação assistida	3	3,0
	Outros	137	137
	Portadores de SNG / PEG	111	111
Necessidade de ensino doente/cuidadores	Execução de técnicas	202	202
	Regime terapêutico	403	403
	Auto cuidados	405	405
	Outros	59	59
	Hábitos de risco	110	110
Necessidade de Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	113	113
N válido (listwise)		0	

Tabela 20 – Motivos clínicos de referência do doente para a Rede (N = 1.061)

Ainda de acordo com a Tabela 20, podemos concluir que o critério menos utilizado foi a necessidade de ventilação assistida, que registou apenas 3 casos. De referir ainda que foi criado um grupo adicional denominado de “*Não especificado*”, onde foram incluídos os casos dos doentes que não possuíam qualquer critério clínico assinalado pelo médico.

Foram igualmente identificados nos “*Outros*”, motivos de necessidade de ensino dos doentes/cuidadores, pedidos de descanso do cuidador e pedidos dos familiares para admitir o doente na Rede.

→ Tipologia da RNCCI

A identificação da tipologia mais apropriada ao doente, é outra informação presente no formulário e relativamente à qual podemos dizer, de acordo com o Gráfico 26, que a Unidade de Convalescença (UC) é a mais solicitada (42,4%), seguida da Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) (29,3%).

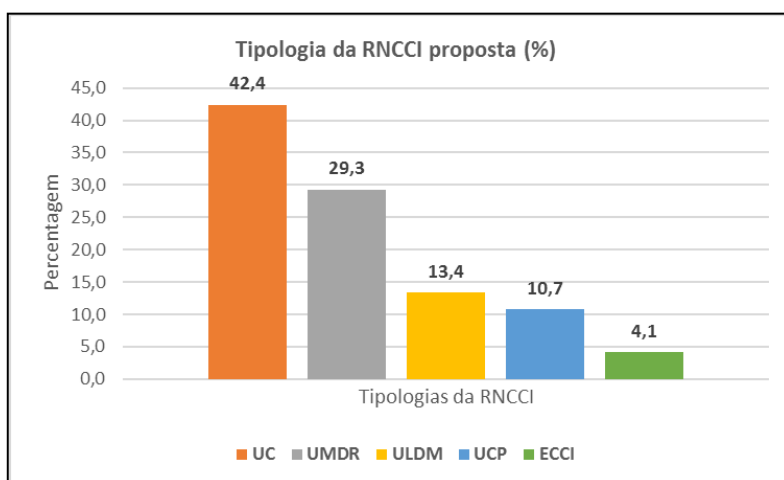


Gráfico 26 – Caracterização da população por tipologia proposta (N = 1.061)

Ainda de acordo com o Gráfico 26 é possível, verificar que as tipologias menos solicitadas são a Unidade de Cuidados Paliativos (10,7%) e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (4,1%).

Contudo, o facto de ser proposta uma tipologia para o doente, não significa que essa proposta seja imediatamente aceite. Na verdade, em 4,6% dos doentes verificou-se a alteração, pela EGA e/ou ECL da tipologia previamente escolhida, tal como podemos observar no Gráfico 27.

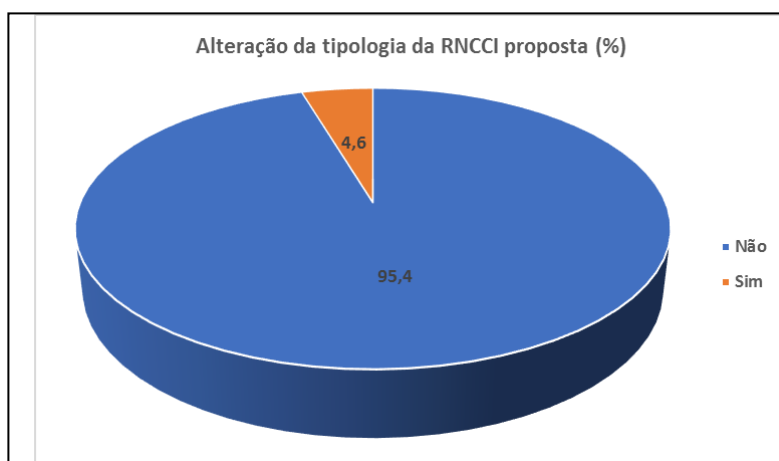


Gráfico 27 – Caracterização dos doentes por alteração da tipologia (N = 1.061)

De acordo com o Gráfico, esta alteração traduziu-se maioritariamente na diminuição de doentes referenciados para a Unidade de Convalescença (UC), que passou de 42,4%, para os 40,8% e respetiva distribuição dos doentes por outras tipologias, nomeadamente pela Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

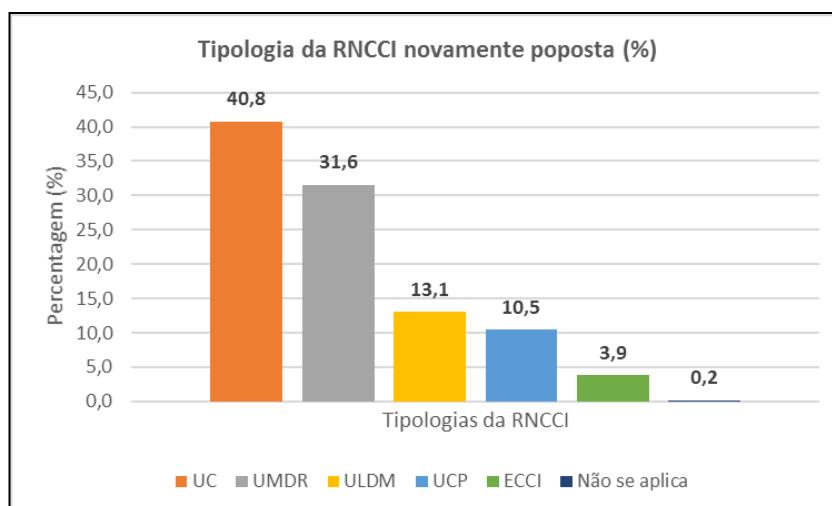


Gráfico 28 – Caracterização dos doentes por tipologia novamente proposta (N = 1.061)

→ **Período de tempo de espera até admissão do doente na RNCCI**

Contudo, a alta hospitalar do doente não ocorre imediatamente após a sua referenciação para a RNCCI. De facto, existe um período de tempo que decorre entre a referenciação do doente à EGA e à ECL e a sua alta hospitalar, que podemos observar na Tabela seguinte.

Doentes referenciados para a RNCCI	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média
Número de dias entre a sinalização e a alta	307	-2	153	8269	27,2
Número de dias entre a referenciação à EGA e a alta	1054	-5	125	15464	14,7
Número de dias entre a referenciação à ECL e a alta	1051	-5	124	14851	14,1

Tabela 21 – Caracterização dos doentes por dias de internamento durante o processo de referenciação (N = 1.061)

De acordo com a Tabela 21, constata-se que os doentes sinalizados (cerca de 307), permaneceram internados em média 27,2 dias até ter alta e registaram no mínimo -2 dias de internamento¹⁵ e no máximo 153 dias de permanência no hospital.

Relativamente à referenciação do doente, pela equipa multidisciplinar, à EGA, esta teve uma demora média de 14,7 dias (considerados 1.054 dos 1.061 doentes), totalizando

¹⁵ O número de dias com valor negativo, justifica-se pelo facto de o processo de sinalização ter sido entregue na EGA, depois do doente ter alta.

15.464 dias de internamento de espera. O número de dias de internamento mínimo de espera foi de -5¹⁶ e o máximo de 125.

No que respeita ao envio da informação da referenciação pela EGA à ECL, verifica-se que a situação é idêntica à acima descrita, registando-se uma demora média de 14,1 dias a aguardar alta (considerados 1.051 dos 1.061 doentes) o que totaliza 14.851 dias de internamento em espera.

1.3 Perfil social

Tal como os restantes profissionais que integram a equipa-multidisciplinar do Serviço onde os doentes se encontram internados, também o Assistente social (AS) tem um papel preponderante ao nível da sua intervenção.

Efetivamente, a referenciação dos doentes para a RNCCI obriga ao preenchimento do formulário de ingresso na Rede, que inclui informação relativa aos vários profissionais que acompanham o doente.

No caso do Serviço Social, o seu preenchimento, depende naturalmente da realização de entrevista ao doente, à família ou a outra pessoa de referência do doente, inclusive técnicos de instituições da comunidade onde o doente está institucionalizado, onde está a ser acompanhado ou onde está sinalizado.

Neste sentido, quando a equipa médica e de enfermagem comunica ao Assistente social a necessidade de referenciar o doente para as Unidades ou Equipas da RNCCI, este profissional contacta a família ou a pessoa de referência do doente, no sentido de agendar uma entrevista psicossocial de avaliação. Durante a entrevista, o Assistente social recolhe informações relativas à vertente social, familiar, económica e habitacional, registando os aspetos positivos e negativos da situação que tem à sua frente. Efetuada a entrevista é realizada a avaliação das informações e preenchido o formulário.

No caso da presente investigação, o perfil social dos doentes e dos restantes elementos foi, portanto, obtido através da análise de cada um dos diagnósticos sociais efetuados pelos AS junto do doente, da família ou outro, da avaliação social e ainda da consequente intervenção social.

¹⁶ O número de dias com valor negativo, justifica-se pelo facto de o processo de referenciação ter sido concluído e entregue na EGA cinco dias depois do doente ter alta, o que acontece com alguma facilidade quando este período inclui o fim de semana.

São as seguintes as variáveis em análise:

- a. Coabitação;
- b. Apoio recebido;
- c. Diagnóstico social;
- d. Avaliação social;
- e. Intervenção social.

Passemos, então à sua apresentação e análise.

Para que se possa fazer uma avaliação social, é necessário proceder em primeiro lugar ao diagnóstico social. Este traduz-se na avaliação, por parte dos assistentes sociais das várias vertentes da vida do doente, que o caracterizam e que lhe permitem perceber se o doente tem alguma situação problema. Neste sentido, procederemos à exposição e análise das situações sociais recolhidas do diagnóstico social elaborado pelo AS, no processo de referenciação do doente.

a. Coabitação

Ao nível da coabitação podemos dizer, com base na análise do Gráfico 29, que a maioria dos doentes reside com a sua família natural (69,3%), onde se incluem elementos como o(s) progenitor(es), o cônjuge/companheiro, o(s) filho(s), o(s) neto(s), o(s) irmão(s), o(s) sobrinho(s), o genro/nora, o(s) primo(s), o(s) enteado(s) entre outros. A seguir surgem os doentes que vivem sozinhos (25,4%) e ainda os que se encontram a residir temporária ou definitivamente em instituições (4,1%), nomeadamente em lares de idosos, em Unidades da RNCCI ou na APPACDM.

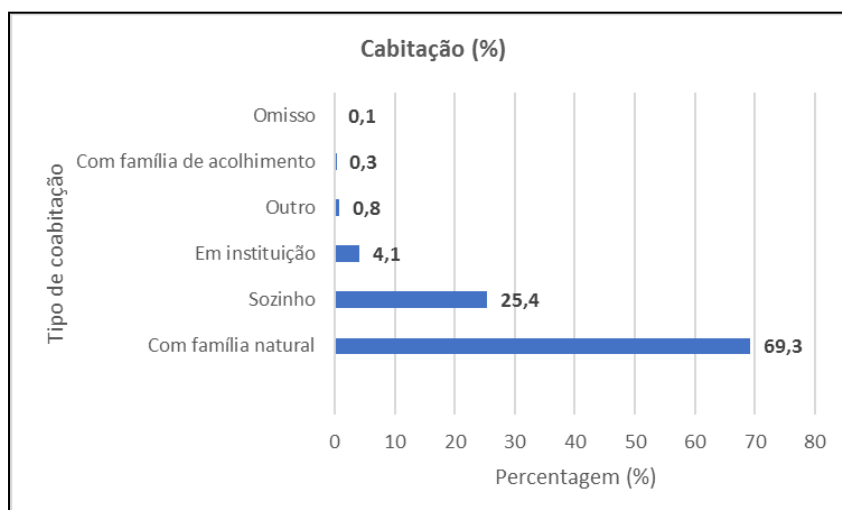


Gráfico 29 – Caracterização dos doentes por coabitação (N = 1.061)

Por outro lado, verifica-se que os tipos de coabitação menos representativos dizem respeito a doentes que vivem com outro tipo de pessoas, não pertencentes à família natural (0,8%) e onde se incluem o(s) amigo(s), o empregador, a empregada, o companheiro do progenitor e o irmão do genro e ainda os doentes que vivem em famílias de acolhimento (0,3%).

Constatando-se que a grande maioria dos doentes coabita no seio da sua família natural, e que pode viver com uma grande diversidade de elementos familiares. No entanto, analisando o Gráfico 30, percebemos que a maior parte dos agregados familiares é constituído por apenas duas pessoas (64,6%) e que maioritariamente inclui o doente e o cônjuge. De seguida surgem as famílias com três elementos (11,2%) e com quatro (8,2%).

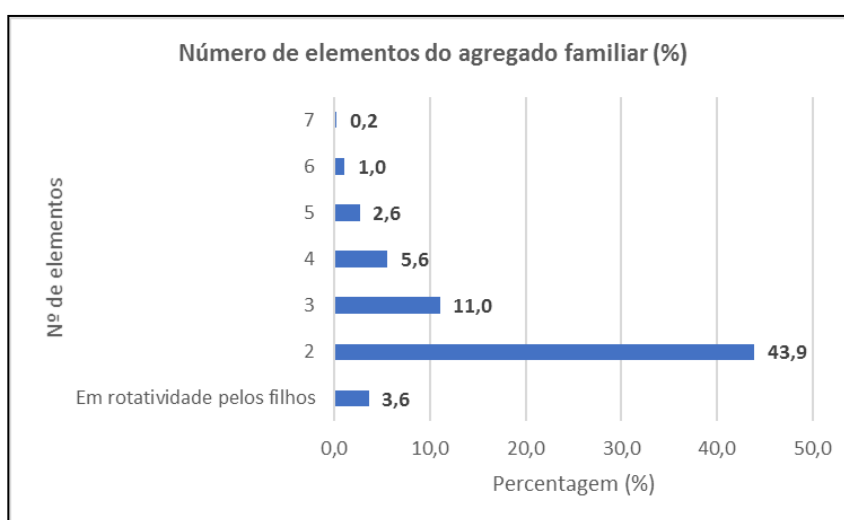


Gráfico 30 – Caracterização dos doentes por número de elementos do agregado familiar (N = 721)

De referir ainda que existe uma percentagem de doentes a viver com os filhos em sistema de rotatividade semanal, quinzenal ou mensal (5,3%) e que a coabitação do doente em famílias numerosas com seis e sete elementos, é muito pouco representativa (1,5% e 0,3%, respetivamente).

b. Apoio recebido

Para além da necessidade de se conhecer o tipo de coabitação do doente, é igualmente importante saber se ele possui apoio, nomeadamente nas suas Atividades de Vida Diária, e em caso afirmativo, quem lhe presta apoio, que tipo de apoio e como é avaliado esse mesmo apoio. Em caso negativo permite-nos perceber o motivo da falta de apoio.

Estes indicadores são de grande primazia em qualquer diagnóstico social, facilitando a intervenção do AS, permitindo-lhe fazer uma intervenção mais adaptada à realidade do doente que tem à sua frente.

Assim, no presente estudo foi possível concluir que da totalidade dos doentes analisados, 81,5% recebe algum tipo de apoio, o que é positivo (Gráfico 31). Em contrapartida, existe uma minoria de doentes que não possui qualquer tipo de apoio (18,5%), facto que não deixa de ser preocupante.

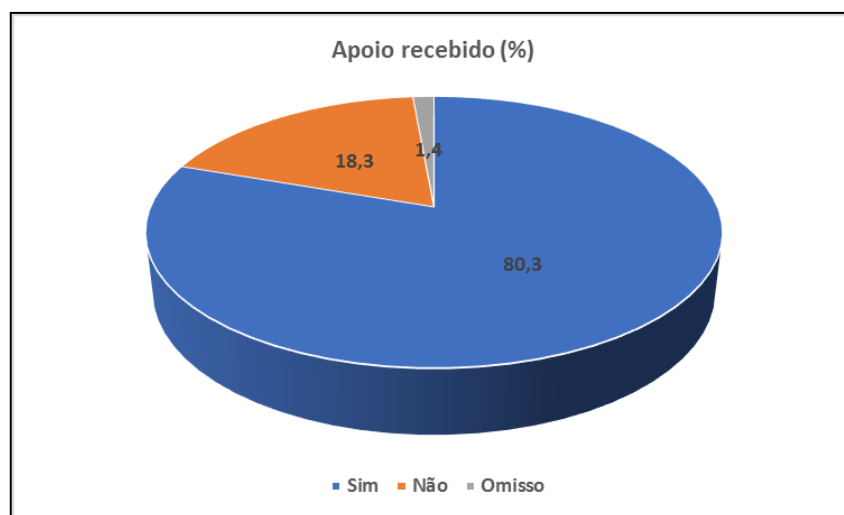


Gráfico 31 – Apoio recebido
(N = 1.061)

Analisando a situação dos doentes que possuíam apoio, foi possível perceber quem são as pessoas que o prestam. Através da Tabela 22, é possível observar que na sua grande maioria, são os elementos da família quem mais presta apoio (728 doentes), seguido das

instituições da comunidade, nomeadamente do Apoio Domiciliário (110 doentes) e do Centro de Dia (89 doentes).

Prestador do apoio	N
Familiares	728
Ajuda domiciliária	110
Centro de dia	89
Outros	73
Empregada doméstica	43
Técnico de Saúde	22
Técnico de Serviço Social	22
Vizinhos	18

Tabela 22 – Tipologia de prestadores de apoio

Verifica-se igualmente que existe um número considerável de doentes que têm apoio de outros (73 doentes), incluindo-se aqui uma grande panóplia de pessoas ou instituições, nomeadamente a família de acolhimento, o(s) amigo(s), o empregador, os lares de idosos, as Unidades da RNCCI, o ex-cônjuge/companheiro, os Centros de Acolhimento, as Cantinas Sociais, entre muitos outros. De referir ainda que o apoio informal dos vizinhos é o menos representativo (18 doentes).

O tipo de apoio prestado pelos elementos identificados na Tabela 22, encontra-se plasmado na Tabela 23, onde podemos observar que a alimentação se configura como sendo o principal tipo de apoio recebido pelos doentes (437 doentes), seguido do apoio ao doente na sua higiene pessoal (337 doentes) e do apoio na higiene do domicílio do doente (319 doentes).

Tipo de apoio recebido	N
Alimentação	437
Higiene pessoal	337
Higiene da casa	319
Medicamentos	293
Higiene da roupa	278
Outros apoios	26
Ajudas técnicas	14
Pecuniário	8

Tabela 23 – Tipo de apoio recebido

Regista-se igualmente na Tabela 23 um elevado número de doentes com apoio na gestão e toma da medicação (293 doentes), apoio na higiene da sua roupa (278 doentes) e noutro tipo de apoios, nomeadamente:

- Supervisão das Atividades de Vida Diária (AVD);
- Vigilância do doente;
- Apoio na movimentação do doente com canadianas;
- Apoio total ao doente;
- Cuidados de saúde (enfermagem e reabilitação);
- Transporte para a IPSS que o doente frequenta;
- Acompanhamento do doente a consultas;
- Dormida gratuita em quarto emprestado.

Observa-se ainda que os tipos de apoio menos prestados são as ajudas técnicas (14 doentes) e o apoio pecuniário (8 doentes), o que não deixa de ser um facto relevante, que justifica a existência de algumas situações de carência económica.

Sendo o apoio prestado pela família natural, o mais recorrente, importa agora perceber como ele é caracterizado pelo Assistente social, mediante a descrição efetuada pelo doente, família ou outros.

Olhando para o Gráfico 32, constata-se que na maioria das situações, o apoio familiar que é prestado aos doentes é considerado em 44,1% da população como “Bom”, seguindo-se uma parcela, também ela muito significativa da população com “Apoio insuficiente” (35,2%) e “Sem apoio” (10,5%).

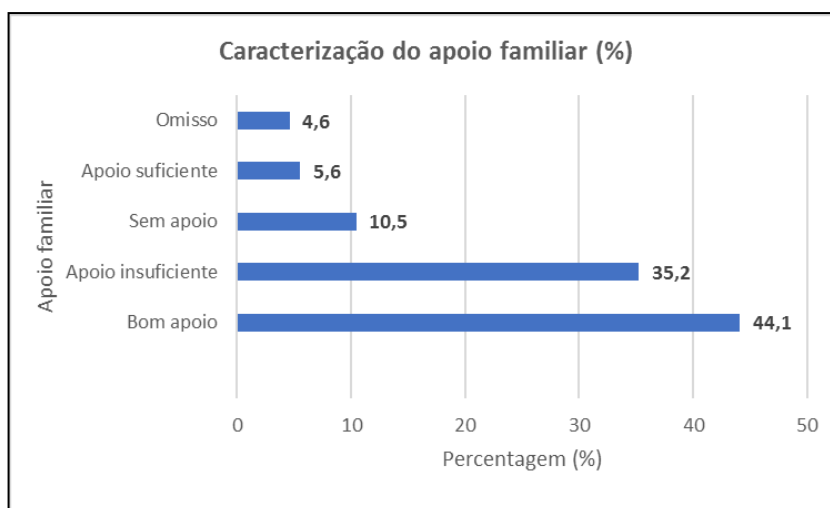


Gráfico 32 – Caracterização do apoio familiar
(N = 1.061)

Isto significa que praticamente metade dos doentes possuem uma boa retaguarda familiar, que os apoia nas suas necessidades, e a outra metade possui um apoio que não é suficiente e adaptado às suas necessidades ou, pura e simplesmente, não têm qualquer tipo de apoio, encontrando-se desprovidos de suporte familiar.

No caso dos doentes que referiram não ter apoio nas Atividades de Vida Diária (AVD) e outras até à data de internamento, não o possuíam, porque não necessitavam.

De acordo com a Tabela 24, verifica-se que do total de doentes com registos (216), a sua maioria era independente e autónomo nas AVD's antes do episódio de internamento, (198), fazendo a sua vida normalmente, sendo em algumas situações prestadores de apoio a outros. No entanto, apesar de reduzida, verifica-se a existência de 18 doentes que necessitavam de apoio, mas que por diversas razões, que apontaremos a seguir, não tinham, permanecendo numa situação de vulnerabilidade e risco social.

Doentes sem apoio	N
Doente era independente/autónomo nas AVD	198
Doente necessitava mas não tinha apoio	18

Tabela 24 – População sem apoio nas AVD's (N = 216)

c. Diagnóstico social

A realização do diagnóstico social é uma tarefa vital do AS, que permite traçar o perfil do doente, do seu cuidador e dos restantes elementos da família mencionados nos formulários de ingresso na Rede. Estas são informações de extrema importância para compreender o meio e o ambiente familiar e social em que o doente está inserido, e se tal se traduz numa fonte de preocupação ou não para o Assistente social.

→ Doente

Relativamente ao doente, podemos dizer que ao nível do seu perfil, destaca-se o registo pelos AS de diversas situações sociais, registadas em 182 doentes, plasmadas na Tabela 25. Falamos de doentes que recusam apoio familiar e/ou institucional (34 casos), sem rendimentos económicos (21 doentes) e que assumiam as funções de cuidador principal dos elementos da sua família, antes do episódio de internamento (16 situações) e agora deixaram de o ser, com todas as implicações negativas que tal acarreta para a família. Outras situações relevantes são a existência de doentes com hábitos alcoólicos (14 casos) e de doentes que estando hospitalizados perderam a vaga na Unidade e/ou Equipa da Rede onde se encontravam (11 doentes), permanecendo internados no hospital.

Diagnóstico social associado ao doente		Frequência	Percentagem
Válido	Sem registo	879	82,8
	Com registo	182	17,2
	Recusa apoio familiar e/ou institucional	34	18,7
	Sem rendimentos	21	11,5
	Era o cuidador principal da família	16	8,8
	Com hábitos alcoólicos	14	7,7
	Perdeu vaga na RNCCI	11	6,0
	Ausente do trabalho por motivo de doença	9	4,9
	Sem apoio institucional	8	4,4
	Recebe RSI	7	3,8
	Necessita de apoio institucional	6	3,3
	Sem condições clínicas para regressar ao domicílio	6	3,3
	Com comportamentos agressivos	4	2,2
	Em situação de exclusão social	4	2,2
	Acamado	3	1,6
	De difícil relacionamento	3	1,6
	Em risco	3	1,6
	Aguarda colocação em lar de idosos	3	1,6
	Com apoio institucional insuficiente	3	1,6
	Dificulta apoio recebido	2	1,1
	Ex-presidiário	2	1,1
	Sem abrigo	2	1,1
	Sinalizado na comunidade	2	1,1
	Com agregado familiar destruído	2	1,1
	Com agregado familiar que inclui criança menor	2	1,1
	Recusa admissão na RNCCI	2	1,1
	Chumbado nas juntas médicas	1	0,5
	Acusado de violência doméstica	1	0,5
	Tem vida independente do companheiro	1	0,5
	Não criou os filhos por insuficiência económica	1	0,5
	Receia o regresso a casa	1	0,5
	É vítima de violência	1	0,5
	Depende economicamente do progenitor	1	0,5
	Tem elevados custos com medicamentos	1	0,5
	Encontra-se endividado	1	0,5
	Sem hábitos de trabalho	1	0,5
	Com situação profissional precária	1	0,5
	Recusado pelo lar de idosos onde estava	1	0,5
	Vive temporariamente em Portugal	1	0,5
	Total	1061	100,0

Tabela 25 – Diagnóstico social associado ao doente

Ainda de acordo com a Tabela 25 devemos realçar a existência de doentes a viver em agregados familiares destruídos, que dificultam o apoio recebido, vítimas de violência e acusados de violência, a depender economicamente de outros, que não pode regressar ao lar onde estava institucionalizado, devido a recusa, entre outros.

→ **Cuidador**

No que respeita ao cuidador, podemos verificar a partir do Gráfico 33 que na sua grande maioria é composto por elementos da família natural (76,9%). Contudo, existe uma

significativa porção de doentes que não tem cuidador definido (15,5%), seguida dos doentes que têm como cuidador os profissionais de instituições, nomeadamente dos Lares de idosos, da RNCCI e das IPSS's.

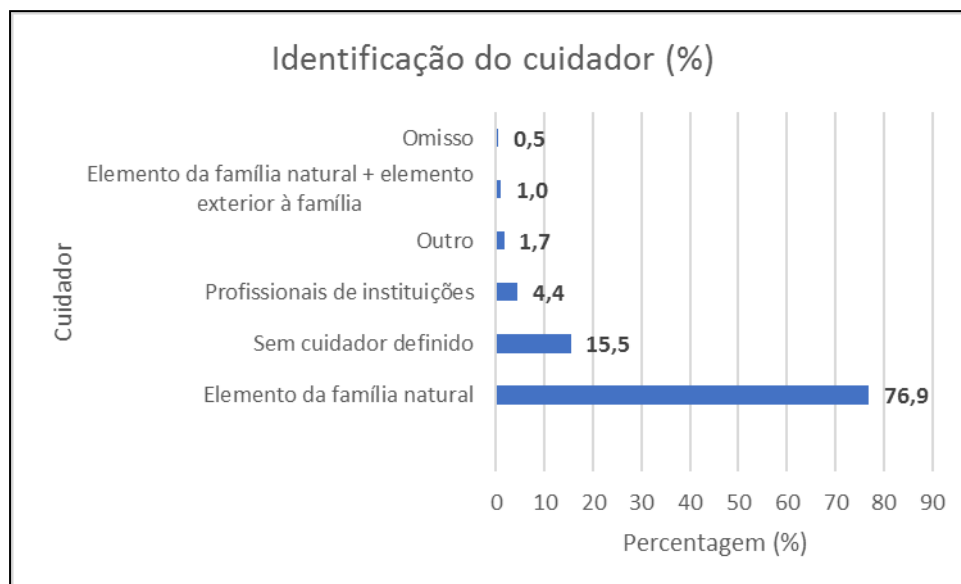


Gráfico 33 – Identificação do cuidador
(N = 1.061)

Relativamente ao perfil do cuidador, foram identificados registos relativos a 643 doentes, tal como podemos verificar pela Tabela 26.

Através desta Tabela podemos observar que existe um elevado número de cuidadores que apresentam dificuldade em cuidar do doente (209 cuidadores), justificada pelo(a):

- Agravamento da situação clínica do doente;
- Elevado ou maior grau de dependência do doente;
- Desgaste físico e psíquico do cuidador;
- Idade avançada do cuidador (cuidador idoso);
- Doença do cuidador;
- Incapacidade de gestão dos cuidados ao doente pelo cuidador.

Outra situação comum é o facto de o cuidador não ter disponibilidade para cuidar do doente (110 cuidadores), justificada pelo(a):

- Desenvolvimento de atividade laboral pelo cuidador;
- Residência distante do cuidador;
- Portador de doença limitativa da prestação de cuidados.

Diagnóstico social associado ao cuidador		Frequência	Porcentagem
Válido	Sem registo	418	39,4
	Com registo	643	60,6
	Com dificuldade em cuidar do doente	209	32,5
	Indisponível para cuidar do doente	110	17,1
	Idoso	79	12,3
	Cansado	66	10,3
	Desenvolve atividade laboral	55	8,6
	Doente	48	7,5
	Colaborante e disponível para cuidar	34	5,3
	Múltiplo cuidador	14	2,2
	Presta apoio pontual	11	1,7
	Sem rendimentos e dependente monetariamente do	6	0,9
	Reside distante do doente	3	0,5
	De difícil relacionamento	2	0,3
	Ausente do trabalho para cuidar do doente	1	0,2
	Boa relação familiar	1	0,2
	Desempregado	1	0,2
	Falecido recentemente	1	0,2
	Fequenta o Centro de Dia	1	0,2
	Negligente	1	0,2
Total	1061	100,0	

Tabela 26 – Diagnóstico social associado ao cuidador

Para além das já referidas, há que salientar a existência de um significativo número de cuidadores idosos (79), cansados de cuidar (66), que desenvolvem atividade laboral (55), doentes (48) e cuidadores que têm dois ou mais elementos da família ao seu cuidado (14).

A Tabela 26 apresenta igualmente outras situações relativas ao cuidador, que apesar de se verificarem com menor frequência, não deixam de contribuir para um melhor ou pior apoio ao doente. Falamos por exemplo dos cuidadores que foram qualificados pelos AS, como colaborantes e disponíveis para cuidar do seu doente (34). Todavia, outros existem que, apesar da necessidade do doente, prestam apenas apoio pontual, dependem monetariamente do doente, são de difícil relacionamento, são negligentes no cuidar, entre outras situações.

→ **Progenitor**

No que concerne ao progenitor, podemos dizer que os registos realizados pelos AS relativos a 27 casos, apontam algumas situações em que os progenitores são idosos (14) e faleceram recentemente (4) (Tabela 27).

Diagnóstico social associado ao progenitor		Frequência	Porcentagem
Válido	Sem registo	1034	97,5
	Com registo	27	2,5
	Idoso(s)	14	51,9
	Falecido recentemente	4	14,8
	Dificuldade em cuidar do doente	3	11,1
	Doente(s)	2	7,4
	Impedido pelo companheiro de apoiar o doente	1	3,7
	Indisponibilidade para cuidar do doente	1	3,7
	Paga despesas do doente	1	3,7
	Sem rendimentos	1	3,7
	Total	1061	100,0

Tabela 27 – Diagnóstico social associado ao progenitor

Na Tabela 27, podemos observar situações familiares de progenitores com dificuldade em cuidar do doente (filho), devido ao facto de serem já idosos, e ainda progenitores indisponíveis para cuidar ou mesmo impedidos de cuidar, entre outros.

→ **Cônjuge/companheiro**

Quanto ao perfil do cônjuge/companheiro, devemos realçar os 192 registos efetuados pelos AS e patentes na Tabela 28, que apontam para a existência de algumas situações sociais, nomeadamente cônjuge/companheiro idoso (60), encontrar-se numa situação de doença e/ou dependência (59), encontrar-se institucionalizado (15), ter falecido recentemente (12) e ainda ser colaborante no apoio ao doente (10).

Diagnóstico social associado ao conjugue/companheiro		Frequência	Porcentagem
Válido	Sem registo	869	81,9
	Com registo	192	18,1
	Idoso	60	31,3
	Doente e/ou dependente	59	30,7
	Institucionalizado	15	7,8
	Falecido recentemente	12	6,3
	Colaborante	10	5,2
	Desenvolve atividade laboral	7	3,6
	Sem rendimentos	4	2,1
	Reside distante do doente	3	1,6
	Colocado na RNCCI	2	1,0
	Dificuldade em cuidar do doente	2	1,0
	Com hábitos alcoólicos	1	0,5
	Teve vários parceiros	1	0,5
	Recusa apoio familiar	1	0,5
	Rejeita doente	1	0,5
	Tem filhos menores de idade	1	0,5
	Baixos rendimentos	1	0,5
	Deixou de trabalhar para ser o cuidador	1	0,5
	Ausente do domicílio para acompanhamento hospitalar de filho	1	0,5
	Doméstica	1	0,5
	Está a criar condições para receber o doente	1	0,5
	Frequenta Centro de Dia	1	0,5
	Negligenciador	1	0,5
	Preso	1	0,5
	Recebe apoio piscossocial	1	0,5
	Recusa apoio institucional	1	0,5
Reside sozinho	1	0,5	
Sem rendimentos	1	0,5	
Visita regularmente o doente	1	0,5	
Total	1061	100,0	

Tabela 28 – Diagnóstico social associado ao cónjuge/companheiro

Outras situações há que, apesar de menos frequentes são possíveis de ocorrer, como por exemplo o cónjuge desenvolver atividade laboral, rejeitar o doente, recusar apoio da família no cuidar do doente, não auferir qualquer tipo de rendimento, tratando-se essencialmente de esposas que são domésticas, que possuem baixos rendimentos ou até que abandonaram o seu trabalho para cuidar do doente, entre outros (Tabela 28).

→ Filho

O filho é um outro elemento familiar de grande importância, devido ao papel fundamental que tem de apoio e cuidado dos seus progenitores, muitos deles idosos e com algum tipo de doença.

A Tabela 29 mostra-nos 879 registos, de onde se destaca a existência de um elevado número de filhos que não possuem disponibilidade para cuidar do progenitor/doente (336), justificado pelo(a):

- Residência no estrangeiro (emigrados);
- Residência a grande distância do doente (por exemplo, noutras localidades);
- Desenvolvimento de atividade laboral;
- Hábitos alcoólicos e consumo de drogas;
- Portador de doença (deficiência) física e/ou psiquiátrica (limitativa da prestação de cuidados).

Outras situações a registar são aquelas em que os filhos se encontram em idade ativa, desenvolvendo atividade laboral (264), os filhos que prestam apoio permanente aos pais (65), os que são presentes/disponíveis/colaborantes no apoio ao doente (43) e os que são portadores de doença e/ou dependência (38) (Tabela 29).

Diagnóstico social associado ao(s) filho(s)		Frequência	Percentagem
Válido	Sem registo	182	17,2
	Com registo	879	82,8
	Indisponibilidade em cuidar do doente	336	38,2
	Desenvolve atividade laboral	264	30,0
	Apoio permanente de um ou mais filhos	65	7,4
	Presente/disponível/colaborante	43	4,9
	Doente e/ou dependente	38	4,3
	Apoio pontual de um ou mais filhos	31	3,5
	Sem filho(s)	27	3,1
	Falecido(s)	19	2,2
	Não presta apoio ao doente	14	1,6
	Dificuldade em cuidar do doente	11	1,3
	Menor de idade	7	0,8
	Com hábitos alcoólicos	6	0,7
	Preocupado com o doente	6	0,7
	Rejeita doente	2	0,2
	Filhos vão reorganizar-se para acolher doente	2	0,2
	Institucionalizado	2	0,2
	Com comportamento aditivo	1	0,1
	Ausente do trabalho para cuidar do doente	1	0,1
	Em sobrecarga	1	0,1
	Filhos são fruto de relações com vários parceiros	1	0,1
	Negligente com o doente	1	0,1
Com família sinalizada	1	0,1	
Total	1061	100,0	

Tabela 29 – Diagnóstico social associado ao(s) filho(s)

Para além das já referidas os registos dos AS identificam outro tipo de situações, que apesar de menos frequentes, não devem ser omitidas. Falamos entre outros da existência de

filhos com hábitos alcoólicos, com comportamentos relacionados com o consumo de drogas, preocupados com o doente, em sobrecarga, com dificuldade em cuidar do doente, devido a:

- Agravamento da situação clínica do doente;
- Elevado ou aumento do grau de dependência do doente;
- Desgaste físico e psíquico do filho;
- Idade avançada do filho (filhos idosos);
- Doença do filho;
- Incapacidade de gestão dos cuidados ao doente por parte do filho.

→ **Outros familiares**

Para além dos progenitores, cônjuges e filhos, existem outros elementos pertencentes à família natural do doente e outros não pertencentes, que são de extrema importância na vida dos doentes, muitas vezes, porque são os seus únicos elementos de referência e de suporte.

Dada a sua primazia, importa igualmente traçar o seu perfil, com base na informação do diagnóstico social.

Este grupo inclui diversos elementos, dos quais destacamos os seguintes:

- O irmão;
- O neto;
- O genro/a nora;
- O sobrinho;
- O ex-cônjuge;
- O irmão do genro;
- O amigo;
- A empregada;
- O companheiro do progenitor.

De acordo com a Tabela 30, podemos referir que existem situações de elementos que possuem alguma proximidade com o doente que não têm disponibilidade para cuidar do doente (39), que o apoiam permanentemente (38) e que não têm rede de suporte familiar alargada que lhe permitam apoiar o doente (28).

Diagnóstico social associado a outros elementos pertencentes /não pertencentes à família		Frequência	Porcentagem
Válido	Sem registo	887	83,6
	Com registo	174	16,4
	Indisponibilidade em cuidar do doente	39	22,4
	Apoio permanente ao doente	38	21,8
	Sem rede de suporte familiar alargada	28	16,1
	Apoio pontual ao doente	26	14,9
	Doente(s) e/ou dependente(s)	18	10,3
	Idoso(s)	7	4,0
	Cansado(s)	3	1,7
	Falecido(s)	3	1,7
	Desenvolve atividade laboral	3	1,7
	Dificuldade em cuidar do doente	3	1,7
	Preocupado(s) com doente	2	1,1
	Com hábitos alcoólicos	1	0,6
	Deixou de trabalhar para cuidar do doente	1	0,6
	Desempregado	1	0,6
	Dificuldade económica em apoiar o doente	1	0,6
	Total	1061	100

Tabela 30 – Diagnóstico social associado a outros elementos pertencentes/não pertencentes à família

Outras situações há que importa salientar, nomeadamente familiares idosos, cansados, que desenvolvem atividade laboral, que têm hábitos alcoólicos, que deixam de trabalhar para cuidar do doente, entre muitos outros.

d. Avaliação social

A realização da avaliação diagnóstica da situação passada e presente de cada doente referenciado para a RNCCI e da sua família/cuidador (no caso de existir), permite ao Assistente social, proceder à avaliação familiar, social, económica e habitacional. É esta avaliação que permite ao AS proceder posteriormente a uma intervenção social mais bem direcionada e adaptada a cada caso social, durante o internamento do doente. Permite igualmente o registo dessa mesma informação na Ficha do doente existente na Base do Serviço Social e ainda no formulário de ingresso do doente na Rede, informação que é fundamental para os profissionais de Serviço Social da Unidade ou Equipa da RNCCI onde o doente vai ser admitido, tendo, deste modo, conhecimento prévio da situação do doente.

Tendo em conta que cada AS possui formas diferentes de se exprimir, optámos por utilizar os termos habitualmente mais observados, nomeadamente os termos “*estável*”, ou “*equilibrado*”, para designar a situação do doente que não traduz qualquer problemática social, não sendo fonte de preocupação, e o termo “*carência*”, para designar a situação do doente que efetivamente padece de algum tipo de situação problema, seja ela de índole

familiar, social, económica ou habitacional, que em parte em compensada pela família, pelo cuidador e/ou por outros elementos exteriores à mesma.

Passemos então há identificação das avaliações registadas pelos AS.

Em termos familiares podemos referir, de acordo com a Tabela 31, que foram identificados pelos pelo menos, 150 doentes com uma situação familiar estável e 128 doentes com uma situação de carência familiar.

Avaliação familiar		Frequência	Percentagem
Válido	Sem registo	783	73,8
	Com registo	278	26,2
	Situação familiar estável	150	14,1
	Situação de carência familiar	128	12,1
	Total	1061	100,0

Tabela 31 – Avaliação familiar dos doentes

Ao nível social, verifica-se, a partir da Tabela 32, a existência de pelo menos 117 doentes a viver em situação de carência social e 105 que possuem uma situação social estável.

Avaliação social		Frequência	Percentagem
Válido	Sem registo	839	79,1
	Com registo	222	20,9
	Situação de carência social	117	11,0
	Situação social estável	105	9,9
	Total	1061	100,0

Tabela 32 – Avaliação social dos doentes

No que concerne à questão económica, foram identificados 240 doentes em situação de carência e 96 com uma situação económica estável e equilibrada (Tabela 33).

Avaliação económica		Frequência	Percentagem
Válido	Sem registo	725	68,3
	Com registo	336	31,7
	Situação de carência	240	22,6
	Situação económica estável	96	9,0
	Total	1061	100,0

Tabela 33 – Avaliação económica dos doentes

A questão habitacional é um outro aspeto a ter em consideração na avaliação social do doente, nomeadamente porque estamos perante uma população idosa, doente e dependente,

que para além de apoio social, familiar e económico, necessita igualmente de ter uma habitação com condições adequadas que promovam e facilitem a recuperação e autonomia do doente, ou impeçam o seu regresso a casa.

Em termos habitacionais, há que referir, de acordo com o Gráfico 34 que a grande maioria da população analisada possui habitação própria (55,0%), enquanto que 25,7% não possui.

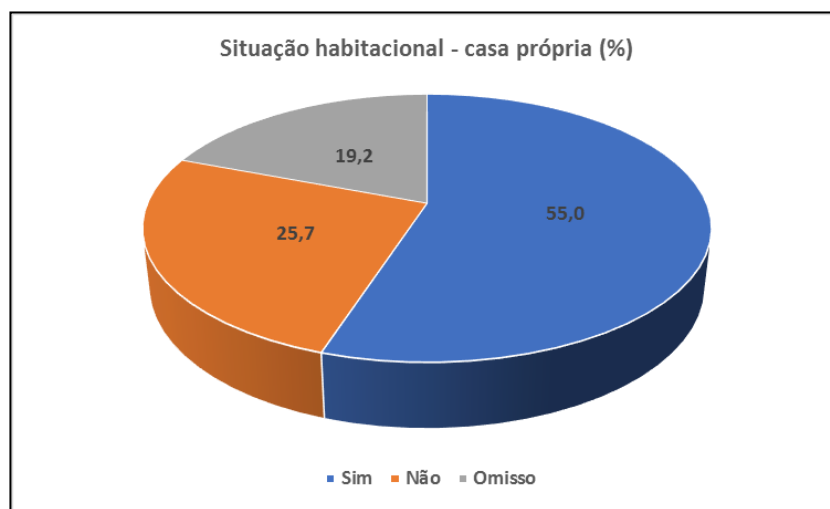


Gráfico 34 – Caracterização da população ao nível habitacional (casa própria) (N = 1.061)

Analisando a Tabela 34, percebemos que os doentes que não possuem habitação própria, residem em habitação arrendada (37 casos) ou residem em habitação ou quarto emprestado (5), nomeadamente por algum elemento da família ou pelo empregador.

Avaliação habitacional		Frequência	Percentagem
Válido	Sem registo	956	90,1
	Com registo	105	9,9
	Deficiente estrutura habitacional	54	5,1
	Casa/quarto arrendado	37	3,5
	Foram/serão realizadas obras de adaptação	9	0,8
	Casa/quarto emprestado	5	0,5
	Total	1061	100,0

Tabela 34 – Situação habitacional dos doentes

A Tabela 34, permite-nos identificar a existência de doentes que habitam em casas com deficiente estrutura habitacional (54) e 9 situações em que foram ou serão efetuadas obras de adaptação à nova condição do doente.

Quase toda a população referiu viver em habitação com condições de habitabilidade (81,9%), exceto uma parcela de doentes que vivem em habitações sem condições mínimas de habitabilidade (6,3%) (Gráfico 35). Ora, esta informação vai ao encontro dos dados plasmados na Tabela 53 e relativos à existência de 54 doentes que referiram viver em habitações com infraestruturas inadequadas para habitar ou desadequadas à sua nova condição de doente portador de dependência. As descrições realizadas prenderam-se com habitações inacabadas, divisões pequenas, existência de barreiras arquitetónicas (nomeadamente escadas), wc no exterior da habitação, falta de higiene e limpeza, sem luz, água e esgotos, entre outros.

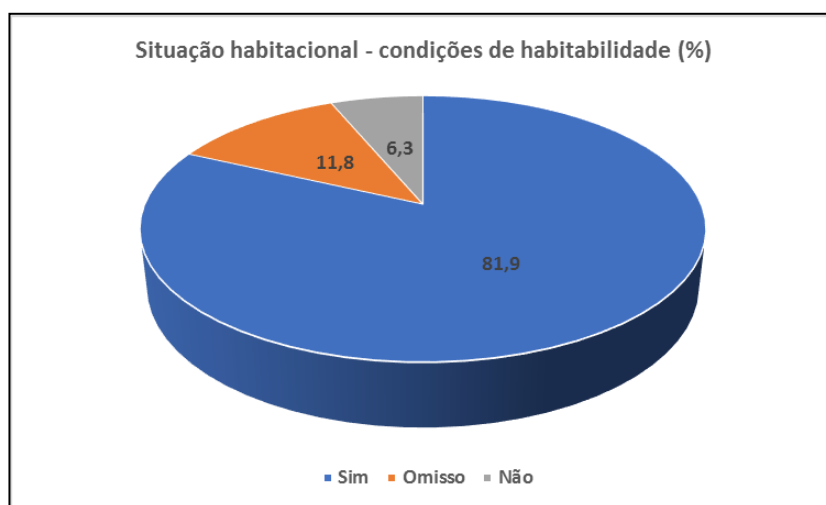


Gráfico 35 – Caracterização da população ao nível habitacional (condições de habitabilidade) (N = 1.061)

No Gráfico 36 observamos ainda que 57,9% dos doentes admitiu não ter qualquer tipo de barreiras arquitetónicas no seu domicílio, enquanto que 42,1% referiram viver em habitação com uma ou mais barreiras arquitetónicas. Este último facto prende-se essencialmente com a existência de degraus e escadas interiores e/ou exteriores, divisões pequenas e estreitas, casas de banho com banheira, inexistência de rampa ou de elevador que viabilize a marcha do doente e a realização das AVD's, entre outros. Todas estas situações constituem-se como impeditivas, em muitas situações, do regresso do doente ao seu domicílio.

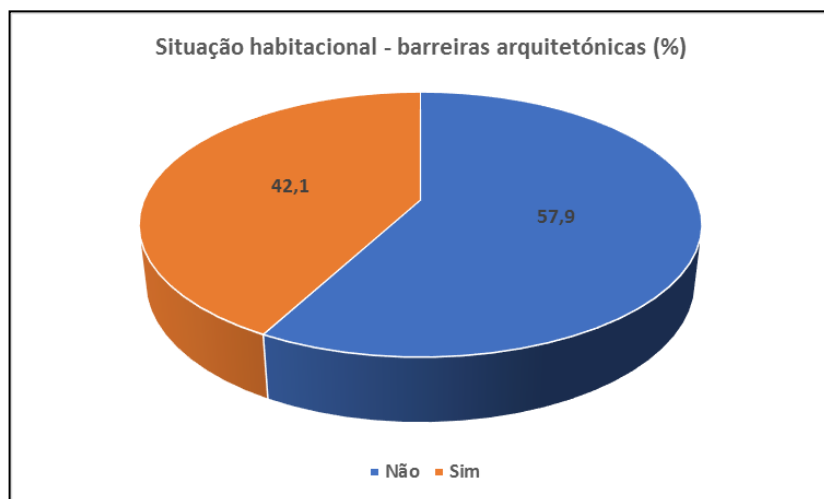


Gráfico 36 – Caracterização da população ao nível habitacional (barreiras arquitetónicas) (N = 1.061)

A este respeito refira-se ainda que a Tabela 34 regista 9 situações de famílias que admitiram ter já em curso a realização de obras na habitação do doente ou ter intenção de as providenciar, de modo a poder recebê-lo no domicílio.

e. Intervenção social

Para além do diagnóstico e da avaliação social da situação do doente com indicação de ingresso na Rede, o Assistente social procede à respetiva intervenção, adequada à situação-problema que tem à frente.

Esta intervenção traduz-se num conjunto de diversas ações que este profissional desenvolve junto do doente, da família/cuidador, da equipa multidisciplinar e de outros profissionais do hospital ou de fora dele, pessoalmente, por telefone ou por outro meio informático.

As atividades realizadas e sinalizadas pelos AS foram as seguintes:

- Realização de entrevista psicossocial de avaliação;
- Prestação de informações, orientações, esclarecimentos e/ou sugestões;
- Prestação de apoio psicossocial;
- Articulação com outros elementos, nomeadamente profissionais.

De acordo com a Tabela 35, podemos observar que se registou intervenção do profissional de Serviço Social em todos os casos de doentes referenciados para a RNCCI, através da realização da entrevista psicossocial de avaliação (100%). De acordo com a informação existente nos processos, na esmagadora maioria dos casos, os dados foram recolhidos presencialmente, tendo nalgumas situações sido feita por telefone, devido à indisponibilidade da família em se deslocar ao hospital durante o horário de trabalho do

Assistente social, ou no caso dos doentes que não possuem família, com os técnicos das instituições onde os doentes estavam institucionalizados ou eram acompanhados.

Intervenção social	Frequência	Percentagem
Entrevista psicossocial de avaliação	1061	100,0%
Informações/Orientações/Esclarecimentos/Sugestões	590	55,6%
Apoio psicossocial	343	32,3%
Articulação com outros (Equipa/Rede/Outro)	274	25,8%

Tabela 35 – Intervenção social junto dos doentes/família/outros

Realizada a avaliação social urge intervir, de modo a tentar minimizar e/ou eliminar a situação-problema do doente.

De acordo com a Tabela 35, verifica-se que em 55,6% das situações de referenciação os AS mencionaram ter prestado informações à família, nomeadamente sobre o modo de funcionamento da RNCCI e forneceram orientações, especialmente no que respeita às respostas mais adequadas para o doente. Esclareceram a família relativamente a dúvidas, questões e à necessidade da família se organizar para encontrar uma resposta para o doente após a alta da RNCCI e fizeram ainda sugestões à família/cuidador, nomeadamente de inscrição do doente em lar de idosos, centro de dia, apoio domiciliário e outro.

A Tabela 35 demonstra ainda que em 32,3% dos casos, o Assistente social teve de realizar apoio psicossocial ao doente e/ou família/cuidador e em 25,8% das situações teve de proceder à articulação com os profissionais da equipa médica e de enfermagem, com assistentes sociais da RNCCI, da Segurança Social, de IPSS's, de lares de idosos, entre muitos outros (274 casos), sempre com o objetivo da resolução da problemática social do doente e respetiva família.

2. Os doentes referenciados e admitidos na RNCCI em 2016, que não viram concretizada de forma imediata a sua alta hospitalar

2.1 Comparação com os doentes não admitidos na RNCCI e/ou admitidos a partir do seu domicílio após a alta hospitalar

Uma das conclusões retiradas da análise da dimensão clínica/hospitalar dos doentes internados no CHUC e referenciados para a RNCCI, prende-se com o facto de registarem em média um elevado número de dias de internamento, isto é, 31,2 dias e de não serem

admitidos imediatamente nas Unidades ou Equipas da RNCCI após o seu processo de referência entrar na EGA do hospital, demorando em média 14,7 dias.

Contudo, tendo em conta que existe um grande número de doentes que é admitido na RNCCI diretamente a partir do internamento (57,1%, correspondendo a 605 doentes) e que existe uma outra parcela da população em análise que não foi admitida, por diversas razões (42,9%, correspondendo a 453 doentes), torna-se relevante perceber se o tempo de permanência no hospital após a entrada do processo de referência na EGA é igual ou se existe alguma diferença ao nível das suas características.

2.1.1 A demora média hospitalar e o tempo de espera até à alta hospitalar

Após a análise das datas do início do internamento, da alta hospitalar (para a RNCCI ou para outro local que não a Rede), da data de sinalização do processo à EGA, da data de entrada do processo de referência na EGA e da data de envio do pedido de referência à ECL (através da Plataforma), e do estabelecimento de relações entre si, foi possível concluir que existem de facto diferenças significativas entre os dias de internamento dos doentes admitidos na RNCCI diretamente a partir dos Serviços clínicos e os dias de internamento dos doentes que não foram admitidos na RNCCI diretamente.

Contudo, tendo em conta que os doentes não admitidos na RNCCI contemplam os que efetivamente não chegaram a entrar na RNCCI a partir do episódio de internamento e os que entraram a partir do seu domicílio, faremos de seguida uma comparação entre as três tipologias de doentes: admitidos a partir do internamento, não admitidos e admitidos a partir do domicílio.

Através da análise da Tabela 36 podemos verificar que dos 606 doentes admitidos diretamente na RNCCI oriundos dos Serviços clínicos do CHUC, 605¹⁷ registaram em média 34,5 dias de internamento, tendo sido 7 o número mínimo de dias e 231 o número máximo. Relativamente ao período de tempo entre a sinalização e a data da alta, este foi em média de 28,7 dias (para um total de 186 doentes) e o número médio de dias entre a data de entrada no processo na EGA e a admissão do doente na Rede de 17,8 dias, valor idêntico ao número médio de dias de internamento entre a data de envio do pedido de referência à EGA e a data da admissão na Rede (17,2 dias), ambos relativos a um total de 605 doentes.

¹⁷ De referir que em termos práticos foram admitidos na RNCCI 606 doentes, dos quais apenas 605 possuíam data de alta hospitalar/admissão da RNCCI, tendo sido excluído 1 doente da contabilização da demora média hospitalar e outros cálculos.

Doentes admitidos na RNCCI	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média
Número de dias de Internamento	605	7	231	20.889	34,5
Número de dias entre a sinalização e a admissão na RNCCI	186	6	100	5.344	28,7
Número de dias entre a referênciação à EGA e a admissão na RNCCI	605	1	94	10.761	17,8
Número de dias entre a referênciação à ECL e a admissão na RNCCI	605	-1	90	10.417	17,2

Tabela 36 – Caracterização dos doentes admitidos diretamente na RNCCI, a partir do internamento, por dias de internamento durante o processo de referênciação

Olhando agora para os indicadores dos doentes referenciados e não admitidos na RNCCI, num total de 214¹⁸, podemos perceber, através da Tabela 37, que o número médio de dias de internamento é de 32,5 dias. O número mínimo de dias de internamento registado foi de 2 e o máximo de 154 dias.

Doentes não admitidos na RNCCI	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média
Número de dias de Internamento	214	2	154	6.961	32,5
Número de dias entre a sinalização e a alta	56	3	153	1.684	30,1
Número de dias entre a referênciação à EGA e a alta	210	-1	125	2.944	14,0
Número de dias entre a referênciação à ECL e a alta	207	-1	124	2.793	13,5

Tabela 37 – Caracterização dos doentes não admitidos na RNCCI a partir do internamento, por dias de internamento durante o processo de referênciação

Relativamente ao número de dias de internamento registado entre a sinalização e a data da alta hospitalar (num total de 56 doentes), verifica-se que foi em média de 30,1 dias. O número médio de dias entre a data de entrada no processo na EGA e a admissão do doente na Rede foi de 14,0 dias, relativo a um total de 210 doentes). No caso do número médio de dias de internamento entre o envio do pedido à ECL e a alta hospitalar, este foi de 13,5 dias, idêntico ao acima referido e relativo a 207 doentes.

No que respeita aos doentes que também foram admitidos na RNCCI, mas que, não permaneceram internados no hospital a aguardar a sua colocação, podemos verificar pela Tabela 38, que em média estes doentes (num total de 239) permaneceram internados 21,6 dias. O tempo médio compreendido entra a data da sinalização do doente e a alta para o domicílio foi de 18,0 dias (relativo a 63 doentes), o número médio de dias entre a referênciação à EGA e a alta foi de 7,4 dias e 6,9 dias entre a data de envio do pedido à ECL e a alta hospitalar (ambos relativos a 239 doentes).

¹⁸ De salientar que em termos práticos não foram admitidos na RNCCI 216 doentes, dos quais apenas 214 foram incluídos para efeitos de cálculos, tendo sido excluídos 2 doentes por não possuir critérios e por não possuir registo da data da alta hospitalar.

Doentes com alta para o domicílio a aguardar vaga na RNCCI	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média
Número de dias de Internamento	239	3	90	5.167	21,6
Número de dias entre a sinalização e a admissão na RNCCI	63	-2	74	1.135	18,0
Número de dias entre a referência à EGA e a admissão na RNCCI	239	-5	66	1.759	7,4
Número de dias entre a referência à ECL e a admissão na RNCCI	239	-5	65	1.641	6,9

Tabela 38 – Caracterização dos doentes com alta para o domicílio a aguardar vaga na RNCCI, por dias de internamento durante o processo de referência

Analisados que foram os indicadores relativos a cada uma das tipologias de doentes, importa agora proceder à sua comparação para tentar perceber como se comportam.

O Gráfico 37 demonstra as diferenças existentes em termos do número médio de dias e, ao analisá-lo, podemos concluir que existe um claro aumento do número médio de dias de internamento entre os doentes admitidos diretamente na RNCCI e os doentes com alta para o domicílio.

Relativamente ao número médio de dias de internamento, há que referir que entre os doentes admitidos diretamente na Rede e os não admitidos), se regista uma diminuição de 2 dias (34,5 e 32,3 dias, respetivamente), valor este que diminui ainda mais, quando comparamos os primeiros com os doentes que tiveram alta para o domicílio (21,6 dias), redução que se traduz em menos 12,9 dias.

No que concerne ao número médio de dias de internamento registado entre a data da sinalização e a data da alta hospitalar, podemos dizer que comparando os doentes admitidos diretamente na Rede (28,7 dias) com os não admitidos (30,1 dias), se regista um aumento de 1,3 dias.

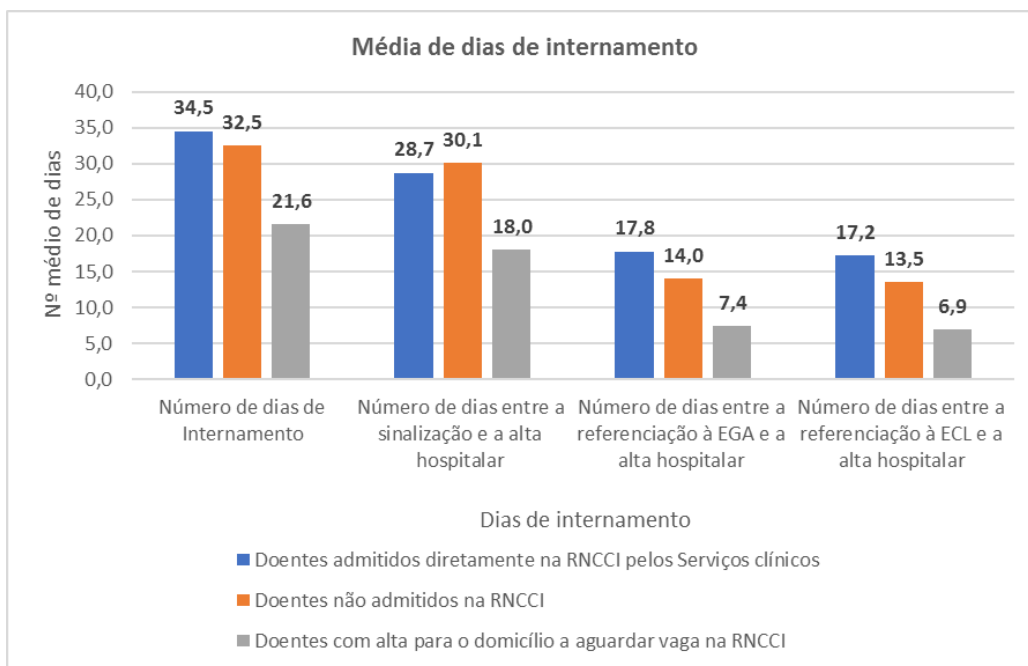


Gráfico 37 – Demora média por tipologia de doentes após-alta hospitalar (N = 1.601)

Este valor diminui substancialmente quando comparamos os primeiros com os doentes com alta para o domicílio (18,0 dias), redução que se traduz em 10,7 dias.

Em termos do número médio de dias de internamento entre a data de entrada do pedido na EGA e a data da alta hospitalar, podemos referir que se regista uma diminuição de 3,8 dias, quando comparamos os doentes admitidos diretamente na Rede (17,8 dias), com os doentes não admitidos (14,0 dias). A diminuição do número de dias de internamento é ainda menor, quando comparamos os primeiros, com os doentes com alta para o domicílio (7,7 dias), redução esta que se traduz em 10,4 dias.

No que respeita ao número médio de dias de internamento entra a data de envio do processo à ECL (através da Plataforma) e a data da alta hospitalar, podemos dizer que comparando os doentes admitidos diretamente na Rede (17,2 dias) com os não admitidos (13,5 dias), se regista uma diminuição de 3,7 dias, valor este que diminui ainda mais, quando comparamos os primeiros com os doentes com alta para o domicílio (6,8 dias), o que se traduz numa redução de 10,6 dias de internamento.

De referir que, apesar de cada um dos grupos ou tipologias de doentes analisados possuir dimensões diferentes, consideramos que tal não interfere com os resultados obtidos, porque o seu total corresponde a um número muito significativo de sujeitos que ultrapassa a centena e estende-se até aos 605 doentes, exceto no caso do período de tempo de internamento compreendido entre a sinalização e a alta hospitalar dos doentes que foram

para o domicílio aguardar vaga na Rede, que atingiu os 63 doentes, número ainda assim relevante.

Em suma, podemos concluir que os doentes internados no Pólo HUC, que foram referenciados para a RNCCI e que se mantiveram hospitalizados a aguardar a sua colocação (num total de 605), foram os que registaram os mais elevados tempos de internamento e de espera (34,5 dias), quando comparados com os doentes que não foram admitidos (214 doentes com uma média de internamento de 32,5 dias) e nomeadamente com os que foram admitidos na Rede a partir do seu domicílio (239 doentes que registaram uma média de internamento de 21,6 dias). Efetivamente, verificou-se que o primeiro grupo de doentes permaneceu internado mais 12,9 dias que o grupo de doentes que tiveram alta para o domicílio aguardar colocação na RNCCI, números estes que se revelam bastante significativos e preocupantes.

2.1.2 O perfil sociográfico dos utentes (pessoal, clínico e social)

Na tentativa de perceber quais as diferenças de perfil entre as três tipologias de doentes (admitidos na RNCCI a partir do internamento, admitidos a partir do domicílio e não admitidos) e de as analisar, procedemos ao cruzamento das variáveis de cada uma das dimensões com os três tipos de doentes.

Todavia, devemos referir que apesar das três tipologias de doentes possuírem amostras com diferente número de elementos (RNCCI = 57,1%; Alta para o domicílio a aguardar vaga na RNCCI = 22,5%; Não admitido na RNCCI = 20,4%), pensamos ser vantajosa e pertinente a sua comparação dado o elevado número de doentes que incluem, são representativas da população de doentes referenciados para a Rede.

Através da análise das tabelas geradas pelo SPSS, foi possível concluir que o perfil pessoal, clínico e social é semelhante aos três tipos de doentes referenciados.

Contudo, existem variáveis e indicadores que possuem diferenças e que são analisadas seguidamente.

a. Perfil pessoal

Em termos do perfil pessoal, apenas foi identificada a variável do género como possuindo valores diferentes.

Através da Tabela 39, podemos verificar que tanto os doentes admitidos na RNCCI como os que tiveram alta para o domicílio, onde permaneceram a aguardar colocação, têm uma população maioritariamente feminina (50,5% e 54,0%, respetivamente) ao contrário dos doentes que não foram admitidos na RNCCI, que são maioritariamente do género masculino (59,7% dos doentes).

Tabulação cruzada Género * Destino após a alta hospitalar		Destino após a alta hospitalar			Total
		Alta para o domicílio - doente aguarda vaga na RNCCI	Não admitido na RNCCI	RNCCI	
Género		0	1	0	1
	Feminino	129	86	306	521
	Maculino	110	129	300	539
Total		239	216	606	1061

Tabela 39 – Género: comparação por tipologia de doentes

b. Perfil clínico

Relativamente ao perfil clínico, podemos referir que foram identificadas três variáveis com diferenças entre os doentes admitidos na RNCCI, os não admitidos e os que foram aguardar vaga para o domicílio, a saber: Serviço de internamento, causa de internamento e tipologia da RNCCI definitivamente proposta.

No que respeita ao Serviço, podemos verificar, através da análise da Tabela 40, que a grande maioria dos doentes admitidos a partir do domicílio e os não admitidos estiveram internados, no Serviço de Medicina Interna A (24,7% e 26,4% de doentes, respetivamente), seguido do Serviço de Neurologia (19,2% e 20,0% de doentes, respetivamente). Pelo contrário, os doentes admitidos na RNCCI estiveram internados no Serviço de Ortopedia (30,2% de doentes), seguido do Serviço de Neurologia (21,9% de doentes).

Tabulação cruzada Serviço * Destino após a alta hospitalar		Destino após a alta hospitalar			Total
		Alta para o domicílio - doente aguarda vaga na RNCCI	Não admitido na RNCCI	RNCCI	
Serviço	Cardiologia	2	5	5	12
	Cirurgia A	12	9	6	27
	Cirurgia B	7	17	20	44
	Cirurgia Cardiotorácica	1	1	5	7
	Cirurgia Maxilo-Facial	2	0	3	5
	Cirurgia Plástica	0	0	1	1
	Cirurgia Vascular	7	3	11	21
	Dermatologia	3	0	6	9
	Endocrinologia	4	1	3	8
	Gastroenterologia	10	5	8	23
	Ginecologia	5	3	5	13
	Hematologia	5	2	9	16
	Imuno-Alergologia	1	1	0	2
	Infecciosas	3	3	5	11
	Medicina Interna A	59	57	88	204
	Nefrologia	6	9	9	24
	Neurocirurgia	6	14	52	72
	Neurologia	46	43	129	218
	Oncologia	0	1	1	2
	Ortopedia	24	12	183	219
	Otorrinolaringologia	2	3	5	10
	Pediatria Médica	0	1	0	1
	Pneumologia	10	7	13	30
	Psiquiatria	2	1	12	15
	Reumatologia	2	0	1	3
	Unidade de Patologia Dual	0	1	4	5
	Unidade de Queimados	0	10	3	13
	Unidade de Transplantação Hepática do Adulto e da Criança	0	1	1	2
	Urologia	20	6	18	44
Total		239	216	606	1061

Tabela 40 – Serviço: comparação por tipologia de doentes

Relativamente às causas de internamento, podemos constatar pela análise da Tabela 41, que tanto os doentes com alta para o domicílio como os que não foram admitidos, foram internados por doença oncológica (21,0% e 22,7% de doentes, respetivamente), seguida do AVC (15,5% e 16,2% de doentes, respetivamente) e da infeção respiratória (11,7% e 16,4% de doentes, respetivamente).

Por seu lado, os doentes admitidos na RNCCI a partir dos Serviços clínicos, registaram como principal causa de internamento a prevalência de uma ou mais fratura óssea (27,7% de doentes), seguida do AVC (20,3% de doentes) e da doença oncológica (13,2% de doentes).

Tabulação cruzada Causa de internamento * Destino após a alta hospitalar		Destino após a alta hospitalar			Total
		Alta para o domicílio - doente aguarda vaga na RNCCI	Não admitido na RNCCI	RNCCI	
Patologia	Acidente Vascular Cerebral	37	35	123	195
	Cirurgia não oncológica	12	10	24	46
	Doença oncológica	50	49	80	179
	Fratura óssea	22	15	168	205
	Infeção respiratória	28	19	31	78
	Insuficiência cardíaca	7	10	13	30
	Outras causas	68	63	136	267
	Outras infeções	15	15	31	61
Total		239	216	606	1061

Tabela 41 – Causa de internamento: comparação por tipologia de doentes

Quanto à tipologia de resposta da RNCCI definitivamente proposta à EGA, podemos observar na Tabela 42, que a mais frequentemente solicitada (após as necessárias alterações) para os doentes com alta para o domicílio e para os doentes que não chegaram a entrar na RNCCI foi a UMDR (33,9% e 36,6% de doentes, respetivamente), enquanto que os doentes efetivamente admitidos na Rede foram maioritariamente para as UC (51% de doentes).

Tabulação cruzada Tipologia de saída * Destino após a alta hospitalar		Destino após a alta hospitalar			Total
		Alta para o domicílio - doente aguarda vaga na RNCCI	Não admitido na RNCCI	RNCCI	
Tipologia de Saída	ECCI	31	3	7	41
	UC	75	49	309	433
	UCP	21	45	45	111
	ULDM	31	38	70	139
	UMDR	81	79	175	335
	Não se aplica	0	2	0	2
Total		239	216	606	1061

Tabela 42 – Tipologia proposta definitivamente: comparação por tipologia de doentes

c. Perfil social

Em termos do perfil social, podemos referir que a única variável que registou alterações entre as tipologias de doentes em causa, foi a avaliação social.

Através da análise da Tabela 43, conclui-se que os doentes admitidos na Rede e os não admitidos registaram um maior número de doentes com carência social (11,2% e 12,5% de doentes, respetivamente), enquanto que os doentes com alta para o domicílio revelaram possuir maioritariamente uma situação social estável (18,7% de doentes).

Tabulação cruzada Avaliação social * Destino após a alta hospitalar		Destino após a alta hospitalar			Total
		Alta para o domicílio - doente aguarda vaga na RNCCI	Não admitido na RNCCI	RNCCI	
Avaliação social		191	170	478	839
	Situação de carência social	22	27	68	117
	Situação social estável	26	19	60	105
Total		239	216	606	1061

Tabela 43 – Avaliação social – comparação por tipologia de doentes

Da comparação efetuada às variáveis acima referidas, entre os doentes admitidos diretamente nas Unidades e/ou Equipas da Rede, os doentes que foram aguardar vaga no domicílio e ainda os que não chegaram a entrar na RNCCI, podemos concluir que os doentes admitidos diretamente na RNCCI através dos Serviços clínicos, registaram diferenças de um ou de ambos os restantes grupos de doentes, nomeadamente por possuir:

- Uma população maioritariamente do género feminino;
- Uma média de dias de internamento mais elevada;
- Uma média de dias de espera mais elevada entre a referência do doente à EGA e à ECL e a sua efetiva entrada na Unidade ou Equipa da Rede;
- Internamentos ocorridos maioritariamente no Serviço de Ortopedia, tendo como grande causa de internamento uma ou mais fraturas ósseas;
- Admissão em Unidades de Convalescença;
- Carência social.

3. Perceções dos profissionais de saúde envolvidos no processo de referência, relativamente aos fatores que originam a demora, às consequências que esse atraso acarreta para os Serviços e às sugestões capazes de resolver o problema

Analisados os dados dos doentes internados no Pólo HUC do CHUC, que foram referenciados e admitidos nas diversas Unidades e/ou Equipas da RNCCI, mas que não viram concretizada de forma imediata a sua alta hospitalar, que nos permitiu fazer o levantamento e caracterização dos doentes e respetivas famílias sob várias dimensões, bem como perceber a existência de demoras médias de internamento diferentes entre os vários grupos de doentes internados, iremos proceder à análise das entrevistas realizadas.

As entrevistas foram dirigidas aos profissionais médicos e de enfermagem que chefiam e são responsáveis pelas Unidades de internamento dos Serviços de Medicina Interna A e Neurologia, bem como aos assistentes sociais que aí desenvolvem a sua atividade social. Este método de recolha de dados teve como objetivo identificar as perceções destes profissionais de saúde, relativamente às causas do atraso da admissão dos doentes na RNCCI, ao seu impacto nos Serviços e ainda auscultá-los quanto a propostas e sugestões para a resolução desta situação.

3.1 Caracterização da população entrevistada

O número de profissionais definidos como alvo de entrevistas foi de vinte e dois, tendo na prática sido realizadas vinte e uma entrevistas, tendo em consideração que existe um profissional que revelou possuir pouco tempo disponível para a sua concretização.

Relativamente aos grupos profissionais abrangidos, foram realizadas entrevistas a nove médicos, dos quais cinco pertencem ao Serviço de Medicina Interna A e quatro ao Serviço de Neurologia (sendo que uma das enfermarias está dividida em dois setores, cada qual com o seu responsável), sete Enfermeiros-Chefes e cinco Assistentes Sociais (que acumulam a sua atividade em mais do que uma enfermaria).

Em termos de caracterização dos profissionais entrevistados podemos observar, a partir da análise da Tabela 44, que o pessoal médico é maioritariamente do género masculino (9 profissionais), existindo apenas três profissionais do género feminino. São igualmente os médicos do género masculino os que possuem mais tempo de Serviço em funções de chefia das enfermarias dos Serviços. Destes, apenas um médico assume estas funções há menos de 2 anos. Nos restantes o tempo de Serviço como responsável do internamento, varia entre os 3 e os 10 anos. Nas mulheres verifica-se que duas profissionais possuem menos tempo nestas funções de chefia (2 anos), ao passo que uma médica já tem mais anos de experiência (mais de 9 anos).

Grupo profissional	Género	Tempo de serviço como responsável, ou na Unidade de internamento
Chefe da Equipa Médica (pessoal médico)	F	0-2 Anos
	F	0-2 Anos
	F	9 ou + Anos
	M	0-2 Anos
	M	3-5 Anos
	M	3-5 Anos
	M	6-8 Anos
	M	9 ou + Anos
Enfermeiro-Chefe (pessoal de enfermagem)	F	3-5 Anos
	F	3-5 Anos
	F	3-5 Anos
	F	6-8 Anos
	F	6-8 Anos
	M	3-5 Anos
	M	3-5 Anos
Assistente Social	F	0-2 Anos
	F	0-2 Anos
	F	3-5 Anos
	F	3-5 Anos
	M	0-2 Anos

Tabela 44 – Caracterização dos entrevistados por género e tempo de Serviço na Unidade de internamento

No que concerne aos Enfermeiros-Chefes podemos verificar, a partir da Tabela 44, que são maioritariamente do género feminino (5 profissionais) por oposição aos Enfermeiros-Chefes do género masculino (apenas 2). No caso destes profissionais verifica-se ainda que o tempo de Serviço na Unidade de Internamento como chefes e responsáveis varia entre os 3 e os 5 anos, decorrente de remodelações efetuadas pela Direção de Enfermagem.

Quanto aos assistentes sociais, podemos dizer que são maioritariamente do género feminino, num total de 4, existindo apenas um profissional do género masculino. Na sua maioria estes profissionais encontram-se a desempenhar as suas funções nas enfermarias onde estão alocados atualmente, há pouco menos de dois anos, existindo dois casos em que os profissionais já lá se encontram há mais tempo (aproximadamente cinco anos).

Portanto, verifica-se que em todos os grupos, os profissionais assumem as suas funções há dois ou mais anos, facto que contribui para um melhor conhecimento e detenção de uma maior experiência na problemática aqui em causa.

3.2. As percepções dos profissionais de saúde face à situação problema

Para conhecermos as percepções dos profissionais relativamente à temática dos doentes referenciados para a RNCCI e não admitidos de forma imediata, foram colocadas as seguintes questões durante a entrevista:

- 1. Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dos doentes internados no seu Serviço/no Serviço onde exerce a atividade de assistente social?**
- 2. Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto no Serviço que dirige/nos Serviços clínicos? Sim ou Não?**
- 3. Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.**
- 4. Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento do seu Serviço/dos Serviços?**
- 5. Que sugestões identifica para solucionar este problema?**

Todas as questões obtiveram resposta pelos entrevistados, tendo sido criadas tabelas para cada uma das questões, onde foram sendo registadas as variáveis mencionadas pelos profissionais.

Mais tarde, foram contactados novamente os entrevistados e foi-lhes pedido para ordenar por ordem de importância (a partir no número 1, e sendo este o mais importante), as variáveis identificadas pelos profissionais para cada umas questões. Isto permitiu-nos, para além de identificar as variáveis que respondem a cada questão, identificar as mais importantes, aplicando deste modo o Painel de Delphi. Naturalmente que todas as respostas são importantes e derivam do conhecimento e da experiência dos peritos entrevistados, mas torna-se crucial tentar chegar a um consenso sobre as variáveis com maior primazia em termos das causas, das consequências e das soluções da problemática em apreço.

De seguida serão analisadas as questões da entrevista, por grupo profissional de modo a melhor conhecermos os seus pontos de vista, dado que a experiência profissional nesta temática varia de profissional para profissional e de grupo para grupo. De referir ainda que existem respostas dadas especificamente por determinado grupo profissional, que não foram referidas pelos restantes, o que demonstra a necessidade de uma análise mais detalhada.

Posteriormente iremos apresentar os resultados obtidos da aplicação do Painel de Delphi, que nos permitem retirar conclusões relativamente às respostas mais importantes para cada uma das questões.

3.2.1 Análise das respostas dadas às questões colocadas

→ Chefes de Equipas Médicas

Relativamente à questão 1, relacionada com os fatores justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde exercem funções de Chefia, podemos verificar, a partir da Tabela 45, que foram sete as respostas dadas. Estas respostas apontam como “causadores” deste problema:

- f. Os profissionais que iniciam o processo de sinalização e referenciação tardiamente;
- g. A RNCCI e suas Unidades, porque não conseguem responder ao número de solicitações e porque nalguns casos admitem doentes que apenas possuem problemática social;
- h. O doente, porque é cada vez maior o número de doentes a serem referenciados para a RNCCI e porque infetam e reinfetam enquanto aguardam vaga, sendo depois eles próprios a contribuir para este atraso;
- i. A família que em muitas situações contribui para que o processo seja mais demorado e porque não tem possibilidade e/ou vontade de alterar a Unidade escolhida para outra localização.

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no seu Serviço?
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família pela continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (insuficiência ou falta de apoio familiar de retaguarda)
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)
Questão 2: Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto no Serviço que dirige? Sim ou Não?
Sim
Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem
Prejuízo da capacidade formativa dos futuros médicos e de outros profissionais
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais
Aumento dos consumos e custos para o hospital
Questão 4: Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento do seu Serviço?
Negativo/Prejudicial
Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)
Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referência e admissão dos doentes na RNCCI
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes
Libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento hospitalar
Hospitalização domiciliária

Tabela 45 – Respostas prestadas pelos Chefes das equipas médicas a cada questão da entrevista

Quanto à questão 2 que avaliava, perante os fatores acima descritos, a existência ou não de impacto no Serviços que dirigem, todos responderam unanimemente que “*sim*”.

No que respeita à questão 3, através da qual se pretendia conhecer os factos ou consequências desse impacto nos Serviços, foram identificadas sete respostas que recaem sobre:

- k. Os profissionais, com maior sobrecarga, desmotivação e prejuízo da sua formação, incluindo a dos futuros médicos;

- l. O hospital, que vê agravada a demora média hospitalar e aumentados os consumos (de medicamentos, nomeadamente antibióticos, material de consumo clínico, de exames e outros) e os custos, dificultando o cumprimento das metas estipuladas com a tutela para estes indicadores;
- m. O doente que aguarda vaga na RNCCI, que fica mais exposto a riscos infecciosos e não infecciosos potenciadores de perda de funcionalidade ou falecimento;
- n. O doente com episódio de doença aguda, que necessitando de cuidados especializados não tem cama disponível, ou é internado noutra Serviço do hospital que não o Serviço de origem, com o prejuízo assistencial que daí advém.

À questão 4, com a qual se pretendia avaliar os efeitos destas consequências no funcionamento dos Serviços, todos os entrevistados avaliaram como sendo “*negativa*” ou “*prejudicial*”, não apenas para os Serviços, como também para os doentes, não apenas os que aguardam vaga, mas também os que necessitam de ser internados.

No que concerne à quinta e última questão, na qual se solicitava a identificação de possíveis sugestões para solucionar este problema, obtivemos sete respostas, relacionadas com:

- a. Os profissionais, que devem ser mais rigorosos na operacionalização do processo de referenciação do doente e devem investir mais na sensibilização e responsabilização das famílias pela prestação de cuidados após a alta hospitalar;
- b. O hospital, que deve criar uma Unidade de internamento, a que alguns apelidaram de “*Unidade de Retaguarda*” que acolhesse estes doentes que aguardam vaga na Rede, sendo-lhes prestados cuidados de enfermagem menos diferenciados e onde os médicos das diversas especialidades fossem em regime de chamada e onde os custos por doente seriam menores; O hospital deve igualmente criar uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, para fomentar uma alta mais precoce para o domicílio e onde permaneceria internado, enquanto aguardava vaga na Rede;
- c. A RNCCI, que deve aumentar o número de Unidades de internamento e de Equipas, ampliando igualmente a lotação das já existentes, nomeadamente na Região Centro; deve igualmente promover a saída dos doentes aí

internados dentro do prazo previsto, não permitindo a prorrogação da sua estadia;

- d. A comunidade, onde devem ser criados mais Lares de Idosos (com acordos com a Segurança Social) e mais respostas comunitárias, nomeadamente Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Centros de Noite, entre outros;
- e. A família, que deve ser responsabilizada pelo doente, devendo prestar-lhe o apoio que necessita no pós-alta hospitalar/RNCCI.

→ **Enfermeiros-Chefes**

Relativamente à questão 1, que se prende com os fatores justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde exercem as funções de Enfermeiro-Chefe, podemos referir que, a partir da análise da Tabela 46, foram dez as respostas dadas. Estas respostas identificam como justificadores deste problema:

- a. Os profissionais que iniciam o processo de sinalização e referenciação tardiamente e porque em algumas situações alteram a tipologia do doente, obrigando ao recomeço de novo processo;
- b. A RNCCI e suas Unidades, porque não conseguem responder ao número de pedidos e porque em algumas situações admitem doentes que não cumprem critérios clínicos, apenas sociais;
- c. A comunidade, onde existem muitas respostas comunitárias que não estão adaptadas às necessidades destes doentes e família, nomeadamente conforto e alargamento do horário de funcionamento;
- d. O doente, porque é cada vez maior o número de doentes a serem referenciados para a RNCCI, porque infetam e reinfetam enquanto aguardam vaga, sendo depois eles próprios a contribuir para este atraso e ainda, no caso dos que já se encontravam na RNCCI, perderem a respetiva vaga, dando-se início a um novo processo;
- e. A família que em muitas situações contribui para que o processo seja mais demorado e porque não tem possibilidade e/ou vontade de alterar a Unidade escolhida para outra localização.

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no seu Serviço?
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família pela continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (insuficiência ou falta de apoio familiar de retaguarda)
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI
Perda de vaga na RNCCI pelo doente, devido à prorrogação do período de internamento
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)
Inadaptação das respostas comunitárias à condição física, clínica e social do doente
Questão 2: Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto no Serviço que dirige? Sim ou Não?
Sim
Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais
Aumento dos consumos e custos para o hospital
Atribuição de alta mais precoce a doentes agudos para libertação de camas
Questão 4: Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento do seu Serviço?
Negativo/Prejudicial
Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)
Maior agilidade na operacionalização do processo de referência e admissão dos doentes na RNCCI
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes
Hospitalização domiciliária
Maior referência de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's

Tabela 46 – Respostas prestadas pelos Enfermeiros-Chefes a cada questão da entrevista

Quanto à questão 2 que avaliava, perante os fatores acima descritos, a existência ou não de impacto no Serviços que dirigem, todos responderam unanimemente que “*sim*”.

No que respeita à questão 3, através da qual se pretendia conhecer os factos ou consequências desse impacto nos Serviços foram identificadas sete respostas que incidem sobre:

- a. Os profissionais, com maior sobrecarga, desmotivação e prejuízo da sua formação, incluindo a dos futuros médicos;

- b. O hospital, que vê agravada a demora média hospitalar e aumentados os consumos (de medicamentos, nomeadamente antibióticos, material de consumo clínico, de exames e outros) e os custos, dificultando o cumprimento das metas estipuladas com a tutela para estes indicadores;
- c. O doente que aguarda vaga na RNCCI, que fica mais exposto a riscos infecciosos e não infecciosos potenciadores de perda de funcionalidade ou falecimento;
- d. O doente com episódio de doença aguda, que necessitando de cuidados especializados não tem cama disponível, ou é internado noutra Serviço do hospital que não o Serviço de origem, com o prejuízo assistencial que daí advém, ou estando já internado, é lhe dada alta mais precocemente de modo a libertar camas.

À questão 4, com a qual se pretendia avaliar os efeitos destas consequências no funcionamento dos Serviços, todos os entrevistados avaliaram como sendo “*negativa*” ou “*prejudicial*”, não apenas para os Serviços, como também para os doentes, não apenas os que aguardam vaga, mas também os que necessitam de ser internados.

No que concerne à quinta questão, na qual se solicitava a identificação de sugestões para solucionar este problema, obtivemos seis respostas, relacionadas com:

- a. Os profissionais, que devem ser mais rigorosos na operacionalização do processo de referenciação do doente e que devem referenciar um maior número de doentes para as ECCI’s Equipas de Cuidados Continuados Integrados, para que o doente possa ter alta para o domicílio mais precocemente onde tem acesso a cuidados continuados; os profissionais devem igualmente agilizar maior número de idas de doentes para lares de idosos e para respostas comunitárias (IPSS’s);
- b. O hospital, que deve criar uma Unidade de internamento, a que alguns designaram de “*Unidade Intermédia*” que acolhesse estes doentes que aguardam vaga na Rede, sendo-lhes prestados cuidados de enfermagem menos diferenciados e onde os médicos das diversas especialidades fossem em regime de chamada e onde os custos por doente seriam menores; O hospital deve igualmente criar uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, com o objetivo dos doente ir mais precocemente para domicílio e onde permaneceria internado, enquanto aguardava vaga na Rede;

- c. A RNCCI, que deve aumentar o número de Unidades de internamento e de Equipas, aumentando igualmente a lotação das já existentes, nomeadamente na Região Centro; deve igualmente promover a saída dos doentes aí internados dentro do prazo previsto, não permitindo a prorrogação da sua estadia;
- d. A comunidade, onde devem ser criados mais Lares de Idosos (com acordo com a Segurança Social) e mais respostas comunitárias, nomeadamente Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Centros de Noite, entre outros.

→ **Assistentes Sociais**

Relativamente à questão 1, que se prende com os fatores justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde exercem as funções de assistente social podemos dizer que, a partir da análise da Tabela 47, foram dez as respostas dadas, que indicam como justificadores deste problema:

- a. Os profissionais que iniciam o processo de sinalização e referenciação tardiamente e porque em algumas situações alteram a tipologia do doente, obrigando ao recomeço de novo processo;
- b. A RNCCI e suas Unidades, porque não conseguem responder ao número de solicitações e porque em algumas situações admitem doentes que não cumprem critérios clínicos, apenas sociais;
- c. A comunidade, onde se verifica um insuficiente número de lares de idosos (nomeadamente os que possuem acordo com a Segurança Social) e de respostas comunitárias para apoio a este tipo de população;
- d. O doente, porque é cada vez maior o número de doentes a necessitar de apoio da RNCCI, porque infetam e reinfetam enquanto aguardam vaga, sendo depois eles próprios a contribuir para este atraso e ainda, porque são maioritariamente pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e com insuficiente ou sem apoio familiar;
- e. A família porque muitas vezes contribui para o atraso do processo, porque não têm possibilidade e/ou vontade de alterar a Unidade escolhida para outra localização e ainda porque não presta cuidados continuados ao doente a após a alta hospitalar.

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde desenvolve a atividade de Assistente Social?
Sinalização e referenciação tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família pela continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (insuficiência ou falta de apoio familiar de retaguarda)
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida
Doentes são pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e sem retaguarda familiar
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)
Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias
Questão 2: Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto nos Serviços clínicos? Sim ou Não?
Sim
Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem
Aumento dos custos para a família com deslocações ao hospital
Questão 4: Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços?
Negativo/Prejudicial
Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)
Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes
Aumento do número de Assistentes Sociais nas ECL's para diminuição do tempo de resolução dos processos de referenciação
Maior referenciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento /pós-RNCCI

Tabela 47 – Respostas prestadas pelos Assistentes Sociais a cada questão da entrevista

Quanto à questão 2 que avaliava, a existência ou não de impacto dos fatores acima descritos no Serviços clínicos, todos responderam que “*sim*”.

No que respeita à questão 3, através da qual se pretendia conhecer os factos ou consequências desse impacto nos Serviços foram identificadas quatro respostas que recaem sobre:

- a. A família, que vê aumentados os custos com as sucessivas deslocações ao hospital, devido ao prolongamento do internamento;

- b. O doente que aguarda vaga na RNCCI, que fica mais exposto a riscos infecciosos e não infecciosos potenciadores de perda de funcionalidade ou falecimento;
- c. O doente com episódio de doença aguda, que necessitando de cuidados especializados não tem cama disponível, ou é internado noutra Serviço do hospital que não o Serviço de origem, com o prejuízo assistencial que daí advém.

A questão 4, que pretendia avaliar os efeitos destas consequências no funcionamento dos Serviços, obteve uma avaliação “*negativa*” ou “*prejudicial*”, não apenas para os doentes que aguardam vaga, como também para os que necessitam de ser internados.

No que concerne à questão cinco, na qual se solicitava a identificação de sugestões para solucionar este problema, obtivemos sete respostas, relacionadas com:

- a. Os profissionais, que devem ser mais rigorosos na operacionalização do processo de referenciação do doente e que devem referenciar um maior número de doentes para as ECCL’s Equipas de Cuidados Continuados Integrados, para que o doente possa ter alta para o domicílio mais precocemente onde tem acesso a cuidados continuados; Os profissionais devem igualmente agilizar maior número de idas de doentes para lares de idosos e para respostas comunitárias (IPSS’s); Defendem igualmente que os profissionais devem investir mais na sensibilização e responsabilização das famílias pela prestação de cuidados após a alta do hospitalar e após a alta da Unidade de internamento da RNCCI;
- b. O hospital, que deve criar uma Unidade de internamento, que acolhesse estes doentes que aguardam vaga na Rede, sendo-lhes prestados cuidados de enfermagem menos diferenciados e onde os médicos das diversas especialidades fossem em regime de chamada e onde os custos por doente seriam menores;
- c. As Equipas Comunitárias Locais (ECL), devem aumentar o número de assistentes sociais de modo a diminuir o tempo de resolução dos processos de referenciação, encurtando o tempo de espera;
- d. A comunidade onde devem ser criados mais Lares de Idosos (com acordo com a Segurança Social) e mais respostas comunitárias, nomeadamente Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Centros de Noite, entre outros;

- e. A família, que deve ser responsabilizada pelo doente, devendo prestar-lhe o apoio que necessita no pós-alta hospitalar/RNCCI.

Através da análise das tabelas analisadas e do que atrás foi descrito para cada um dos grupos profissionais, podemos referir que os diversos profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais, possuem convergências e divergências ao nível das suas preocupações e pontos de vista relativamente ao problema em análise.

As tabelas seguintes (48, 49, 50, 51 e 52) identificam para cada questão, as respostas iguais e diferentes que foram obtidas para a totalidade dos grupos profissionais.

Uma das grandes conclusões pende-se com o facto de existirem duas questões que obtiveram apenas respostas iguais (Questão 2 e 4), enquanto que as restantes (Questão 1, 3 e 5) registaram respostas iguais e diferentes, sendo que a maior percentagem diz respeito a respostas iguais, o que significa que existe uma partilha de opiniões relativamente a cada uma das questões.

Relativamente às causas do atraso, podemos observar a partir da Tabela 48, que os profissionais referem os doentes, os seus familiares, a RNCCI e os profissionais envolvidos no processo de referenciação como estando na origem de algumas das causas do atraso de admissão do doente na Rede. Outros acrescentam pontos de vista diferentes, relativos aos doentes referenciados e a respostas de suporte a estes doentes, como a família, os lares e as IPSS's.

Tipo de resposta	Resposta
Igual	Alteração da tipologia de Unidade previamente definida
	Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI
	Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização
	Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)
	Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)
	Infeções e reinfecções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI
	Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)
	Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)
Diferente	Doentes são pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e sem retaguarda familiar
	Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias
	Inadaptação das respostas comunitárias à condição física, clínica e social do doente
	Perda de vaga na RNCCI pelo doente, devido à prorrogação do período de internamento

Tabela 48 – Questão 1: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais

A questão 2, relativa à existência de impacto nos Serviços, não levantou qualquer dúvida aos entrevistados, que responderam positivo, de forma unanime (Tabela 49).

Tipo de resposta	Resposta
Igual	Sim

Tabela 49 – Questão 2: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais

No que concerne à questão 3, podemos verificar pela análise da Tabela 50 que foram identificadas seis respostas iguais relativas às consequências do atraso da admissão dos

doentes na RNCCI, relacionadas com os doentes que aguardam vaga na RNCCI e com os doentes com doença aguda que não têm vaga no hospital de agudos ou no Serviço responsável. Outras respostas comuns prendem-se com as consequências que resultam também para o hospital e para os profissionais de saúde.

Tipo de resposta	Resposta
Igual	Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)
	Aumento dos consumos e custos para o hospital
	Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis
	Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem
	Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento
	Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais
Diferente	Atribuição de alta mais precoce a doentes agudos para libertação de camas
	Aumento dos custos para a família com deslocações ao hospital

Tabela 50 – Questão 3: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais

Como respostas diferentes foram identificadas consequências relativas aos doentes internados com doença aguda e às famílias dos doentes que se mantêm internados a aguardar vaga na Rede (Tabela 50).

Em relação à questão 4, relacionada com a avaliação do impacto do atraso da admissão dos doentes na Rede, podemos verificar pela Tabela 51, que a resposta dada por todos os profissionais foi negativa, ou seja, o impacto existente nos Serviços é sempre avaliado de forma negativa, por que é prejudicial para os Serviços.

Tipo de resposta	Resposta
Igual	Negativa

Tabela 51 – Questão 4: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais

Por último, a questão 5, relacionada com as sugestões para resolução do problema do impacto, pode ser observada na Tabela 52. Registaram-se oito respostas comuns aos entrevistados, relacionadas com a RNCCI, com o processo de referenciação e ingresso dos doentes, com o hospital e com as famílias dos doentes.

Tipo de resposta	Resposta
Igual	Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)
	Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes
	Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa
	Hospitalização domiciliária
	Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI
	Maior referenciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's
	Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento
Diferente	Aumentar o número de Assistentes Sociais nas ECL's para diminuição do tempo de resolução dos processos de referenciação
	Libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido
	Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI

Tabela 52 – Questão 5: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais

As sugestões divergentes recaem essencialmente sobre a RNCCI, nomeadamente sobre o aumento do número de assistentes sociais, sobre os doentes que se encontram internados na Unidades da Rede e ainda sobre o processo de referenciação e ingresso dos doentes na Rede.

3.2.2 Aplicação do Modelo de Delphi

Questão 1: fatores justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados

Relativamente aos Chefes das Equipas médicas é necessário referir que nem todos os que foram sujeitos a entrevistas aplicaram o Modelo de Delphi, havendo dois profissionais que não foram auscultados devido à indisponibilidade de tempo para o fazer.

Ainda assim, do total de nove médicos, sete contribuíram para a tentativa de se chegar a um consenso relativamente ao grau de importância das respostas.

A partir da Tabela 53, podemos concluir que a principal causa se prende com a incapacidade da RNCCI de fazer face às necessidades existentes, seguindo-se o excesso de doentes com necessidade de admissão na Rede. A terceira refere-se à ocupação das camas da Rede com doentes que não cumprem critérios clínicos, mas apenas sociais, a quarta com a incapacidade e a desresponsabilização da família de prestar cuidados continuados ao seu doente no pós-alta hospitalar. A quinta prende-se com a impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida para outra de diferente localização, a sexta com a sinalização e referenciação tardias do doente e em último as infeções e reinfeções dos doentes que aguardam vaga na Rede.

Respostas	Código da Entrevista							Posições com maior frequência			Ord. Final
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNC0508	MNC0602				
Sinalização e referenciação tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	5	6	6	3	7	5	4	5	6		6
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	1	7	2	2	6	3	3	2	3		2
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	7	4	3	4	1	4	1	4			4
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	4	3	5	5	5	7	7	5			5
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	6	2	7	7	4	2	6	2	6	7	7
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	2	5	1	1	2	1	2	1			1
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumprem critérios (com problemática social)	3	1	4	6	3	6	5	3	6		3

Tabela 53 – Ordenação pelos Chefes das equipas médicas das respostas relativas às causas do atraso de admissão dos doentes na RNCCI

Relativamente aos Enfermeiros é necessário referir antes de mais, que dos sete entrevistados inicialmente, apenas cinco participaram na aplicação do Modelo de Delphi, devido à ausência de dois profissionais por motivo de férias.

A partir da observação da Tabela 54, podemos verificar que o consenso obtido entre estes especialistas para esta questão foi o seguinte: o excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI é a principal causa do atraso, seguindo-se em segundo a incapacidade e desresponsabilização da família prestar apoio família ao seu doente após a alta hospitalar e em terceiro as infeções e reinfeções dos próprios doentes que se mantêm internados a aguardar vaga na Rede. Em quarto lugar a incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades verificadas, em quinto a inadaptação das respostas comunitárias a esta tipologia de doentes e em sexto a ocupação de camas da Rede com doentes sem critérios clínicos e apenas sociais.

Respostas	Código da Entrevista					Posições com maior frequência					Ord. Final
	EMA0510	EMB0511	EMD0505	EME0508	ENC0509						
Sinalização e referenciação tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	4	6	10	3	1	1	3	4	6	10	10
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	1	1	3	1	4	1					1
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	3	2	8	6	7	2	3	6			2
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	2	7	6	7	9	7					7
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida	10	8	7	8	10	8	10				8
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	7	3	2	4	3	3					3
Perda de vaga na RNCCI pelo doente, devido à prorrogação do período de internamento	9	9	9	10	8	9					9
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	5	4	4	2	2	4	2				4
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)	6	10	1	5	6	6					6
Inadaptação das respostas comunitárias à condição física, clínica e social do doente	8	5	5	9	5	5					5

Tabela 54 – Ordenação pelos Enfermeiros-Chefes das respostas relativas às causas do atraso de admissão dos doentes na RNCCI

A Tabela 54 mostra-nos ainda que os fatores menos importantes são a impossibilidade da família alterar a Unidade previamente escolhida (sétimo), a alteração da tipologia previamente definida (oitavo), a perda de vaga na RNCCI de doentes oriundos da mesma, devido ao prolongamento do internamento (nono) e ainda a sinalização e referenciação tardias dos doentes (décimo).

Relativamente aos assistentes sociais, há que referir que todos os entrevistados participaram no Modelo de Delphi. Contudo existem dois profissionais que foram excluídos desta análise, pelo facto de não terem ordenado devidamente as respostas, colocando-as com a mesma numeração, não sendo, portanto, respostas válidas. Isto significa que a probabilidade de gerar consensos é muito mais reduzida.

Assim, de acordo com a Tabela 55, podemos verificar que a maioria das respostas não obteve nenhum tipo de consenso. Contudo, foi possível encontrar o fator mais importante que se prende com a incapacidade da RNCCI fazer face às necessidades existentes. Outro fator importante (posicionado em terceiro lugar) diz respeito ao excesso de doentes a necessitar de ir para a Rede e o último, o menos importante relativo à sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias.

Respostas	Código da Entrevista			Posições com maior frequência			Ord. Final
	SME0605	SNA0517	SNC0601				
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	10	10	4	10			10
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	3	3	5	3			3
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	5	2	6	2	5	6	--
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	9	4	7	--			--
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida	4	5	8	--			--
Doentes são pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e sem retaguarda familiar	6	8	9	--			--
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	7	9	10	--			--
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	2	1	1	1			1
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)	8	7	3	3	7	8	--
Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias	1	6	2	1	6	2	--

Tabela 55 – Ordenação pelos Assistentes Sociais das respostas relativas às causas do atraso de admissão dos doentes na RNCCI

Questão 3: factos ou consequências do impacto nos Serviços

Quanto às respostas relacionadas com as consequências que o impacto do atraso da admissão dos doentes induz, podemos referir ao analisar a Tabela 56, que existe um consenso generalizado da equipa médica relativamente às mesmas. A principal e primeira consequência apontada relaciona-se com o maior risco de exposição dos doentes a complicações infecciosas e não infecciosas, seguido da impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda e do aumento do número de dias de internamento por doentes, injustificadamente. Em quarto lugar surge o internamento de novos doentes com doença aguda noutros Serviços que não o de origem, em quinto o prejuízo da capacidade formativa dos futuros médicos e de outros profissionais, em sexto a existência de uma maior sobrecarga de trabalho para os profissionais e sua desmotivação e por último o aumento de consumos e respetivos custos para o hospital.

Respostas	Código da Entrevista							Posições com maior frequência			Ord. Final
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNC0508	MNC0602				
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	6	3	2	2	4	3	4	2	3	4	3
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	3	7	3	1	1	1	1	1			1
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	1	6	1	3	2	2	2	2			2
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	2	5	4	4	3	4	3	4			4
Prejuízo da capacidade formativa dos futuros médicos e outros profissionais	4	1	7	6	5	7	5	5	7		5
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais	5	4	6	5	6	6	6	6			6
Aumento dos consumos e custos para o hospital	7	2	5	7	7	5	7	7			7

Tabela 56 – Ordenação pelos Chefes das equipas médicas das respostas relativas às consequências do impacto do atraso de admissão dos doentes na RNCCI

Em relação ao grupo de Enfermeiros-Chefes, constata-se que existe igualmente um consenso quase generalizado em torno desta questão.

Pela Tabela 57, podemos verificar que a principal causa e primeira prende-se com o aumento do número de dias de internamento injustificadamente, seguindo-se a

impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda e a obrigatoriedade de internar doentes noutros Serviços diferente do de origem, devido à inexistência de vagas no mesmo (terceiro). Em quarto lugar é referida a maior exposição dos doentes internados que aguardam vaga a complicações infecciosas e não infecciosas, em quinto surge o aumento de consumos e custos para o hospital, em sexto a atribuição de alta precocemente aos doentes agudos para libertação de camas e em último e sétimo lugar é referida a existência de uma maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais.

Respostas	Código da Entrevista					Posições com maior frequência					Ord. Final
	EMA0510	EMB0511	EMD0505	EME0508	ENC0509						
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	1	1	1	4	3	1					1
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	4	2	2	1	1	1	2	4			4
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	2	3	3	2	2	2					2
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	3	4	6	3	7	3					3
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais	7	7	7	7	6	7					7
Aumento dos consumos e custos para o hospital	5	5	4	5	4	5					5
Atribuição de alta mais precoce a doentes agudos para libertação de camas	6	6	5	6	5	6					6

Tabela 57 – Ordenação pelos Enfermeiros-Chefes das respostas relativas às consequências do impacto do atraso de admissão dos doentes na RNCCI

Quanto aos assistentes sociais, podemos verificar a partir da Tabela 58, que se verifica um consenso praticamente generalizado, sendo que a primeira e principal consequência apontada prende-se com a maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI a complicações infecciosas e não infecciosas. Segue-se em segundo lugar a impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, em terceiro o internamento de novos doentes em Serviços clínicos diferentes do de origem e em quarta e última posição o aumento de custos para a família devido às sucessivas deslocações ao hospital, derivado do prolongamento do internamento.

Respostas	Código da Entrevista			Posições com maior frequência			Ord. Final
	SME0605	SNA0517	SNC0601				
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	1	2	1	1	2		1
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	3	1	2	2	1	3	2
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	2	3	3	3			3
Aumento dos custos para a família com deslocações ao hospital	4	4	4	4			4

Tabela 58 – Ordenação pelos Assistentes Sociais das respostas relativas às consequências do impacto do atraso de admissão dos doentes na RNCCI

Questão 5: sugestões para solução do problema

Relativamente à última questão, é importante referir que foi obtido consenso para a quase totalidade de respostas, como veremos de seguida.

No caso dos Chefes das equipas médicas e analisando a Tabela 59, verifica-se que em primeiro lugar surge a necessidade de aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social, bem como das respostas comunitárias, em segundo o aumento do número de Unidades e Equipas da RNCCI e da lotação das já existentes e em terceiro a melhoria e rigor na operacionalização do processo de referenciação de doentes para a Rede.

Depois segue-se em quarto lugar a necessidade de criar uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, em quinto a necessidade de libertação de camas de internamento das Unidades da RNCCI pelos doentes que lá permanecem para além do tempo definido, em sexto a necessidade de se proceder a uma maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes depois do internamento. Em sétimo e última posição é referida a necessidade de criação de uma Unidade de internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, de modo a libertar camas necessárias aos doentes agudos.

Respostas	Código da Entrevista							Posições com maior frequência			Ord. Final
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNC0508	MNC0602				
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	2	6	5	1	3	2	2	2			2
Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI	3	5	7	2	2	6	3	2	3		3
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados	4	7	6	7	1	7	6	7			7
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	1	4	1	3	6	3	1	1			1
Libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido	5	2	2	4	5	1	7	2	5		5
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento	6	3	3	6	4	5	5	3	5	6	6
Hospitalização domiciliária	7	1	4	5	7	4	4	4			4

Tabela 59 – Ordenação pelos Chefes das equipas médicas das respostas relativas às sugestões de resolução do problema

No que concerne aos enfermeiros, verifica-se pela análise da Tabela 60, que a principal sugestão se prende com a necessidade de uma maior agilização e operacionalização do processo de referenciação do doente. Em segundo é apontada a necessidade de aumentar o número de Unidades e Equipas da RNCCI e da lotação das existentes, em terceiro a necessidade de aumentar o número de lares de idosos e de respostas comunitárias, em quarto a criação de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária no CHUC, em quinto a necessidade de aumentar o número de doentes referenciados para as ECCI's, lares de idosos e outras respostas comunitárias. Em última posição surge a criação de uma Unidade de internamento dentro do CHUC, que acolha este tipo de doentes que permanecem nas enfermarias a aguardar colocação na Rede.

Respostas	Código da Entrevista					Posições com maior frequência					Ord. Final
	EMA0510	EMB0511	EMD0505	EME0508	ENC0509						
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	4	2	5	1	2	2					2
Maior agilidade na operacionalização do processo de referênciação e admissão dos doentes na RNCCI	5	1	1	2	1	1					1
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa	1	5	6	3	4	1	3	4	5	6	6
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	2	3	2	6	3	2	3				3
Hospitalização domiciliária	6	4	3	4	6	4	6				4
Maior referênciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's	3	6	4	5	5	5					5

Tabela 60 – Ordenação pelos Enfermeiros-Chefes das respostas relativas às sugestões de resolução do problema

No caso dos assistentes sociais, verificamos que não foi possível obter qualquer tipo de consenso para a priorização das respostas por si apresentadas aquando da entrevista. De facto, as respostas encontram-se muito dispersas, o que significa que os profissionais, sendo em número muito reduzido, têm opiniões dispares relativamente ao que poderá ser feito para resolver o problema do atraso da admissão dos doentes internados na RNCCI (Tabela 61).

Respostas	Código da Entrevista			Posições com maior frequência	Ord. Final
	SME0605	SNA0517	SNC0601		
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	3	2	1	Inexistência de consenso devido à grande dispersão das respostas	--
Maior agilidade na operacionalização do processo de referênciação e admissão dos doentes na RNCCI	--	3	5		--
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa	1	4	2		--
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	2	6	4		--
Aumentar o número de Assistentes Sociais nas ECL's para diminuição do tempo de resolução dos processos de referênciação	--	1	3		--
Maior referênciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's	--	7	6		--
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento /pós-RNCCI	--	5	7		--

Tabela 61 – Ordenação pelos Assistentes Sociais das respostas relativas às sugestões de resolução do problema

Em síntese podemos referir que não foi possível chegar a um consenso total entre pares no grau de importância das respostas a cada questão, nem entre grupos.

Contudo, a aplicação da Técnica de Delphi revelou-se uma mais-valia na identificação das respostas que têm maior importância e maior ligação às questões levantadas, sendo que sem a sua utilização tal não seria possível, dado que todas as respostas são importantes para os entrevistados, caso contrário não teriam sido referidas pelos mesmos. Todavia, esta foi a grande e única dificuldade sentida pelos entrevistados aquando a sua ordenação. Existiam algumas respostas que, na sua opinião, deveriam constar da mesma posição, dada a sua relevância.

Apresentamos de seguida e de forma sucinta as principais conclusões retiradas da análise das Tabelas anteriores.

De acordo com a Tabela 62 e na opinião dos três grupos profissionais os principais fatores que justificam o atraso da admissão dos doentes internados no Pólo HUC do CHUC são primeiramente a incapacidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de fazer face às necessidades existentes por parte dos doentes, devido ao número insuficiente de vagas que possuem. A este respeito os entrevistados reforçaram esta ideia com expressões como *“há falta de resposta atempada das Unidades da Rede”* (0905NAE), que existe *“uma sobrecarga da Rede”* (1705NBM) e ainda o facto de *“a Rede estar muito cheia e entupida de doentes”* (0805MDM).

Posteriormente surge a incapacidade e/ou desresponsabilização da família em cuidar do doente, bem como o excessivo número de doentes que necessitam dos cuidados continuados prestados pela Rede, muitos deles, sem critérios adequados, evidenciados em expressões como *“a cada vez maior procura pelas famílias da colocação dos doentes na Rede”* (0805MEE) ou *“cada vez temos mais doentes a necessitar de ir para a Rede de Cuidados Continuados”* (0505MBM).

Em seguida surge a ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados para a RNCCI e as infeções e reinfeções verificadas nos doentes que se mantêm internados a aguardar vaga na RNCCI, o que de acordo com os entrevistados origina um *“aumento do período de internamento”* (1105MBE) e conseqüente de protelamento da alta clínica.

Ordenação das principais respostas (Top +3)	Grupo profissional		
	Médicos	Enfermeiros	Assistentes Sociais
Primeiro	Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)
Segundo	Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)
			Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias
Terceiro	Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)	Infeções e reinfecções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI

Tabela 62 – Ordenação das principais respostas (Top +3) dadas à primeira questão (causas)

Quanto às consequências do impacto do atraso da admissão nas Unidades e/ou Equipas da Rede Nacional de Cuidados Integrados nos Serviços, podemos verificar pela Tabela 63, que é primeiramente a maior exposição dos doentes que aguardam vaga nas Unidades e/ou Equipas da RNCCI a complicações infecciosas e não infecciosas, das quais decorrem em muitas situações a perda de funcionalidade do doente e o seu falecimento. Esta ideia encontra-se bem patente no discurso dos entrevistados que refeririam que os doentes “(...) *se sentem um bocadinho abandonados, (...) há o perigo das quedas, (...) da realização de certos exames*” (...) e *o doente desorienta um pouco*” (1005MEM) inclusivamente, originando o protelamento da sua alta hospitalar. Tal como foi mencionado por um entrevistado “*Quanto mais tempo ficam, maior é o risco que correm!*” (0505MBM).

Em segundo lugar, e com consenso dos três grupos, surge a impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda nas enfermarias, devido à falta de camas, que se encontram, muitas delas, ocupadas com os doentes que aguardam vaga na RNCCI. Trata-se nomeadamente de doentes “*que vêm da Urgência ou que vêm fazer estudos*”, fazendo com que os profissionais (e o hospital) não estejam “*disponíveis para os doentes que (...) poderiam beneficiar claramente da (...) missão, da função*” (2505MAM) a que o hospital está destinado, com prejuízos para a sua assistência.

Em terceiro lugar é apontado maioritariamente o internamento de novos doentes com doença aguda noutros Serviços clínicos diferentes e muitas vezes distantes do Serviço responsável pelos doentes. Naturalmente que isto acarreta prejuízos assistenciais para estes

doentes, porque “*acabam por não ter o mesmo acompanhamento clínico que os que cá estão*”, até porque “*os enfermeiros que lá trabalham não têm, por vezes, formação ou experiência suficiente*”, revelando-se negativo para os doentes e para os profissionais médicos que “*se sentem deslocados*” (1005MEM).

Ordenação das principais respostas (Top +3)	Grupo profissional		
	Médicos	Enfermeiros	Assistentes Sociais
Primeiro	Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento
Segundo	Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis
Terceiro	Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem

Tabela 63 – Ordenação das principais respostas (Top +3) dadas à segunda questão (consequências)

Relativamente às sugestões identificadas para resolver o problema do atraso da admissão nas RNCCI dos doentes internados, há que referir que não se registou qualquer consenso entre os grupos profissionais (aqui apenas o grupo dos médicos e dos enfermeiros, dado não ter sido possível retirar conclusões para os assistentes sociais), exceto na escolha da segunda posição.

Deste modo, podemos dizer, a partir da análise da Tabela 64, que as principais sugestões apresentadas são: o aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social, bem como das respostas comunitárias que devem ser melhor adaptadas às condições físicas destes doentes. De acordo com um dos entrevistados, estas são as respostas mais adequadas para os doentes que “*não têm critérios para a Rede, vão apenas por situações sociais*” e “*os nossos doentes ficariam muito bem se fossem orientados para um lar*” (0206NCM2).

O aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados e da lotação das já existentes na Região Centro, é uma outra importante sugestão apresentada pelos profissionais, ou seja, “*Alargar a Rede*” (1705NAM) para “*absorver os doentes*” (1105MCM).

Outra sugestão prende-se com a necessidade de melhorar e aumentar o rigor na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI, fazendo “*uma avaliação precoce*” (1105MCM) e começar a planear a alta desde o início do internamento “*com reuniões multidisciplinares com a família*” (0805MEE), para que o doente regresse a casa em segurança.

Ordenação das principais respostas (Top +3)	Grupo profissional		
	Médicos	Enfermeiros	Assistentes Sociais
Primeiro	Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI	--
Segundo	Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	--
Terceiro	Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI	Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	--

Tabela 64 – Ordenação das principais respostas (Top +3) dadas à terceira questão (sugestões)

4. Discussão de resultados

O envelhecimento da população assume-se, desde há vários anos a esta parte, como uma característica dos países desenvolvidos. Este indicador resulta da associação de múltiplos fatores como o aumento da esperança média de vida dos indivíduos e a diminuição da fecundidade originando uma inversão da pirâmide demográfica.

De acordo com Cabete (2004), este aumento da população idosa nos países mais desenvolvidos, origina implicações e consequências médicas e sociais para as sociedades, tendo em conta que o peso demográfico crescente das pessoas idosas e a consciência dos problemas de saúde que emergem com o avançar da idade, fizeram com que a pessoa idosa passasse a ser encarada pela sociedade como um indivíduo que possui necessidades de cuidados médicos e sociais específicos, que devem ajustados à sua faixa etária.

Na opinião de Rodrigues (2014) estamos perante populações cada vez mais envelhecidas, com aumento do número de situações de dependência e incapacidade dos mais idosos, com aumento da prevalência das doenças crónicas, incuráveis e terminais. São igualmente populações que em alguns casos vivenciam situações sociais problemáticas, necessitando de apoio social, numa altura em que se registou igualmente uma mudança no perfil das famílias enquanto cuidadoras informais, facto que tem contribuído para uma modificação do tipo de procura de cuidados de saúde.

A autora defende ainda que a situação clínica e social dos doentes e idosos obriga à necessidade de lhes prestar cuidados por períodos de tempo cada vez mais) longos, reconhecendo-se a necessidade de adaptar os serviços a esta modificação da estrutura demográfica da população portuguesa, impedindo que permaneçam numa situação de desvantagem face à restante população (Carvalho, 2009).

Emerge, portanto, por toda a Europa, a necessidade de cuidados de saúde de longa duração (Nogueira, 2009), e Portugal não é exceção, dado que este é um país com elevados índices de dependência na população idosa.

Esta nova tipologia de cuidados que integram respostas sociais e de saúde são designados pela OMS (2002) de *Long Term Care* (LTC) e destinam-se a indivíduos dependentes nas suas atividades de vida diária, devido a incapacidade física ou mental, incluindo aspetos associados à prevenção da doença, à reabilitação dos indivíduos e a cuidados paliativos (Nogueira, 2009).

A RNCCI foi criada em 2006 como forma de dar resposta a esta procura de cuidados de saúde continuados, através das tipologias de cuidados que oferece, adequadas às necessidades de reabilitação, manutenção ou paliativas dos indivíduos.

De acordo com a UMCCI (2011), a RNCCI tem como missão dar resposta a um conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são:

- Necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento adequado;
- Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- Redução do número de altas hospitalares tardias, ou seja, acima da média de internamento definida;
- Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;

- Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
- Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade dos cuidados pós internamento-hospitalar;
- Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
- Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.

Contudo, se nos primeiros anos este projeto revelou ser de grande pertinência para os doentes e para os hospitais onde se encontravam internados, atualmente o cenário é bem diferente. Efetivamente, o aumento do número de doentes a necessitar de cuidados continuados e paliativos em particular pelas Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, faz com que a Rede não tenha, na maioria das situações, capacidade de resposta breve e rápida aos pedidos de referência de doentes, com implicações para os doentes e para os hospitais.

A presente investigação tem como objetivo perceber o impacto originado pelo atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos hospitais, nomeadamente no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. A sua concretização permite perceber que tipo de doentes estão envolvidos neste processo e qual o seu perfil, quais os fatores que causam estes atrasos, se estas demoras têm ou não impacto nos Serviços, que consequências advêm do mesmo, como é avaliado e ainda o que pode ser feito para resolver este problema, que abrande doentes e Unidades hospitalares.

Por conseguinte, da análise dos resultados obtidos foi possível concluir que ao nível pessoal, os doentes referenciados para a RNCCI a partir do Pólo HUC do CHUC, durante o ano de 2016, são semelhantes em termos de género (Masculino – 50,8%; Feminino – 49,2%) e maioritariamente, pertencem à faixa etária dos 80-89 anos (36,8%), são casados (46,2%), residem no distrito de Coimbra (69,3%), são minimamente escolarizados, possuindo o 1º Ciclo (44,1%) e encontram-se reformados (87,4%).

Em termos clínicos estamos perante uma população internada em hospital de agudos sobretudo por fratura óssea (19,3%), AVC (18,4%) e doença oncológica (16,9%), essencialmente nos Serviços de Ortopedia, Medicina Interna A e Neurologia (num total de 641 doentes). Em termos globais, estes doentes foram responsáveis por mais de 33.017 dias de internamento, com uma demora média de 31,21 dias. O tempo médio entre a sinalização e a alta foi de 27,21 dias, entre a referência à EGA e a alta foi de 14,67 dias e entre a

referenciação à ECL e a alta foi de 14,13 dias. Chegado o momento da alta hospitalar, a grande maioria dos doentes é admitido na RNCCI (57,1%), seguindo-se uma parcela de doentes significativa que, apesar de referenciados, têm alta para o domicílio onde permanecem a aguardar a sua colocação na Rede (22,5%). O principal motivo clínico pelo qual é justificada a necessidade de admissão nas Unidades ou Equipas da Rede prende-se com a dependência dos doentes na realização das suas atividades de vida diária (AVD) (920 doentes) e a necessidade de reabilitação (706 doentes). Na sua grande maioria a sinalização não foi efetuada dentro do prazo estipulado (71,16%), tendo sido os doentes propostos essencialmente para as Unidades de Convalescença (42,4%). Destes, apenas 4,6% viram alterada e modificada a tipologia inicialmente proposta, que estimulou um aumento da referenciação de doentes para a tipologia de Média Duração e Reabilitação.

Ao nível social, conclui-se que estamos perante uma população de doentes que coabita com a família natural (69,3%), nomeadamente em agregados familiares compostos por apenas dois elementos (64,6%), sendo essa família que maioritariamente presta apoio ao doente (728 casos). O apoio familiar é caracterizado na sua maioria como sendo um bom apoio (44,1%) e é quase ultrapassado pelo apoio insuficiente, que abrange uma grande parcela da população (35,2). Ora, este facto é preocupante, até porque não nos podemos esquecer que existe um significativo número de doentes que estão desprovidos de qualquer apoio (10,5%). O tipo de apoio que os doentes mais recebem é a alimentação (437) e não muito diferente a higiene pessoal e da casa.

Os doentes referenciados para a RNCCI incorporam, naturalmente uma história de vida que os acompanha, o que nos permite dizer que foi identificado um significativo número de doentes com problemas, alguns deles traduzindo a existência de risco social. Da análise do perfil dos doentes destacamos alguns indivíduos com hábitos alcoólicos, com comportamentos agressivos, sem-abrigo, sem rendimentos, ausente do trabalho por motivo de doença, que recusa apoio familiar e institucional, que não tem qualquer apoio institucional quando dele precisa, que perdeu vaga na RNCCI onde se encontrava, entre muitos outros.

O cuidador é um outro elemento fundamental para o doente, pertence maioritariamente à sua família natural (76,9%) e o seu principal perfil pode ser descrito como sendo um indivíduo idoso, doente, cansado e esgotado de cuidar do doente, tem dificuldade em fazê-lo, em muitos casos não tem disponibilidade para o fazer, nomeadamente porque desenvolve atividade laboral e é múltiplo-cuidador. Para além disso, presta nalguns casos apenas apoio pontual ao doente, depende monetariamente do mesmo, mas ainda assim nalgumas situações afirmou estar disponível e colaborante para apoiar o doente após a alta

hospitalar. Este perfil é extensível ao progenitor, ao cônjuge, ao filho e a outros familiares do doente, descritas na presente investigação, dado que são estes os elementos da família natural que se assumem como naturais cuidadores.

De destacar o significativo número de filhos que assumiram não ter disponibilidade para cuidar do doente (336 casos num total de 1.061), nomeadamente porque desenvolvem atividade laboral (264) e/ou porque se encontram a residir a grande distância ou no estrangeiro. A inexistência de filhos foi um indicador que foi sendo registado nos formulários, tendo em conta o natural risco social que daí advém para o doente, traduzindo-se em muitas situações em falta de suporte familiar. Em termos globais da avaliação efetuada pelos assistentes sociais, a maioria dos doentes possui uma situação familiar estável, vivencia algumas situações de carência social, económica e habitacional. Em termos habitacionais verificou-se a existência de uma maioria de doentes que vive com condições de habitabilidade, apesar de nalguns casos possuírem barreiras arquitetónicas ou mesmo uma deficiente estrutura habitacional. A intervenção dirigida pelos assistentes sociais aos doentes referenciados e respetivas famílias/cuidadores, consistiu na realização de entrevista psicossocial de avaliação (1.061 casos), na prestação de informações, orientações, esclarecimentos e sugestões (590 casos), no apoio psicossocial (343 casos) e ainda na articulação com outros profissionais (274).

Contudo, tendo em conta que este estudo se propõe compreender o atraso da admissão dos doentes referenciados para a Rede, que se encontram internados no hospital, procedemos à sua comparação com três tipologias de doentes internados no Pólo HUC do CHUC em 2016:

- A globalidade de doentes internado;
- Os doentes referenciados e não admitidos;
- Os doentes que tiveram alta para o domicílio, onde permaneceram a aguardar vaga na Rede.

Através da presente investigação concluiu-se que os doentes internados no Pólo HUC que foram referenciados para a Rede em 2016, registaram uma demora média de 31,2 dias (N = 1.058 doentes), tendo permanecido internados mais 22,6 dias, quando comparados com a globalidade dos doentes internados, que registaram uma demora média de 8,58 dias (N = 47.186 doentes).

Outra conclusão retirada do presente estudo prende-se com o facto de os doentes admitidos na Rede a partir do internamento do hospital possuírem, na sua esmagadora maioria, o mesmo perfil pessoal clínico e social que os doentes igualmente referenciados, mas

não admitidos ou admitidos a partir do seu domicílio. Contudo, foram identificadas algumas diferenças que importa especificar:

- População maioritariamente do género feminino;
- Internamentos ocorridos maioritariamente no Serviço de Ortopedia;
- A grande causa de internamento são as fraturas ósseas;
- Uma média de dias de internamento mais elevada (12,9);
- Uma média de dias de espera entre a sinalização e a alta mais elevada (11 dias);
- Uma média de dias de espera entre a referenciação do doente à EGA e à ECL e a sua efetiva entrada na Unidade ou Equipa da Rede mais elevada (10,4 dias);
- Admissão em Unidades de Convalescença;
- Significativo número de situações de carência social.

Na nossa opinião, alguns dos fatores apontados são de natureza negativa e surgem como um impedimento do doente regressar a casa, no momento em que lhe é dada a alta clínica. O facto de ter um apoio familiar insuficiente ou não ter apoio, o facto de os cuidadores se revelarem idosos, doentes e incapazes de apoiar o doente referenciado, o facto dos filhos não possuírem disponibilidade para tratar do doente, porque trabalham ou porque estão emigrados, traduz a falta ou insuficiente retaguarda familiar, indispensável à continuidade de cuidados ao doente no domicílio. A questão habitacional é um outro fator determinante que condiciona a alta clínica, porque se o doente tem barreiras arquitetónicas em casa que o impedem de se movimentar, de realizar as suas AVD's, ou se o domicílio não oferece condições de habitabilidade (higiene, segurança, conforto), dificilmente o doente regressa ao domicílio, porque se encontra em situação de risco.

Portanto, podemos constatar que existe uma relação entre o atraso da admissão dos doentes na Rede e o seu perfil e dos elementos da família/cuidadores, nomeadamente de nível familiar, relacionado com a incapacidade e desresponsabilização da família em cuidar do seu doente no domicílio, razão apontada pelos entrevistados na presente investigação, como altamente justificadora do atraso.

No entanto, esta não é a única e principal causa deste problema. Através da investigação qualitativa realizada aos principais profissionais de saúde envolvidos no processo de referenciação (médicos, enfermeiros e assistentes sociais), podemos identificar os seguintes fatores justificativos apontados:

- Alteração da tipologia de Unidade previamente definida;

- Doentes são pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e sem retaguarda familiar;
- Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI;
- Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias;
- Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização;
- Inadaptação das respostas comunitárias à condição física, clínica e social do doente;
- Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas);
- Incapacidade e/ou desresponsabilização da família pela continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (insuficiência ou falta de apoio familiar de retaguarda);
- Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI;
- Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumprem critérios (com problemática social);
- Perda de vaga na RNCCI pelo doente, devido à prorrogação do período de internamento;
- Sinalização e referenciação tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático).

De todos estes os mais importantes foram os seguintes, pela respetiva ordem de importância:

- Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas);
- Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI;
- Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI.

Uma outra conclusão resultante desta investigação é que todos os profissionais, sem exceção, consideram que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem efetivamente impacto nos Serviços.

A palavra impacto significa impelido ou implantado. Traduz um abalo provocado por um acontecimento doloroso ou chocante ou uma impressão profunda provocada por uma ocorrência grave ou inesperada (Infopédia, 2017). Ora, esta ocorrência provocada nos Serviços tem factos ou consequências que advêm do mesmo e que são os seguintes:

- Atribuição de alta mais precoce a doentes agudos para libertação de camas;

- Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar);
- Aumento dos consumos e custos para o hospital;
- Aumento dos custos para a família com deslocações ao hospital;
- Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis;
- Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem;
- Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento;
- Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais;
- Prejuízo da capacidade formativa dos futuros médicos e de outros profissionais.

Deste conjunto de consequências referidas os profissionais consideram que as mais importantes são:

- Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento;
- Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis;
- Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem.

Outra conclusão retirada do presente trabalho prende-se com o facto do impacto verificado ser negativo ou prejudicial, o que resultou de um consenso entre os profissionais.

Por último esta investigação acrescenta uma importante conclusão relativamente ao que pode ser feito para resolver o problema da demora da admissão na RNCCI dos doentes internados, fruto das sugestões e opiniões dos especialistas nesta matéria. São elas:

- Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro);

- Aumento do número de assistentes sociais nas ECL's para diminuição do tempo de resolução dos processos de referenciação;
- Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes;
- Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados;
- Criação de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária;
- Libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido;
- Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI;
- Maior referenciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's;
- Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento hospitalar;
- Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI.

De todas estas possibilidades de resolução do problema, os que foram identificados como sendo mais importantes são:

- Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes;
- Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro);
- Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI;
- Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI.

Alguns dos resultados alcançados com a presente investigação, enquadram-se nos resultados descritos pela literatura nacional e internacional, quer ao nível dos fatores que justificam o atraso da admissão dos doentes na RNCCI, como dos factos que advêm do impacto desse atraso.

Relativamente aos motivos, a ACSS aponta como justificação para os tempos de espera de entrada na RNCCI, o facto de estarem diretamente relacionados com as vagas disponibilizadas pelas Unidades da RNCCI aos utentes e também com o facto de os profissionais das ECL terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI (ACSS, 2015), tanto na vertente da Saúde como na vertente da Segurança Social. Nesta última, existe um acréscimo de tempo relacionado com os procedimentos de cálculo do valor a pagar pelos utentes e pela Segurança Social, sempre que aplicável, nas tipologias de UMDR e ULDM. Ora, esta justificação vai ao encontro da identificada pelos profissionais de saúde, ao referirem que o processo de referenciação dos doentes para a Rede é burocrático e lento, devido ao facto de depender de vários profissionais em várias instituições, onde muitas vezes fica bloqueado, ora por causa dos profissionais, ora por causa das famílias.

Canha (2013) concluiu, através da realização de um estudo relativo à Rede Nacional de Cuidados Continuados e Tempo de Internamento dos Doentes com Acidente Vascular Cerebral 2010-2011, que a Rede é incapaz de dar resposta às necessidades atuais, apesar do aumento do número de camas disponibilizadas e da redução do tempo de espera, não permitindo a admissão atempada de todos os doentes internados em hospitais de agudos. Tal gerou demoras médias mais elevadas nos doentes que aguardavam vaga na RNCCI, comparativamente com os que tiveram alta para o domicílio, gerando mais 1.718 dias de internamento em 2010 e 1.198 dias em 2011.

Um outro estudo realizado nos Serviços de Medicina Interna do nosso país, comprovou que num determinado dia aleatoriamente escolhido (17 de dezembro de 2015), quase 9% dos doentes internados em enfermarias de Medicina Interna dos hospitais portugueses, permaneciam internados a aguardar vaga em Unidade de Cuidados Continuados ou resolução de problema social (Vilas-Boas, 2015), aumentando a demora média.

Para além disso, Petronilho (2007) refere que a alta clínica hospitalar do doente cria em muitas famílias situações de crise, verificando-se uma crescente recusa em receber o doente dependente no domicílio, devido à incapacidade de lhe prestar cuidados continuados. Na prática, esta situação origina não apenas um aumento do número de doentes referenciados para a RNCCI, como também poderá originar processos de referenciação administrativos mais morosos, com o conseqüente agravamento da demora média hospitalar.

A presente investigação vem confirmar estes dados empíricos, que apontam a incapacidade da Rede para fazer face às necessidades sentidas pelos doentes, os profissionais, a família e o respetivo processo de referenciação como sendo fatores que condicionam uma admissão mais rápida nas Unidades ou Equipas da RNCCI.

Quanto às consequências do impacto do atraso, a maioria dos autores debruça-se sobre a demora média hospitalar e os custos que daí advêm para as instituições de saúde.

Em termos de demora média hospitalar dos utentes com sinalização para ingresso na RNCCI, Ferreira (2012), numa investigação realizada no Centro Hospitalar do Porto, concluiu que a referenciação significou um aumento no número de dias de permanência hospitalar. A demora média dos utentes referenciados foi superior em 36,28 dias em 2012 e 24,02 dias em 2011. Em termos totais, o diferencial da demora média dos utentes referenciados para a Rede em ambos os anos corresponde a uma média de 24,19 dias, com um custo associado de 13.216,21 euros.

Ora, sendo a demora média hospitalar um indicador de qualidade e eficiência, significa que o seu aumento se traduz numa menor afetação de recursos e no agravamento dos indicadores de acesso aos cuidados de saúde de agudos pelos doentes (Duarte *et all*, 2007). O protelamento da alta clínica e social deste tipo de doentes em camas de agudos, aumenta o risco de infeção hospitalar a que estão sujeitos, podendo originar um aumento da morbilidade e até da mortalidade dos doentes. Ainda de acordo com os autores, associado ao risco de infeção hospitalar destes doentes, está não apenas o aumento de consumo de atos médicos, medicamentos e recursos hospitalares, como também origina aumento da demora média e, por conseguinte, internamentos mais onerosos para os hospitais e para o SNS.

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2011) citando Costa (2010), o custo real médio diário apurado na RNCCI, durante o 1º semestre de 2009 foi de €82 euros, muito menor que o custo diário médio hospitalar apurado em €403 euros no ano 2008. Estes valores traduzem bem os custos avultados tidos com os doentes que permanecem nos hospitais de agudos a aguardar a sua admissão na RNCCI, custos estes que seriam francamente reduzidos se o tempo de espera fosse mais diminuto.

Ao nível do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, se considerarmos o valor do custo diário por doente que se encontra definido em €230 euros¹⁹, e se multiplicarmos este valor pelo número de doentes que em 2016, se mantiveram internados a aguardar vaga na RNCCI, pelo menos um dia, o custo foi de €139.380 euros. No caso de multiplicarmos o número médio de dias que estes doentes esperam entre a referenciação à ECL e a sua alta e imediata admissão na RNCCI, com os doentes que foram para o domicílio a aguardar vaga na Rede, pelo valor da diária, obtemos um custo de aproximadamente €2.300 euros por doente e que no caso da totalidade de doentes se traduziu em cerca de €1.393.800 euros, só num ano, gerando um custo muito significativo para o hospital.

¹⁹ Valor estipulado pelo Conselho de Administração do CHUC, EPE e definido na Contratualização Interna de 2016.

Não podemos esquecer que o modelo de saúde integrado português preconiza uma diminuição do internamento desnecessário em hospitais de agudos, bem como o sistemático recurso aos serviços de urgência e aos reinternamentos hospitalares, fomentando a adequabilidade e sustentabilidade do sistema. Daí que o planeamento da alta hospitalar para a RNCCI dever ser eficaz, e deve reduzir a demora média hospitalar e as readmissões não programadas no hospital de agudos (Costa, 2009).

Neste sentido, é urgente tomar medidas que contrariem as consequências apontadas pelos autores e pela presente investigação, nomeadamente o impacto que têm para os doentes que aguardam vaga, para os novos doentes com doença aguda, para os profissionais e para o hospital.

Ao nível do CHUC, uma das medidas sugeridas pelos diversos profissionais que, segundo eles, permitiria retirar um grande número de doentes das enfermarias de agudos de uma rápida, prende-se com a criação de uma Unidade que acolhesse estes doentes e onde permaneceriam até ter vaga na RNCCI. Seria uma Unidade que alguns entrevistados apelidaram de “*Unidade de Retaguarda*” ou “*Unidade Intermédia*” com um responsável médico e com um corpo de enfermeiros e assistentes operacionais, em que o apoio clínico seria prestado pelos médicos do Serviço de onde o doente fora transferido, em regime de chamada, não existindo uma equipa clínica fixa e onde os cuidados de enfermagem prestados ao doente assumiriam a forma de cuidados continuados, não especializados. Para além desta solução retirar de forma imediata dezenas de doentes das enfermarias de agudos, reduzia o risco de infeção destes doentes (que deixam de estar em contacto com os infetados), permitia acolher nas camas disponibilizadas doentes com doença aguda e reduziria os custos para o hospital, tendo em conta que o consumo de recursos clínicos, farmacêuticos e humanos é bem menor. Esta solução seria ainda mais vantajosa para o hospital se ao invés de transferir o doente para essa Unidade, permanecendo sob responsabilidade administrativa e económica do hospital, essa Unidade de internamento fosse financiada pela Rede, ficando o doente à sua responsabilidade, mediante alta clínica do hospital. Esta seria uma opção que consideramos produzir efeitos rapidamente não apenas para os doentes, como para o CHUC, que para além de reduzir a demora média hospitalar, reduz igualmente os custos, que acabam por ser compensados com receitas resultantes da RNCCI. Por exemplo, se a Rede pagasse ao hospital o valor do custo real médio diário apurado durante o 1º semestre de 2009 e referido por Costa

(2010) - €82, o CHUC seria ressarcido de aproximadamente €496.920 euros relativamente ao ano de 2016²⁰, compensando metade do custo que suportou indevidamente.

Uma outra solução em que o CHUC poderia investir é na criação de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, permitindo retirar das camas de agudos os doentes com alta clínica para a RNCCI, com uma maior antecedência. Trata-se de uma solução que traria resultados idênticos aos já registados com os doentes que têm alta para o domicílio onde permanecem a aguardar vaga na RNCCI. Apesar de ser uma solução só possível para doentes com apoio formal ou informal de retaguarda, traduz-se em demoras médias hospitalares francamente mais reduzidas - 21,6 dias, menos 12,9 dias comparativamente com os doentes que aguardam vaga no hospital.

A hospitalização dos doentes em casa sob a responsabilidade desta Unidade, seria benéfica para o doente que tem alta, que tem menos riscos de complicações infecciosas e não infecciosas, para o doente com episódio agudo de doença, que tem cama para ser estudado e/ou tratado e para o hospital, que vê reduzidos os custos associados ao protelamento da alta clínica.

5. Conclusões

Com a presente investigação propusemo-nos estudar o impacto do atraso da admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dos doentes referenciados pelos Serviços do Pólo HUC do Centro Hospitalar e Universitário do CHUC, E.P.E., tendo sido várias as ilações atingidas.

Os resultados obtidos demonstram que efetivamente existe um impacto do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos diversos Serviços do Pólo HUC do CHUC. Este impacto é causado por um conjunto de fatores que o justificam, nomeadamente, devido à incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes, isto é, ao insuficiente número de vagas, ao excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI e às infeções e reinfeções dos doentes que aguardam vaga na RNCCI e está em parte interligado com as características sociais, familiar e habitacionais do doente.

Conclui-se também que este impacto desencadeia consequências sobre os doentes, profissionais e hospital, nomeadamente aumento da demora média em 12,9 dias, quando comparados estes doentes com os que tiveram alta para o domicílio, onde permaneceram a

²⁰ Cálculo: €82 x 606 (doentes que aguardaram vaga na RNCCI) x 10 (dias de espera de internamento, registo em média por doente).

aguardar a sua admissão na RNCCI. Na sequência desse fator, registam-se outros, nomeadamente uma maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI a complicações infecciosas e não infecciosas que pode levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento, a impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis e o internamento de novos doentes com doença aguda noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem.

Perante estes e outros fatores apurados na presente investigação, conclui-se que estamos perante um impacto negativo e altamente prejudicial de todos os envolvidos. A última ilação retirada desta pesquisa prende-se com as medidas que poderão no futuro ser tomadas para eliminar este impacto, sendo que umas prendem-se com o hospital, nomeadamente uma melhor operacionalização do processo de referenciação e uma maior referenciação para as ECCI's e para respostas comunitárias, a criação de uma Unidade de Internamento "*de Retaguarda*" para acolher estes doentes, passando a ser custeados pela RNCCI e a criação de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Relativamente à RNCCI sugere-se o aumento do número de Unidades de Internamento e da lotação das existentes nomeadamente na Região Centro, onde não há capacidade de resposta, bem como a libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido e ainda a admissão de um maior número de assistentes sociais para encaminhamento mais rápido do processo. Ao nível da comunidade as sugestões direcionam-se para a criação de mais infraestruturas para idosos, nomeadamente lares com acordos com a Segurança Social, centros de dia e apoio domiciliário.

Este estudo permitiu traçar o perfil sociográfico dos doentes referenciados para a RNCCI durante o ano 2016, bem como proceder à comparação entre

- Doentes referenciados para a RNCCI e a globalidade de doentes internados no Pólo HUC (demora média hospitalar);
- Doentes referenciados e admitidos na RNCCI a partir do internamento, doentes não admitidos e doentes que tiveram alta para o domicílio onde permaneceram a aguardar vaga na RNCCI (perfil sociográfico e demora média hospitalar).

Na nossa opinião esta investigação permitiu atingir a generalidade dos objetivos propostos e criar todo um conjunto de informações que inexistiam até à data relativamente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, enquanto grande instituição responsável pela sinalização, referenciação e colocação de muitos dos seus doentes na Rede

Trata-se de uma investigação que assumiu uma dupla forma, quantitativa e qualitativa, pelo que a interligação destes dois métodos permitiu enriquecer ainda mais este estudo.

Pensamos, por isso, ter sido de extrema utilidade a sua realização, pois permitiu, acima de tudo, deixar ficar propostas de resolução de um problema que é comum aos hospitais e que diariamente tem implicações na vida de centenas e milhares de doentes por todo o país, incluindo-se aqui os já tratados com alta clínica e os que necessitam de ser tratados.

Contudo, não podemos deixar de referir que a realização desta investigação se traduziu num processo de recolha de dados moroso, exaustivo, cansativo, mas aprofundado, como ainda não havia sido feito, nomeadamente em termos da recolha de dados quantitativos. A análise dos mais de 1.060 formulários de ingresso de doentes na RNCCI, tornou-se um desafio e simultaneamente um enriquecimento pessoal, profissional e de investigação.

O processo de recolha de dados qualitativos foi uma experiência igualmente única, pela qual ainda não tínhamos tido oportunidade de passar. Permitiu enriquecer profundamente esta investigação com o saber, o conhecimento e experiência de quem diariamente é confrontado com o problema da prorrogação da alta hospitalar, por um motivo que lhes é alheio. Foram momentos de muita aprendizagem e acima de tudo de muita reflexão com os profissionais que tão bem acolheram a ideia de participar neste estudo, sempre com um sorriso. Aqui emergiram algumas barreiras e condicionantes que foram ultrapassadas, tais como a desmarcação de entrevistas previamente agendadas pelos entrevistados por motivos profissionais e de algumas interrupções registadas de difícil controlo.

Pensamos que quanto maior for o conhecimento produzido pelos investigadores ao nível desta temática, melhor será a interação entre os hospitais e a RNCCI, permitindo uma prestação coordenada de cuidados continuados de saúde e sociais cada vez mais eficientes e eficazes a quem deles precisa.

6. Bibliografia

ACSS (2015). Manual de Articulação Saúde e Segurança Social (S+SS) para o Planeamento das Altas Hospitalares. Lisboa: ACSS;

ALBARELLO, Luc et all (s.d.). Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais, Gradiva

BARDIN, Laurence (2008). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70

CABETE, Dulce Gaspar (2004). O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência.

CANHA, C. et all (2013). *National Post Hospital Care Project and Length of Hospitalization of Patients with Stroke 2010-2011*. Revista Científica da Ordem dos Médicos - Ata Médica Portuguesa 2013 - Nov-Dez; 26(6): 683-688.

CARNEIRO, Roberto (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em www.igfse.pt.

CARVALHO, Maria Irene (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou proteção efetiva? Locus SOCI@L 2/2009: pp. 67-80.

CARVALHO, Maria Irene (2012). Serviço Social na Saúde, Lisboa: Pactor.

CARVALHO, Maria Irene (2013). Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Pactor.

Código Deontológico Internacional dos Assistentes sociais (1985)

COSTA, Maria Dalva Horácio (2000). O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais, in *Serviço Social & Sociedade*, nº 62, p. 35-72.

COSTA, Miguel Fausto (2009). Interface do Hospital com os Cuidados Continuados Integrados. In Campos, *et all*. Governação dos hospitais (pp. 349-364). Alfragide: Casa das Letras.

CHUC, EPE (2015). Regulamento interno do Serviço Social. Coimbra: CHUC.

CHUC, EPE (2015). Equipa de Gestão de Altas (Pólo HUC e HG). Coimbra: CHUC.

CHUC, EPE (2016). Contratualização Interna do Serviço de medicina Interna A. Coimbra: CHUC.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013) – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.dgs.pt.

DUARTE, João Carvalho et all (2007). Um estudo caso sobre os custos das infeções no Centro Hospitalar Cova da Beira. Revista Científica da Unidade de Investigação e Ciências

da Saúde / *Journal of the Health Sciences Research Unit: Domínio de Enfermagem / Nursing Domain*, 2ª Série, nº 4, pp. 79-90.

ERMIDA, José Gomes (2014). Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In M. Veríssimo (coord.) *Geriatrics fundamental: saber e praticar [Fundamental geriatrics — knowledge and Practice]* (pp. 01-11). Lisboa: LIDEL.

ERS (Entidade Reguladora da Saúde) (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Porto. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.ers.pt.

FERREIRA, António Jorge (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In M. Veríssimo (coord.) *Geriatrics fundamental: saber e praticar [Fundamental geriatrics — knowledge and Practice]* (pp. 59-64). Lisboa: LIDEL.

FERREIRA, Leonardo Gonçalo Oliveira (2012). O efeito da referenciação de utentes para a rede nacional de cuidados continuados integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto. [Consultado em 06.maio.2017]. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/>.

FERREIRA, Virgínia e ALMEIDA, Helena Neves (2016). Kit de ferramentas para diagnósticos participativos. Coimbra, CES – Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. [Consultado em 27.junho.2017]. Disponível em: http://lge.ces.uc.pt/pdf/LGE_Kit_ferramentas_digital.pdf

FREIXO, Manuel João Vaz (2011) - Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas, 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget.

GUERREIRO, Inês (2009), *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social: Desafios de um Modelo Integrado*.

HUOT, Réjean (2002). *Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas*, Col. Epistemologia e Sociedade, Lisboa, Instituto Piaget.

HUC (2008). *Equipa de Gestão de Altas dos HUC: Mini-Manual de Apoio*. Coimbra: HUC

LAKATOS, Eva Maria et all (1991). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A..

LUZ, Helena Reis Amaro (2014). Sociologia do envelhecimento. In M. Veríssimo (coord.) *Geriatrics fundamental: saber e praticar [Fundamental geriatrics — knowledge and Practice]* (pp. 65-74). Lisboa: LIDEL.

NOGUEIRA, J. (2009). *Cuidados Continuados: Desafios. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt.

OPSS – OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE (2011). *Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde. Relatório de Primavera 2011*. Lisboa: OPSS, 2011. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.opss.pt.

- PETRONILHO, Fernando (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.
- QUIVY, Raymond *et all* (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- QUIVY, Raymond *et all* (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva (4ª edição)
- RODRIGUES, Teresa Ferreira *et all* (2014). Envelhecimento e saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança. Lisboa: Instituto Hidrográfico.
- SELLTIZ, WRIGHTSMAN & COOK (1987). Métodos de pesquisa nas relações sociais. Vol. 2 – Medidas de pesquisa social, 4ª Edição, S. Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Lda.
- TRIPODI T. *et all* (s.d.). Análise da pesquisa social. Edições Francisco Alves.
- TUCKMAN, Bruce W. (s.d.). Manual de Investigação em Educação, Gulbenkian, 3ª Edição.
- UMCCI (2008). Manual de planeamento e gestão de altas – RNCCI. Lisboa [Consultado em 19.setembro.2016]. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.
- UMCCI (2009). Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Lisboa. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt.
- UMCCI (2011). Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Lisboa. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.seg-social.pt.
- UMCCI (2013). Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Relatório Final. Lisboa. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt.
- UMCCI (2014). Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2014. Lisboa. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt.
- UMCCI (2016). Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2015. Lisboa. [Consultado em 22.setembro.2016]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt.
- VERISSÍMO, Manuel Teixeira (2014). Geriatria fundamental: saber e praticar [*Fundamental geriatrics — knowledge and Practice*]. Lisboa: LIDEL.
- VICENTE, Paula (1996). O Plano de Amostragem, in *Sondagens – A amostragem como factor decisivo de qualidade*, Lisboa: Edições Sílabo, p. 35-72.
- VILAS-BOAS, *et all* – O Internamento de Medicina Interna em Portugal – Comunicação oral apresentada no 22º Congresso Nacional de Medicina Interna (Viana do Castelo, 27-29 de maio de 2016). Revista de Medicina Interna, 2016, Vol. 23, Nº Esp. s/n, pág. 144-145 [Consultado em 05.maio.2017]. Disponível em: ÍNDEX – Revistas Médicas Portuguesas.

Legislação

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. D.R. Iª Série A. 109 (3856-3865) - Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro. D.R. Iª Série. 21 (660-758) - Aprova, e publica em anexo, as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento.

Lei nº 52/2012, de 5 de setembro. D.R. Iª Série. 172 (5119-5124) - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: consagra o direito, e regula o acesso, dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Resolução da Assembleia da República nº 48/2014, de 6 de junho. D.R. Iª Série. 109 (3072) - Recomenda ao Governo que reforce o estudo das necessidades e devidas respostas no âmbito dos Cuidados Paliativos Pediátricos e que implemente as medidas necessárias à disponibilização efetiva desses cuidados no nosso país.

Despacho n.º 10429/2014, de 12 de agosto, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde – Determina que os estabelecimentos hospitalares, e as unidades locais de saúde, integrados no Serviço Nacional de Saúde, e classificados nos Grupos I, II, III ou IV-a com valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP).

Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. D.R. Iª Série. 174 (4865-4882) - Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Regula também os vários níveis de coordenação da RNCCI e os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI.

Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de junho. D.R. Iª Série. 145 (5081-5091) - Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro. D.R. Iª Série. 197 (8732-8738) - Regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e ainda as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

Portaria nº 343/2015, de 12 de outubro. D.R. Iª Série. 199 (8815-8831) - Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricas, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da RNCCI. Regula ainda os procedimentos relativos às

adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no SNS e das instituições do sector social e do sector privado destinados a cuidados pediátricos que adiram à RNCCI.

Portaria nº 165/2016, de 14 de junho. D.R. Iª Série. 112 (1821-1825) - Procede à primeira alteração da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, que regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

Páginas Web

www.acss.min-saude.pt.

www.dgs.pt.

www.ers.pt.

www.igfse.pt.

www.infopedia.pt

www.seg-social.pt.

<http://lge.ces.uc.pt>.

<http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.

<http://portalcodgdh.min-saude.pt>.

<http://wiki.ua.sapo.pt>.

7. Índice de figuras

	Pág.
Figura 1 Coordenação da RNCCI -----	28
Figura 2 Tipologias da RNCCI -----	30
Figura 3 Processo de referenciação do doente para a RNCCI -----	39
Figura 4 Modelo de análise da investigação -----	69

8. Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico 1 População mundial, 1950-2100, de acordo com diferentes projeções e variantes -----	6
Gráfico 2 Projeção populacional, 1960-2060 -----	8
Gráfico 3 Evolução da população dos grupos etários 0-14 anos e 65 e mais anos, 1992-2012. EU-27 -----	8
Gráfico 4 Índice de dependência dos idosos (população com 65 ou mais anos em relação com a população 15-64 anos) -----	9
Gráfico 5 Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%) em Portugal, 1960-2050 -----	10
Gráfico 6 Percentagem da população atendida em instituições de cuidados continuados (não hospitalares) e com cuidados ao domicílio, em 2014 --	20
Gráfico 7 Evolução do número de utentes referenciados para a RNCCI desde 2007 a 2015 -----	41
Gráfico 8 Evolução do número de utentes assistidos na RNCCI desde 2007 a 2015	42
Gráfico 9 Uteses referenciados por origem ente 2012 a 2015 -----	43
Gráfico 10 Motivos de referenciação de utentes para a RNCCI entre 2013 e 2015 --	44
Gráfico 11 Evolução do número de utentes assistidos nas diversas tipologias da RNCCI entre 2012 e 2015 -----	44
Gráfico 12 Evolução da taxa de ocupação registada nas diversas tipologias da RNCCI entre 2012 e 2015 -----	45
Gráfico 13 Evolução do número de utentes assistidos na RNCCI por região entre 2012 e 2015 -----	46
Gráfico 14 Tempo de referenciação dos utentes até à identificação de vaga na RNCCI por tipologia entre 2013 e 2015 -----	49
Gráfico 15 Tempo de referenciação dos utentes até à identificação de vaga na RNCCI por Região entre 2013 e 2015 -----	49
Gráfico 16 Serviços dos HUC com maior colocação de doentes na RNCCI (Top 3+) entre 2014 e 2016 -----	55
Gráfico 17 Caracterização dos doentes por género (N = 1.061) -----	88
Gráfico 18 Caracterização dos doentes por faixa etária (N = 1.061) -----	89
Gráfico 19 Caracterização dos doentes por estado civil (N = 1.061) -----	90
Gráfico 20 Caracterização da população por distrito de residência -----	91
Gráfico 21 Caracterização dos doentes por habilitações literárias -----	92
Gráfico 22 Caracterização dos doentes por situação profissional -----	93
Gráfico 23 Caracterização dos doentes por causas de internamento (N = 1.061) -----	94
Gráfico 24 Caracterização dos doentes por destino pós-alta (N = 1.061) -----	98
Gráfico 25 Caracterização dos doentes por sinalização para a RNCCI (N = 1.061) ----	99
Gráfico 26 Caracterização da população por tipologia proposta (N = 1.061) -----	101

Gráfico 27	Caracterização dos doentes por alteração da tipologia (N = 1.061) -----	101
Gráfico 28	Caracterização dos doentes por tipologia novamente proposta (N = 1.061) -----	102
Gráfico 29	Caracterização dos doentes por coabitação (N = 1.061) -----	105
Gráfico 30	Caracterização dos doentes por número de elementos do agregado familiar (N = 721) -----	105
Gráfico 31	Apoio recebido (N = 1.061) -----	106
Gráfico 32	Caracterização do apoio familiar (N = 1.061) -----	108
Gráfico 33	Identificação do cuidador (N = 1.061) -----	111
Gráfico 34	Caracterização da população ao nível habitacional (casa própria) (N = 1.061) -----	119
Gráfico 35	Caracterização da população ao nível habitacional (condições de habitabilidade) (N = 1.061) -----	120
Gráfico 36	Caracterização da população ao nível habitacional (barreiras arquitetónicas) (N = 1.061) -----	121
Gráfico 37	Demora média por tipologia de doentes após-alta hospitalar -----	126

9. Índice de tabelas

	Pág.	
Tabela 1	Medidas de política social, dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência -----	14
Tabela 2	Competências da ECR -----	29
Tabela 3	Competências da ECL -----	29
Tabela 4	Evolução do número de lugares na RNCCI, por tipologia -----	40
Tabela 5	Metas propostas para 2016, relativamente ao número de lugares na RNCCI, por tipologia -----	40
Tabela 6	Evolução do número de Equipas da Rede em funcionamento, entre 2012 e 2015 -----	41
Tabela 7	Indicadores de atividade de internamento do CHUC registados em 2014, 2015 e 2016 -----	51
Tabela 8	Doentes internados no CHUC e sinalizados para a RNCCI, entre 2014 e 2016 -----	52
Tabela 9	Doentes internados no CHUC e referenciados para a RNCCI, entre 2014 e 2016 -----	52
Tabela 10	Doentes internados no CHUC e admitidos diretamente nas Unidades/Equipas da RNCCI, entre 2014 e 2016 -----	53
Tabela 11	Top 15+ dos Serviços do Pólo HUC, que maior número de doentes colocou na RNCCI entre 2014 e 2016 -----	54
Tabela 12	Mapa conceptual – dimensão pessoal -----	66
Tabela 13	Mapa conceptual – dimensão clínica -----	67
Tabela 14	Mapa conceptual – dimensão social -----	68
Tabela 15	Mapa conceptual – dimensões da entrevista -----	68
Tabela 16	Caracterização da população por género -----	89
Tabela 17	Caracterização da população por distrito de residência -----	91
Tabela 18	Caracterização da população por Serviço Clínico de internamento -----	96
Tabela 19	Caracterização da população por dias de internamento -----	97
Tabela 20	Motivos clínicos de referenciação do doente para a Rede (N = 1.061) ----	100
Tabela 21	Caracterização dos doentes por dias de internamento durante o	

	processo de referenciação (N = 1.061) -----	102
Tabela 22	Tipologia de prestadores de apoio -----	107
Tabela 23	Tipo de apoio recebido -----	107
Tabela 24	População sem apoio nas AVD's (N = 216) -----	109
Tabela 25	Diagnóstico associado ao doente -----	110
Tabela 26	Diagnóstico associado ao cuidador -----	112
Tabela 27	Diagnóstico associado ao progenitor -----	113
Tabela 28	Diagnóstico associado ao cônjuge/companheiro -----	114
Tabela 29	Diagnóstico associado ao(s) filho(s) -----	115
Tabela 30	Diagnóstico associado aos outros elementos pertencentes/não pertencentes à família -----	117
Tabela 31	Avaliação familiar dos doentes -----	118
Tabela 32	Avaliação social dos doentes -----	118
Tabela 33	Avaliação económica dos doentes -----	118
Tabela 34	Avaliação habitacional dos doentes -----	119
Tabela 35	Intervenção social junto dos doentes/família/outros -----	122
Tabela 36	Caracterização dos doentes admitidos diretamente na RNCCI, a partir do internamento, por dias de internamento durante o processo de referenciação -----	124
Tabela 37	Caracterização dos doentes não admitidos na RNCCI a partir do internamento, por dias de internamento durante o processo de referenciação -----	124
Tabela 38	Caracterização dos doentes com alta para o domicílio a aguardar vaga na RNCCI, por dias de internamento durante o processo de referenciação -----	125
Tabela 39	Género: comparação por tipologia de doentes -----	128
Tabela 40	Serviço: comparação por tipologia de doentes -----	129
Tabela 41	Causa de internamento: comparação por tipologia de doentes -----	130
Tabela 42	Tipologia proposta definitivamente: comparação por tipologia de doentes -----	130
Tabela 43	Avaliação social – comparação por tipologia de doentes -----	131
Tabela 44	Caracterização dos entrevistados por género e tempo de Serviço na Unidade de internamento -----	133
Tabela 45	Respostas prestadas pelos Chefes das equipas médicas a cada questão da entrevista -----	136
Tabela 46	Respostas prestadas pelos Enfermeiros-Chefes a cada questão da entrevista -----	139
Tabela 47	Respostas prestadas pelos Assistentes sociais a cada questão da entrevista -----	142
Tabela 48	Questão 1: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais -----	145
Tabela 49	Questão 2: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais -----	145
Tabela 50	Questão 3: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais -----	146
Tabela 51	Questão 4: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais -----	146
Tabela 52	Questão 5: Identificação das respostas iguais e diferentes prestadas pelos profissionais -----	147
Tabela 53	Ordenação pelos Chefes das equipas médicas das respostas relativas às causas do atraso de admissão dos doentes na RNCCI -----	148

Tabela 54	Ordenação pelos Enfermeiros-Chefes das respostas relativas às causas do atraso de admissão dos doentes na RNCCI -----	149
Tabela 55	Ordenação pelos Assistentes Sociais das respostas relativas às causas do atraso de admissão dos doentes na RNCCI -----	150
Tabela 56	Ordenação pelos Chefes das equipas médicas das respostas relativas às consequências do impacto do atraso de admissão dos doentes na RNCCI	151
Tabela 57	Ordenação pelos Enfermeiros-Chefes das respostas relativas às consequências do impacto do atraso de admissão dos doentes na RNCCI	152
Tabela 58	Ordenação pelos Assistentes Sociais das respostas relativas às consequências do impacto do atraso de admissão dos doentes na RNCCI	153
Tabela 59	Ordenação pelos Chefes das equipas médicas das respostas relativas às sugestões de resolução do problema -----	154
Tabela 60	Ordenação pelos Enfermeiros-Chefes das respostas relativas às sugestões de resolução do problema -----	155
Tabela 61	Ordenação pelos Assistentes Sociais das respostas relativas às sugestões de resolução do problema -----	155
Tabela 62	Ordenação das principais respostas (Top +3) dadas à primeira questão (causas) -----	157
Tabela 63	Ordenação das principais respostas (Top +3) dadas à segunda questão (consequências) -----	158
Tabela 64	Ordenação das principais respostas (Top +3) dadas à terceira questão (sugestões) -----	159

10. Anexos

Anexo 1 – Grelha utilizada na análise documental

Anexo 2 – Guião das entrevistas aplicadas aos Chefes das equipas médicas, Enfermeiros-Chefes e Assistentes sociais

Anexo 3 – Grelha de análise das entrevistas por grupo profissional

Anexo 4 – Guião utilizado para aplicação do Modelo de Delphi, por grupo profissional

Anexo 5 – Periodificação da investigação

ANEXO 1

Grelha utilizada na análise documental

1. DIMENSÃO PESSOAL

Caixa	Nº	Género (M/F)	Distrito de residência	Idade	Faixa etária	Estado civil	Habilitações literárias	Situação profissional
A	1							
B								
C								
D								
E								
F								
G								
H								
I								
J								
K								
L								
M								
N	1.061							

2. DIMENSÃO CLÍNICA

CAIXA	Nº	Internamento		
		Serviço Clínico	Causa do internamento	Início do internamento
A	1			
B				
C				
D				
E				
F				
G				
H				
I				
J				
K				
L				
M				
N	1.061			

Sinalização / Referência / Admissão na RNCCI									
Sinalizado (S/N)	Entrado na RNCCI (S/N)	Destino: RNCCI/Falecido/Outro	Destino: Admitido pelo internamento/Admitido pelo domicílio/Não admitido	Sinalizado (S/N)	Data de Sinalização	Data de entrada na EGA	Data de envio à ECL	Data de Admissão na Rede	Data da Alta/Falecimento/Cancelamento/Outro

Tipologia proposta		
Tipologia proposta	Alteração da Tipologia (S/N)	Tipologia definitivamente proposta

Motivo clínico da referência																										
Não especificado	Situação de fragilidade				Doença crónica com episódio de agudização				Necessidade de continuidade de cuidados					Necessidade de vigilância e tratamentos complexos					Necessidade de ensino doente/cuidadores					Cuidados paliativos		
	Dependência em AVD's	Deterioração cognitiva	Desnutrição	Outro	DPOC	Doença Cardiovascular / Insuf. Cardíaca Congestiva	Hepatoptia	Outro	Tratamento feridas/úlceras pressão	Reabilitação	Manutenção dispositivos	Gestão regime terapêutico	Outro	Úlceras pressão múltiplas	Pós-cirúrgica	Pós-traumáticos	Portadores de SNG, PEG	Ventilação assistida	Outro	Execução de técnicas	Regime terapêutico	Auto cuidados	Hábitos de risco		Outros	

3. DIMENSÃO SOCIAL

CAIXA	Nº	Coabitação								
		Família natural (S/N)	Total de elementos do agregado familiar			Sozinho (S/N)	Família de acolhimento (S/N)	Em instituição (S/N)	Sem abrigo (S/N)	Outro (S/N)
			Número	Em rotatividade pelos filhos	Não especificado					
A	1									
B										
C										
D										
E										
F										
G										
H										
I										
J										
K										
L										
M										
N	1.061									

Apoio recebido																					
Receção de apoio			Prestador de apoio								Apoio familiar	Tipo de apoio(s) recebido(s) até à data de internamento									
Recebe apoio (S/N)	Era independente/au tónomo nas AVD's	Necessitava de apoio, mas não possuía	Familiares (S/N)	Empregada doméstica (S/N)	Vizinhos (S/N)	Centro de Dia (S/N)	Ajuda Domiciliária (S/N)	Tec. Serv. Social (S/N)	Téc. Saúde (S/N)	Outros	Caracterização do apoio recebido	Medicamentos (S/N)	Alimentação (S/N)	Higiene da casa (S/N)	Higiene pessoal (S/N)	Higiene da roupa (S/N)	Ajudas técnicas (S/N)	Pecuniário (S/N)	Outros	Não especificado	

Diagnóstico social																		
Perfil do doente			Identificação e perfil do cuidador principal				Relacionadas com o(s) progenitor(es)			Relacionadas com o conjugue			Relacionadas com o(s) filhos			Relacionadas com outro(s) familiar(es) e outro(s)		
Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Identificação	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3

Avaliação social						Situação habitacional			Intervenção social			
Relação familiar	Situação económica	Situação familiar	Situação social	Situação habitacional	Relação familiar	Casa própria (S/N)	Com condições essenciais de habitabilidade (S/N)	Barreiras arquitetónicas (S/N)	Entrevista psicossocial de avaliação (S/N)	Informações/Orientações para a RNCCI/Esclarecimentos/Sugestões de alternativas (S/N)	Apoio psicossocial (S/N)	Articulação com outros (Equipa/RNCCI/Família/Outro) (S/N)

ANEXO 2

Guião da entrevista aplicada aos Chefes das equipas médicas, Enfermeiros-Chefes e Assistentes sociais

ENTREVISTA

Esta entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, intitulada “Impacto do atraso da admissão na RNCCI, dos doentes referenciados em 2016 pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC, E.P.E.”. A entrevista está já autorizada pelo diretor de Serviço a que V. Ex.^ª pertence e é dirigida aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e Assistentes Sociais) diretamente envolvidos na referência de doentes para a RNCCI.

Esta investigação tem como objetivos proceder ao levantamento e caracterização social dos doentes internados nos diversos Serviços do polo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) do CHUC que foram referenciados e admitidos nas diversas Unidades da RNCCI durante o ano de 2016, mas que não viram concretizada de forma imediata a sua alta hospitalar. Pretende-se igualmente identificar as perceções dos profissionais de saúde envolvidos na referência, relativamente às causas do referido atraso, avaliar o seu impacto nos Serviços e ainda identificar propostas e sugestões para a sua resolução.

Os resultados obtidos serão utilizados para fins académicos (tese de Mestrado), sendo que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração!

1. Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no Serviço que dirige?
2. Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto nos Serviços? Sim ou Não?
3. Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto?
4. Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços?
5. Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Código da entrevista: _____

Data: __/__/____

ENTREVISTA

Esta entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, intitulada “Impacto do atraso da admissão na RNCCI, dos doentes referenciados em 2016 pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC, E.P.E.”. A entrevista está já autorizada pelo diretor de Serviço a que V. Ex.^ª pertence e é dirigida aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e Assistentes Sociais) diretamente envolvidos na referência de doentes para a RNCCI.

Esta investigação tem como objetivos proceder ao levantamento e caracterização social dos doentes internados nos diversos Serviços do polo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) do CHUC que foram referenciados e admitidos nas diversas Unidades da RNCCI durante o ano de 2016, mas que não viram concretizada de forma imediata a sua alta hospitalar. Pretende-se igualmente identificar as perceções dos profissionais de saúde envolvidos na referência, relativamente às causas do referido atraso, avaliar o seu impacto nos Serviços e ainda identificar propostas e sugestões para a sua resolução.

Os resultados obtidos serão utilizados para fins académicos (tese de Mestrado), sendo que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração!

1. Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde exerce a atividade de Assistente Social?
2. Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto nos Serviços? Sim ou Não?
3. Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto?
4. Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços?
5. Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Código da entrevista: _____

Data: __/__/____

ANEXO 3

Grelha de análise das entrevistas por grupo profissional

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - CHEFES DAS EQUIPAS MÉDICAS

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no Serviço que dirige?

Respostas	Código da Entrevista								
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNA0517	MNB0517	MNC0508	MNC0602
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)			X	X	X	X	X	X	X
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI			X						
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)		X	X		X	X	X		
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização				X					
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI						X		X	
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)	X			X	X				

Questão 2: Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto nos Serviços? Sim ou Não?

Respostas	Código da Entrevista								
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNA0517	MNB0517	MNC0508	MNC0602
Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Não									

Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.

Respostas	Código da Entrevista								
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNA0517	MNB0517	MNC0508	MNC0602
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)		X	X	X	X	X	X		X
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	X		X	X		X	X		X
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem				X	X	X	X	X	
Prejuízo da capacidade formativa dos futuros médicos e outros profissionais	X		X		X				
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais	X		X	X			X		X
Aumento dos consumos e custos para o hospital	X			X			X		X

Questão 4: Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços?

Respostas	Código da Entrevista								
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNA0517	MNB0517	MNC0508	MNC0602
Positivo									
Negativo/Prejudicial	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Respostas	Código da Entrevista								
	MMA0525	MMB0505	MMC0511	MMD0508	MME0510	MNA0517	MNB0517	MNC0508	MNC0602
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)		X	X			X		X	X
Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referênciação e admissão dos doentes na RNCCI		X	X	X	X				X
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com idoneidade formativa		X	X				X	X	
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes			X	X		X			X
Libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido					X				
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento					X	X		X	X
Hospitalização domiciliária				X					

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - ENFERMEIROS-CHEFES

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no Serviço que dirige?

Respostas	Código da Entrevista						
	EMA0510	EMB0511	EMC0510	EMD0505	EME0508	ENB0509	ENC0509
Sinalização e referenciação tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)		X	X	X	X	X	X
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI		X			X		
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)			X				X
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	X						X
Alteração da tipologia de Unidade préviamente definida			X				
Infeções e reinfecções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	X	X					
Perda de vaga na RNCCI pelo doente, devido à prorrogação do período de internamento			X				
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	X	X	X		X	X	
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)					X		
Inadaptação das respostas comunitárias à condição física, clínica e social do doente			X				

Questão 2: Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto nos Serviços? Sim ou Não?

Respostas	Código da Entrevista						
	EMA0510	EMB0511	EMC0510	EMD0505	EME0508	ENB0509	ENC0509
Sim	X	X	X	X	X	X	X
Não							

Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.

Respostas	Código da Entrevista						
	EMA0510	EMB0511	EMC0510	EMD0505	EME0508	ENB0509	ENC0509
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	X	X	X	X	X	X	
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	X	X	X	X	X		X
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	X	X		X	X	X	X
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	X				X	X	
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais		X			X		
Aumento dos consumos e custos para o hospital	X		X	X			X
Atribuição de alta mais precoce a doentes agudos para libertação de camas						X	

Questão 4: Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços?

Respostas	Código da Entrevista						
	EMA0510	EMB0511	EMC0510	EMD0505	EME0508	ENB0509	ENC0509
Positivo							
Negativo/Prejudicial	X	X	X	X	X	X	X

Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Respostas	Código da Entrevista						
	EMA0510	EMB0511	EMC0510	EMD0505	EME0508	ENB0509	ENC0509
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)					X		
Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI			X	X	X		X
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa	X					X	
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	X	X	X		X		
Hospitalização domiciliária	X						
Maior referenciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's						X	X

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - ASSISTENTES SOCIAIS

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde exerce a atividade de Assistente Social?

Respostas	Código da Entrevista				
	SMA0515	SMC0516	SME0605	SNA0517	SNC0601
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	X			X	
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	X	X			X
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	X				
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	X				X
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida					X
Doentes são pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e sem retaguarda familiar		X	X		
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	X				
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	X	X		X	X
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)	X	X	X	X	X
Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias	X	X	X	X	X

Questão 2: Considera que o atraso de admissão na RNCCI dos doentes internados tem algum impacto nos Serviços? Sim ou Não?

Respostas	Código da Entrevista				
	SMA0515	SMC0516	SME0605	SNA0517	SNC0601
Sim	X	X	X	X	X
Não					

Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.

Respostas	Código da Entrevista				
	SMA0515	SMC0516	SME0605	SNA0517	SNC0601
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	X	X	X	X	
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	X	X	X	X	
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	X				
Aumento dos custos para a família com deslocações ao hospital	X				

Questão 4: Como avalia os efeitos desses factos ou consequências no funcionamento dos Serviços?

Respostas	Código da Entrevista				
	SMA0515	SMC0516	SME0605	SNA0517	SNC0601
Positivo					
Negativo/Prejudicial	X	X	X	X	X

Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Respostas	Código da Entrevista				
	SMA0515	SMC0516	SME0605	SNA0517	SNC0601
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)			X		
Maior agilidade na operacionalização do processo de referênciação e admissão dos doentes na RNCCI	X	X			
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa		X			
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	X	X		X	X
Aumentar o número de Assistentes Sociais nas ECL's para diminuição do tempo de resolução dos processos de referênciação					X
Maior referênciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's					X
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento /pós-RNCCI					X

ANEXO 4

**Guião utilizado para aplicação do Modelo de Delphi,
por grupo profissional**

TABELA DE DELPHI - CHEFES DAS EQUIPAS MÉDICAS

Tendo em vista a necessidade de priorizar as respostas dadas às questões efetuadas durante a entrevista, agradeço que ordene por grau de importância (sendo o número 1 o mais importante), as causas, as consequências e as sugestões enunciadas para cada uma das questões a seguir identificadas. Obrigada!

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no Serviço que dirige?

Respostas	Ordem (1 a 7)
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumprem critérios (com problemática social)	

Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.

Respostas	Ordem (1 a 7)
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	
Prejuízo da capacidade formativa dos futuros médicos e outros profissionais	
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais	
Aumento dos consumos e custos para o hospital	

Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Respostas	Ordem (1 a 7)
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	
Melhoria e rigor na operacionalização do processo de referência e admissão dos doentes na RNCCI	
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com idoneidade formativa	
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	
Libertação das camas de internamento da RNCCI pelos doentes que permanecem para além do período de tempo definido	
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento	
Hospitalização domiciliária	

Data: ___/___/_____

TABELA DE DELPHI - ENFERMEIROS-CHEFES

Tendo em vista a necessidade de priorizar as respostas dadas às questões efetuadas durante a entrevista, agradeço que ordene por grau de importância (sendo o número 1 o mais importante), as causas, as consequências e as sugestões enunciadas para cada uma das questões a seguir identificadas. Obrigada!

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados no seu Serviço?

Respostas	Ordem (1 a 10)
Sinalização e referência tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida	
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	
Perda de vaga na RNCCI pelo doente, devido à prorrogação do período de internamento	
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumprem critérios (com problemática social)	
Inadaptação das respostas comunitárias à condição física, clínica e social do doente	

Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.

Respostas	Ordem (1 a 7)
Aumento do número de dias de internamento injustificadamente (demora média hospitalar)	
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	
Maior sobrecarga e desmotivação dos profissionais	
Aumento dos consumos e custos para o hospital	
Atribuição de alta mais precoce a doentes agudos para libertação de camas	

Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Respostas	Ordem (1 a 6)
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	
Maior agilidade na operacionalização do processo de referência e admissão dos doentes na RNCCI	
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa	
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	
Hospitalização domiciliária	
Maior referência de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's	

Data: ___/___/_____

TABELA DE DELPHI - ASSISTENTES SOCIAIS

Tendo em vista a necessidade de priorizar as respostas dadas às questões efetuadas durante a entrevista, agradeço que ordene por grau de importância (sendo o número 1 o mais importante), as causas, as consequências e as sugestões enunciadas para cada uma das questões a seguir identificadas. Obrigada!

Questão 1: Que fatores identifica como justificadores do atraso da admissão na RNCCI dos doentes internados nos Serviços onde exerce a atividade de Assistente Social?

Respostas	Ordem (1 a 10)
Sinalização e referenciação tardias do doente causadas pelos profissionais e/ou famílias (processo lento e burocrático)	
Excesso de doentes a necessitar de ir para a RNCCI	
Incapacidade e/ou desresponsabilização da família para continuidade de cuidados ao seu doente após a alta clínica (falta de apoio familiar de retaguarda)	
Impossibilidade das famílias em alterar a Unidade escolhida, para outra localização	
Alteração da tipologia de Unidade previamente definida	
Doentes são pessoas idosas, dependentes, com fracos recursos económicos e sem retaguarda familiar	
Infeções e reinfeções nos doentes que aguardam vaga na RNCCI	
Incapacidade da RNCCI para fazer face às necessidades existentes (insuficiência de vagas)	
Ocupação de camas da RNCCI com doentes indevidamente referenciados, que não cumpem critérios (com problemática social)	
Falta de resposta familiar, dos lares de idosos e comunitárias	

Questão 3: Em caso de resposta afirmativa, indique os factos ou consequências que advêm desse impacto.

Respostas	Ordem (1 a 4)
Maior exposição dos doentes que aguardam vaga na RNCCI, a complicações infecciosas e não infecciosas podendo levar à perda da sua funcionalidade e/ou falecimento	
Impossibilidade de internar novos doentes com doença aguda, devido à falta de camas disponíveis	
Internamento dos novos doentes com doença aguda, noutros Serviços clínicos, que não o de origem, com prejuízo da sua assistência médica e de enfermagem	
Aumento dos custos para a família com deslocações ao hospital	

Questão 5: Que sugestões identifica para solucionar este problema?

Respostas	Ordem (1 a 7)
Aumento do número de Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede e da lotação das existentes (nomeadamente na Região Centro)	
Maior agilidade na operacionalização do processo de referenciação e admissão dos doentes na RNCCI	
Criação de uma Unidade de Internamento dentro do CHUC, que acolha os doentes que aguardam vaga na RNCCI, com cuidados não diferenciados e com capacidade formativa	
Aumento do número de lares de idosos com acordos com a Segurança Social e de respostas comunitárias, melhor adaptadas a estes doentes	
Aumento do número de Assistentes Sociais nas ECL's para diminuição do tempo de resolução dos processos de referenciação	
Maior referenciação de doentes para lares, para respostas comunitárias domiciliadas (IPSS's) e para as ECCI's	
Maior sensibilização e responsabilização das famílias para apoiar os seus doentes no pós-internamento /pós-RNCCI	

Data: ____/____/____

ANEXO 5

Planificação da investigação

Etapas da investigação	Meses																							
	set. 2015	out. 2015	nov. 2015	dez. 2015	jan. 2016	fev. 2016	mar. 2016	abr. 2016	mai. 2016	jun. 2016	jul. 2016	ago. 2016	set. 2016	out. 2016	nov. 2016	dez. 2016	jan. 2017	fev. 2017	mar. 2017	abr. 2017	mai. 2017	jun. 2017	jul. 2017	
Pesquisa Bibliográfica																								
Planeamento da Pesquisa																								
Enquadramento Teórico-Conceptual																								
Objectivos																								
Modelo de Análise																								
Procedimentos Metodológicos																								
Entrega do Projecto de Investigação																								
Desenvolvimento da Pesquisa																								
Contactos formais																								
Colecção de dados quantitativos																								
Colecção de dados qualitativos																								
Análise e tratamento de dados																								
Elaboração de plano detalhado de escrita																								
Elaboração da Dissertação																								
Entrega da Dissertação																								