

Universidade da Beira Interior
Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Gestão e Economia



Cuidados Continuados

Novas Tendências

Mestrado em Economia
2º Ciclo

Inês Alexandra da Cruz Ladeiro Vilela Pereira

Orientadora: Professora Doutora Anabela Antunes Almeida

Covilhã e UBI, Agosto de 2008

Nota Biográfica

Inês Alexandra da Cruz Ladeiro Vilela Pereira

- Licenciada em Economia pela Universidade da Beira Interior (2004)
- Exerce funções de Técnica Superior de Regulação na Entidade Reguladora da Saúde (desde 2005)
- Pós-Graduada em Gestão de Estabelecimentos e Serviços de Saúde pelo ISMAI (Instituto Superior da Maia) (2006)

Agradecimentos

É a vivência de situações como a presente que reforça a convicção de que qualquer “construção humana” é, antes de mais, uma construção do colectivo. Assim, cumpre-me desde logo manifestar a minha gratidão à minha orientadora, Sr.^a Professora Doutora Anabela Antunes Almeida, pelo incentivo, paciência e precisão em todos os detalhes, agradecendo também toda a confiança que depositou em mim.

Uma palavra, também desde já, de agradecimento ao Sr. Professor Doutor Paulo Jorge Maças Nunes, pela coragem, tolerância, paciência e compreensão sempre demonstradas.

Quero, ainda, declarar o meu especial reconhecimento para com:

A UBI, cujo ambiente acolhedor e de abertura, informalidade e disponibilidade de docentes e funcionários, me tornou fácil e agradável o que poderia ter sido penoso.

Os meus pais, Carlos Pereira e Fátima Ladeiro, por toda uma vida de dedicação e pelo incentivo em cada nova etapa e regozijo a cada nova conquista.

O meu marido, Luís Ferreira, companheiro de toda a vida, que de um modo incessantemente especial, está presente, solícito e sempre disposto a ajudar.

A minha querida amiga, Marta Ferraz, por todo o apoio e motivação e pelos valiosos incentivos sem os quais a conclusão deste trabalho não seria possível.

A Dr.^a Beatriz Jurado, por ser, para mim, fonte de inspiração.

Os meus amigos, pelo apoio prestado e pela forma como compreenderam as minhas ausências.

O Dr. Eurico Alves, pela oportunidade e contribuição em diversos momentos deste trabalho.

“Os homens da terra cultivam cinco mil rosas no mesmo jardim... e não encontram o que procuram, E, contudo, o que procuram podia ser achado numa única rosa ou num gole de água. Mas os olhos são cegos, é preciso procurar com o coração”.

Saint-Exupéry



Resumo

A diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. Ao mesmo tempo, o aumento da esperança média de vida reflecte uma melhoria do nível de saúde dos portugueses, desde os últimos 40 anos.

Porém, e apesar de uma maior exigência na qualidade e quantidade de serviços de saúde, verificam-se ainda carências fundamentalmente no que diz respeito aos cuidados de saúde e apoio social em situações de convalescença, de média e de longa duração, que decorrem de um maior número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Se por um lado a esperança de vida aumenta e a mortalidade diminui, por outro lado surge a necessidade de dar resposta a estas novas realidades. A resposta a estas necessidades deve, portanto, ser ajustada a cada diferente grupo alvo.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foi criada com o objectivo de promover a qualidade de vida e consolidação de uma sociedade mais solidária, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades

Estes objectivos pressupõem a instituição de um modelo de intervenção integrado e articulado entre o sector da saúde e a segurança social, envolvendo a participação e colaboração da sociedade civil e do Estado.

Assim, este trabalho, tenta compreender em que medida a etapa inicial de planeamento e implementação da RNCCI e das suas experiências piloto se aproxima dos princípios definidos no modelo, e tem como finalidade a caracterização da situação actual e o grau de desenvolvimento da RNCCI.

Palavras-chave: Saúde; Cuidados Continuados; RNCCI

Abstract

The reduction of mortality and nativity has been expressed, in Portugal, in the gradual aging of the population. At the same time, the increase of the average hope of life reflects an improvement of the Portuguese health level, since the last 40 years.

However, and although a bigger requirement in the quality and amount of health services, there are still lacks in what concerns to the health-care and social support in situations of convalescence, average and long duration, because of the increasing number of patients with chronic and incapacitate illness.

If in one way the life hope increases and mortality attenuates, on the other hand appears the necessity to give an answer to these new realities. The answer to these needs must, therefore, be adjusted to each different target group.

The National Net of Integrated Continued Cares, was created with the goal to promote the quality of life and consolidation of a more responsible society, preventing, reducing and postponing the incapacities

These goals estimate the institution of an integrated model, articulated with the health sector and the social security, involving the participation and contribution of the civil society and the State.

Therefore, this work, tries to understand how the initial stage of planning and implementation of the RNCCI, approaches to the principles defined in the model, and has as purpose the characterization of the current situation and the degree of development of the RNCCI.

Word-key: Health; Continued cares; RNCCI

Índice

Nota Biográfica	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Índice de Abreviaturas	viii
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Quadros.....	x
Introdução.....	1
O Problema	2
Objectivos	2
Estrutura	3
Parte I – O processo de envelhecimento.....	4
I.1 – Do conceito de velhice aos factores que contribuem para o envelhecimento	6
I.1.1 – Factores pessoais	7
I.1.2 – Factores situacionais	8
I.2 – A sociedade actual e o apoio aos idosos.....	9
I.2.1 – Apoio formal	9
I.2.2 – Apoio Informal	9
Parte II – Descrição do Sistema de Saúde Português.....	11
II.1 – Enquadramento Geral	11
II.2 – Estrutura Demográfica.....	13
II.3 – Aspectos Socioeconómicos.....	17
II.4 – Percepção individual de saúde.....	17
II.5 – Recursos	18
II.5.1 – Recursos Financeiros	18
II.5.2 – Recursos materiais e humanos.....	19
II.6 – Acessibilidade	19
Parte III – Novas Tendências de Cuidar do Idoso: A Rede de Cuidados Continuados	21
III.1 – Enquadramento e tendência Internacional	21
III.2 – O ponto de partida.....	23
III.3 – O novo modelo.....	25
III.3.1 – Características do novo modelo.....	26

III.3.2 – Modelo de gestão	31
III.3.3 – Implementação territorial	32
III.3.4 – Modelo de financiamento próprio.....	34
III.4 – Planeamento da implementação da RNCCI	35
Parte IV – Resultados e Impacto da RNCCI.....	38
IV.1 – Caracterização das propostas de admissão.....	38
IV.1.1 - Motivos das propostas de admissão na RNCCI	38
IV.2 – Características dos utentes das unidades de internamento da RNCCI	40
IV.2.1 – Uteses atendidos nas unidades de internamento da RNCCI.....	40
IV.2.2 – Uteses entrados nas unidades de internamento da RNCCI	42
IV.2.3 – Uteses Saídos nas unidades de internamento da RNCCI	47
IV.3 – Actividade nas unidades de internamento da RNCCI.....	51
IV.3.1 - Demora média	51
IV.4 – Procura versus Oferta	53
Conclusão	56
Os ganhos e progressos alcançados	57
Os pontos de melhoria	58
Referências Bibliográficas.....	59



Índice de Abreviaturas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

MS – Ministério da Saúde

MTSS – Ministério do Trabalho e Segurança Social

LVT – Lisboa e Vale e Tejo

ARS – Administração Regional de Saúde

N/A – Não Aplicável

ADSE – Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

DGS – Direcção Geral da Saúde

IGAS – Inspecção-geral das Actividade em Saúde

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidades de Convalescença

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ADI – Apoio domiciliário integrado

UAI – Unidade de apoio integrado

CDSS – Centros Distritais de Segurança Social

EGA – Gestão de Altas

EISCP – Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ECI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

ECR – Equipas de Coordenação Regional



Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000	12
Figura 2 – Projecções demográficas, Portugal 2005 – 2050	13
Figura 3 – Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001	14
Figura 4 – Índices de Dependência segundo o sexo, Portugal 1960-2001	15
Figura 5 – Esperança de vida (ex), segundo o sexo, Portugal 1960-2000.....	16
Figura 6 – Esperança de vida sem incapacidade física de longa duração, segundo o sexo, Continente 1995/96	16
Ilustração 7 – Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001	17
Figura 8 – Distribuição de Responsabilidades na RNCCI.....	30
Figura 9 – Desenvolvimento da RNCCI.....	33
Figura 10 – Propostas de admissão por tipologia.....	39
Figura 11 – Propostas de admissão por entidade referenciadora.....	40
Figura 12 – Utentes atendidos por Tipologia de Unidade	41
Figura 13 – Utentes atendidos por Região e Tipologia de Unidade	41
Figura 14 – Utentes atendidos por Idades e Região.....	42
Figura 15 – Utentes Entrados por Tipologia de Unidade	43
Figura 16 – Utentes Entrados por Região e Tipologia de Unidade	43
Figura 17 – Média de idades dos utentes entrados por Tipologia de Unidade.....	44
Figura 18 – Utentes entrados por Sexo e Tipologia de Unidade.....	44
Figura 19 – Utentes entrados por Subsistemas.....	45
Figura 20 – Utentes Saídos por Tipologia de Unidade	47
Figura 21 – Utentes Saídos por Tipologia de Unidade e Região	48
Figura 22 – Utentes Entrados e Saídos por Região e Tipologia de Unidade	49
Figura 23 – Demora média (dias) por Região e Tipologia de Unidade	52
Figura 24 – Camas por Tipologia de Unidade	53
Figura 25 – Distribuição Regional das Camas.....	54
Figura 26 – % de Camas e Utentes Atendidos por Tipologia de Unidade	54

Índice de Quadros

Tabela 1 – Índice de dependência dos idosos e dos Jovens em 1970, 1980, 1990 e 2002.....	14
Tabela 2 – Número de nados-vivos e taxa de fecundidade em 1970, 1980, 1990 e 2003.....	15
Tabela 3 – Auto-apreciação do estado de saúde em Portugal e EU (15 países).....	18
Tabela 4 – Total das despesas com a saúde em 1970, 1980, 1990, 2000 e 2005 (%)	18
Tabela 5 – Recursos de saúde em Portugal em 1980, 1990 e 2002	19
Tabela 6 – Rácios de cobertura por tipologia e fase de implementação.....	33
Tabela 7 – Plano de implementação da RNCCI	34
Tabela 8 – Tabela de Preços para as Experiências Piloto.....	35
Tabela 9 – Plano de implementação das Experiências Piloto	37
Tabela 10 – Utentes Entrados por Proveniência e Tipologia de Unidade	46
Tabela 11 – Utentes Saídos por Destino e Tipologia de Unidade.....	50

Introdução

Apesar das disparidades entre países e regiões, o envelhecimento demográfico é hoje uma realidade generalizada ao conjunto dos países ocidentais, constatando-se o aumento das pessoas idosas dependentes. Por outro lado, importantes modificações estruturais dos modelos familiares têm surgido, exigindo assim, não só uma reflexão sobre a questão dos cuidados às pessoas idosas, responsabilidades e valores da família, mas também sobre as medidas políticas a adoptar nesta área, dado o aumento do número de famílias que contribuem com a sua ajuda informal para a assistência às pessoas idosas com algum nível de dependência.

Em Portugal, a maioria dos cuidados aos idosos continuam a ser efectuados pela família, sendo esta confrontada com novas exigências para as quais, em regra, não se encontra preparada.

Este problema assume contornos ainda mais complexos quando confrontado com a escassez de recursos da comunidade, incapaz de garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

Sendo a prestação de cuidados continuados um direito fundamental do utente e a assistência domiciliária uma alternativa à hospitalização tradicional, como forma de elevar o nível de bem-estar do utente e família, rentabilizar as camas hospitalares e diminuir os custos com a saúde, urge tomar medidas que permitam uma resposta coordenada, pronta e atempada dos diversos níveis de prestação de cuidados.

O planeamento da alta hospitalar e a conseqüente abertura à participação família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano terapêutico, de forma a reforçar as suas capacidades e competências para cuidar do seu familiar no domicílio, apresenta-se, então, como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência do individuo doente.

Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, quer do ponto de vista social quer do ponto de vista da saúde, no sentido de dar respostas aos utentes na comunidade que carecem de cuidados continuados têm sido amplamente desenvolvidos, no entanto, insuficientes para o grau de carência das populações.

Existe uma grande preocupação em promover a autonomia das pessoas em situação de doença e o reforçar das capacidades das famílias para lidar com estas situações. A



operacionalização do programa de cuidados continuados tem por finalidade dar resposta a esta filosofia.

O Problema

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

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

Objectivos

No dia 24 de Maio de 2007 celebrou-se o primeiro ano de existência da RNCCI. No sentido de se desenvolver o novo modelo através de uma avaliação contínua, que permita aperfeiçoar e adaptar a realidade aos princípios inicialmente definidos, surgiu a necessidade de se realizar uma análise extensa e profunda da situação, com o objectivo de avaliar os resultados obtidos no processo inicial de desenvolvimento.

Assim, este trabalho, tenta compreender em que medida a etapa inicial de planeamento e implementação da RNCCI e das suas das experiencias piloto se aproxima dos princípios definidos no modelo, e tem como finalidade a caracterização da situação actual e o grau de desenvolvimento da RNCCI.



Estrutura

Por tudo o que atrás foi explanado, considerámos pertinente dividir o presente trabalho em 4 partes, a saber:

Parte I – O processo de envelhecimento, nesta primeira parte, será consagrado o conceito de velhice e os factores que contribuem para o envelhecimento, descrevendo a sociedade actual e o apoio aos idosos.

Parte II – Descrição do Sistema de Saúde Português, neste capítulo será feito o Enquadramento Geral do Sistema de Saúde Português, nomeadamente quanto à sua estrutura demográfica, aos aspectos socioeconómicos, recursos, acessibilidade e percepção individual de saúde.

Parte III – Novas Tendências de Cuidar do Idoso: A Rede de Cuidados Continuados, neste capítulo faremos o enquadramento e a tendência Internacional adoptada para os Cuidados Continuados, explanando o ponto de partida do modelo, bem como as características, modelo de gestão e implementação territorial do novo modelo.

Parte IV – Resultados e Impacto da RNCCI, neste último capítulo, apresentaremos os resultados da implementação e impacto das experiências piloto, 1 ano após o seu início. Foram utilizados e tratados os dados de actividade constantes no Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



Parte I – O processo de envelhecimento

Um dos grandes problemas da actualidade é o “envelhecimento humano”, devido ao aumento da população chamada terceira idade, que cronologicamente é definida a partir dos 65 anos.

A esperança de vida teve um aumento significativo, levando a um elevado número de pessoas idosas relativamente ao total da população a nível mundial, o que justifica a preocupação e curiosidade científica de vários investigadores.

Actualmente, a industrialização, a intensa urbanização da população e a imigração são alguns dos factores que proporcionam este envelhecimento.

Vários autores definem envelhecimento como um processo normal, uma fase do ciclo vital e ainda um processo inevitável e irreversível.

Simões (2001, p.22) define o envelhecimento como um: “processo complexo em que intervêm factores biológicos, económicos, sociais, culturais e até políticos, num sistema de relações entre o indivíduo, a sociedade e o meio ambiente. Trata-se de um processo irreversível e continuo cuja evolução não se dá sempre ao mesmo ritmo”.

Fernandes (2000, p. 21) refere que o envelhecimento *não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se. É, no entanto, um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao homem. Importa referir que o envelhecimento pode ser considerado um processo contínuo, podendo no entanto, observar-se uma evolução mais rápida, ou, pelo menos, mais notória, nas ultimas fases da vida do homem.*

A mesma autora (p. 22) citando Lidz (1983), *caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas, podendo no entanto, o idoso não chegar a atingi-las todas, ou, pelo contrário, atingi-las em simultâneo.*

A primeira fase denomina-se – Idoso. Nesta fase não existem grandes alterações orgânicas: as modificações observam-se no modo de vida provocado pela reforma; o indivíduo ainda se considera capaz de satisfazer as suas necessidades.

A segunda fase é designada por – Senescência. Ocorre no momento, ou quando o indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física, ou de outra natureza, que o levam a ter de confiar nos outros, o que corresponde a uma velhice avançada.



Por último, surge uma terceira fase – fase da Senilidade. Aqui o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados completos.

Nesta óptica, o envelhecimento provoca alterações cujo conhecimento e avaliação são imprescindíveis para se poder distinguir entre o envelhecimento fisiológico e o envelhecimento patológico.

Também Nifle (1995) citado por Simões (2001, p.26) faz uma classificação interessante das fases do envelhecimento, em que:

A primeira fase que se inicia com a reforma e que é caracterizada por uma desresponsabilização no campo de trabalho. Esta primeira fase é uma desresponsabilização factual, comportamental, não querendo dizer regressão mas desimplicação da sua actividade profissional. É um período de experiência de aceitação da reforma e de uma presença activa muitas vezes através de ajudas gratuitas ou de disponibilidade para a família.

A segunda começa com a “dependência existencial”. Não é normalmente a perda de uma autonomia pessoal no verdadeiro sentido do termo, mas uma decadência na participação da vida social. Esta segunda fase é considerada pelo autor como uma renúncia de si mesmo, o que é evidentemente fonte de angústia fundamentalmente para os que estão mais fragilizados.

A terceira fase é um desligar de todo e qualquer compromisso, em que, o idoso pode apresentar como que uma indiferença a tudo o que o rodeia. Para o autor esta situação é considerada como que um tempo à espera da morte.

Como refere o autor, o primeiro período é chamado o período de reforma, reconhecido e aceite em que aparece a imagem dos anos disponíveis. O segundo e o terceiro períodos são considerados muitas vezes como de anomalias a evitar.

Berger (1995) também faz uma divisão do envelhecimento, considerando-o em: *primário e secundário, em que o primário se refere ao processo de Senescência normal, cujo aspectos necessários à qualidade de vida e à sobrevivência se vão modificando e substituindo por outros. O secundário refere-se à existência de lesões associadas às diferentes alterações normais e que contribuem para alterar mais ainda a adaptação dos indivíduos.*

Robert (1994) citado por Santos (2000, p. 21) define envelhecimento como “a perda progressiva e irreversível a capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”. Continuando a citar a mesma autora , “(...) não é uma doença (...). É no entanto, um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos nomeadamente, ao homem”.

Ermida (1999, p. 43) define-o como “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou de doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”.

Concluimos então que o envelhecimento é um processo normal, universal e irreversível, começa na concepção e continua até ao final da vida, em que, o seu desenvolvimento é influenciado por factores externos ou ambientais, socioeconómicos e profissionais.

I.1 - Do conceito de velhice aos factores que contribuem para o envelhecimento

A velhice interessa-nos hoje em dia sob dois pontos de vista: como problema pessoal e social. Todos sentimos que se sobrevivermos ela é o nosso destino. A vida numa sociedade com um grande número de idosos não tem que ser ajuizada com ideias preconcebidas, havendo assim, necessidade de tentar obter uma clarificação do conceito de velhice.

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (1998) velhice é “um estado do que é velho; idade avançada; os velhos; antiguidade; decrepitude”.

Fernandes (2000, p. 24) define velhice “como sendo um processo “*inelutável*” caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, podendo ser considerada o “coroamento” das etapas da vida. Ela traz em si a colheita do que se aprendeu e viveu, quanto se fez e foi alcançado, do quanto se sofreu e se suportou”.

A mesma autora cita também Serrazina (1990), que nos refere que a velhice é caracterizada por João Paulo II como “um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria

que a mesma proporciona permite um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro”.

Fortuoso (1990) também citado por Fernandes (2000), alerta para o seguinte: “todos nós fazemos ou ouvimos comentários do género: *aquele rapaz parece um velho*, quer seja por que se apresenta debilitado na saúde física ou na saúde mental, ou é *de admirar... tem 80 anos e parece um jovem!*, porque, apesar de muita idade, apresenta um bom estado físico e psicológico”.

Face ao exposto, não é fácil definir “velhice”. Continuando a citar a mesma autora que considera que existem três conceitos diferentes, *o da idade cronológica – que corresponde à idade oficial, dada pelo Bilhete de Identidade; o da idade biológica – que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, referido à situação mais frequente observada em cada grupo etário e o de estado psicológico – que pode não depender da idade nem do estado orgânico.*

Ficamos com a noção de que a velhice não é sinónimo de doença, mas sim uma diminuição das capacidades orgânicas e psíquicas, que aumenta a instabilidade, a sensibilidade e susceptibilidade a processos patológicos.

Verificámos, então, que todo o processo de envelhecimento e a velhice são influenciados por vários factores, ou seja, por factores intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e por factores extrínsecos (inerentes ao meio ambiente).

Fernandes (2000) cita Barreto (1984) em que este menciona *que existem determinados factores e condicionalismos que são responsáveis por perturbações mentais da pessoa idosa. Refere-se por exemplo, à reforma, ao isolamento, às perdas, à falta de recursos económicos, à adaptação, ao reajustamento, às condições ambientais, como causas que não apenas comprometem o bem estar da pessoa idosa, como lhe podem provocar doença psíquica. Pois nesta fase da vida há grandes transformações a nível físico, psíquico e social.*

I.1.1 – Factores pessoais

Um dos factores pessoais que se pode considerar é a idade. Com o avanço da idade há uma acumulação de diferentes problemas a todos os níveis, a maior parte dos



idosos necessita de uma ou mais medidas de suporte para se conseguir adaptar à vida quotidiana.

Fernandes (2000, p. 32), “A idade é pois um índice relativamente pobre para prever a intensidade das modificações dependentes do envelhecimento. Crê-se, no entanto, que uma parte significativa das transformações que surgem com a idade são devido ao estilo de vida de cada um.”

Outro dos factores são as perdas que todo o ser humano está sujeito durante o seu ciclo vital. Fernandes (2000, p. 37) refere que “as perdas, tanto previstas como imprevistas, são geralmente múltiplas: é a perda de vigor, saúde, capacidades funcionais, da esposa ou marido, filhos, amigos: é a perda de elos sociais, de emprego devido a aposentação ou doença, do papel na família, do lar, entre outras”.

Por último, outro factor pessoal é a sua adaptação a este período da vida, pois as experiências pessoais são múltiplas, e a adaptação às determinadas situações é influenciada pelas suas vivências, levando muitas vezes a uma situação de crise.

I.1.2 – Factores situacionais

Um dos importantes factores situacionais, é o meio que envolve o idoso, pois este tem que recorrer a todos os meios á sua disposição para controlar o ambiente físico, psicológico e social. Berger (1995, p. 153) considera que “a escolha dos amigos, a integração numa rede de apoio, a socialização e a tomada de decisões quanto aos défices sensoriais são outras tantas iniciativas válidas para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde”.

Constança (1993, p. 54) citada por Fernandes (2000, p. 42) refere que “a capacidade do idoso para lidar com eficácia relativamente ao meio ambiente, tem como funções detectar, interpretar e responder de forma adequada à informação sensorial”

O ambiente deve então, ser avaliado, quer no domicílio quer em instituições de modo a assegurar que este é saudável e estimulante. Quando o ambiente é inadequado e ameaça a integridade do idoso, este pode regredir e o seu estado de saúde deteriorar-se de uma forma rápida.

I.2 – A sociedade actual e o apoio aos idosos

Estamos numa sociedade de consumo que se rege por valores materiais. O seu objectivo principal é a rentabilização da produção, privilegiando os indivíduos activos.

Achamos pertinente distinguir aqui o idoso do meio urbano, do idoso do meio rural. Existem nítidas diferenças entre ambos. O idoso do meio rural apresenta melhor qualidade de vida, continua activo e não se acomoda ao banco do jardim. Neste modo de estar na vida, não sente necessidade de recorrer a apoios sociais tão precocemente. Enquanto todo o crescimento industrial e urbano deixa para trás o idoso de referência, provocando uma mudança nas relações sociais (Queiroga, 2002). Houve então, necessidade de criação de suporte social face a tal realidade, de forma a criarmos uma “sociedade ideal” para os nossos idosos.

I.2.1 – Apoio formal

Muito se tem debatido em torno do envelhecimento e de respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos.

O aumento do número de idosos que tendencialmente perderão a sua autonomia e, por isso, tornar-se-ão dependentes de terceiros, tem desencadeado uma onda de preocupação. Nesta base de preocupação está o aumento da procura social e a sobrecarga dos sistemas de protecção social. Nas redes de apoio formal incluem-se serviços estatais de segurança social e as organizações de poder local, a nível de concelho ou de freguesia, criados para servir a população idosa: lares, serviço de apoio domiciliário, centro de dia, centro de convívio, acolhimento familiar (Paúl, 1997, p. 83).

I.2.2 – Apoio Informal

A maioria dos cuidados de saúde que a pessoa idosa necessita, são de carácter informal. Estes cuidados, prestados por elementos da família, amigos, vizinhos e voluntários organizados, devem ser completados pelo apoio, formação, orientação e avaliação dos técnicos de saúde.

As reformas dos costumes fizeram surgir a família moderna, nuclear, formada pelos pais e seus filhos, que passaram a constituir pequenas sociedades, com seus valores e culturas próprias. As relações entre as gerações foram drasticamente reduzidas, a partir do momento em que os núcleos mais jovens se afastaram geograficamente e socialmente das redes de parentescos.

A família é cada vez mais solicitada a participar e colaborar nos cuidados dos seus membros, logo tem que ser envolvida e apoiada, pois o papel da família no apoio aos idosos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais difícil. Pode-se concluir pela prática quotidiana de serviço na comunidade que dentro do apoio informal, o principal agente dos cuidados é a mulher de meia-idade, esposa ou filha que dá o maior contributo, logo a seguir é o próprio idoso que assegura os cuidados informais do cônjuge. Também Rebelo, (1996, p. 43) diz-nos que é a família, em 96,4% dos casos o principal agente dos cuidados informais e dentro desta a mulher de meia-idade (64,3%) assim como 20% dos prestadores de cuidados são os idosos.

Pimentel (1999, p. 21) aborda também uma nova tendência de apoio social ao idoso, a revitalização das solidariedades informais em particular o apelo à família, na prestação de cuidados e no acompanhamento aos idosos. A articulação e complementaridade entre redes de apoio formal e redes de apoio informal, que está na base das actuais políticas sociais neste domínio, nem sempre são fáceis de concretizar. Os direitos do idoso não dependem, exclusivamente, dos juristas, mas principalmente, das pessoas idosas e das redes formais e informais.



Parte II – Descrição do Sistema de Saúde Português

II.1 – Enquadramento Geral

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas:

Individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida, estando subjacente a este conceito, o de envelhecimento biológico.

É sabido que os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social unicamente com base na idade, como é também conhecido que são um dos grupos mais vulneráveis à pobreza. A estes factores associam-se a maior permeabilidade a determinadas doenças físicas, bem como algumas características individuais que se podem manifestar ou vivenciar de forma diferente em cada um dos sexos.

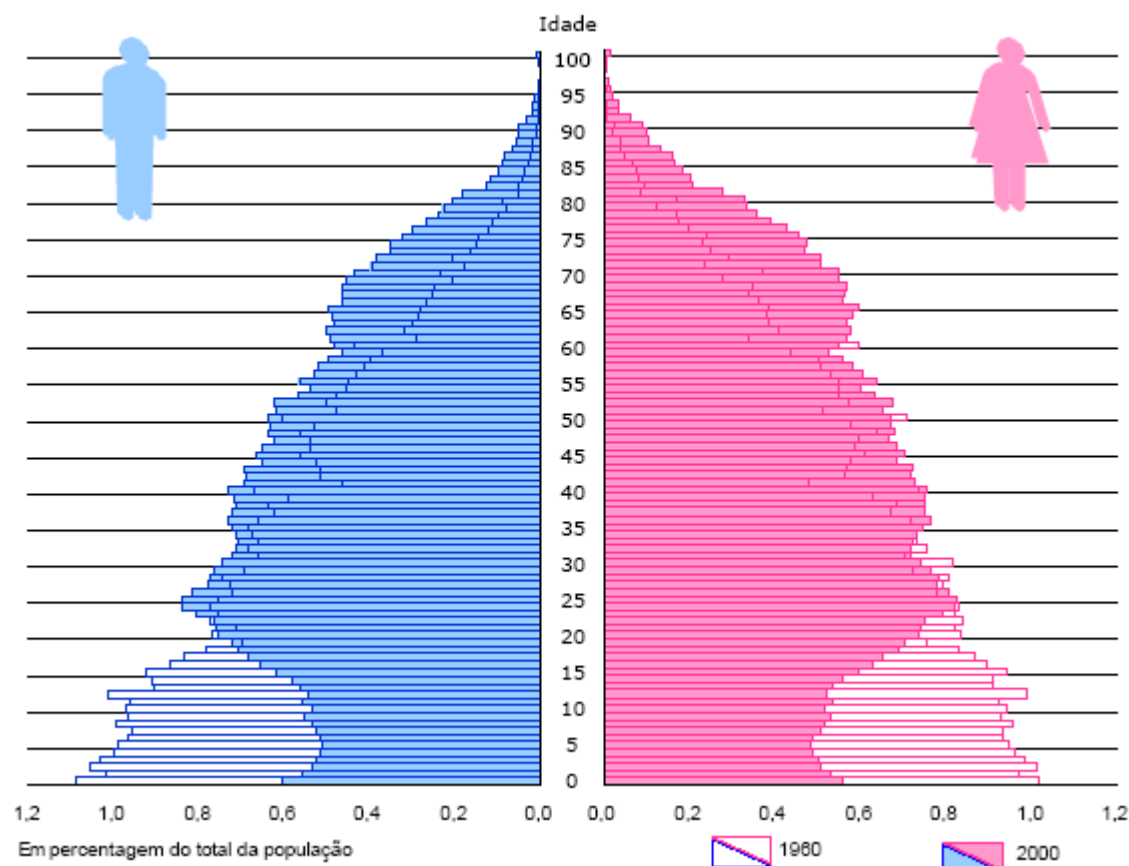
Socialmente também não é raro encontrar situações deficitárias em relações familiares ou sociais. O isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo uma grande parte de pessoas idosas, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida.

O **envelhecimento demográfico**, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa¹.

¹ No presente documento consideraram-se os seguintes limites de idade em cada categoria: 0-14 anos (população jovem); 15-64 anos (população em idade activa ou população potencialmente activa); 65 e mais anos (população idosa).



Figura 1 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000.

Este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos e verifica-se actualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento.

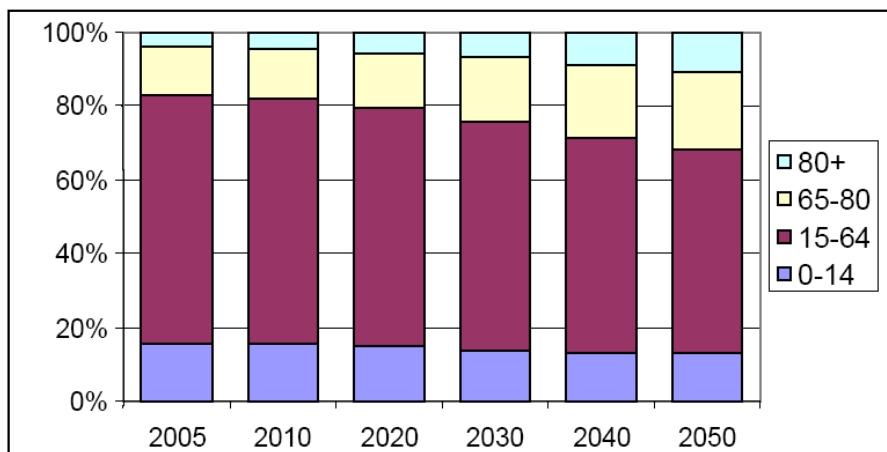
Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de **população mundial** das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.

Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população,

entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção².

De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Figura 2 – Projecções demográficas, Portugal 2005 – 2050



Fonte: Eurostat

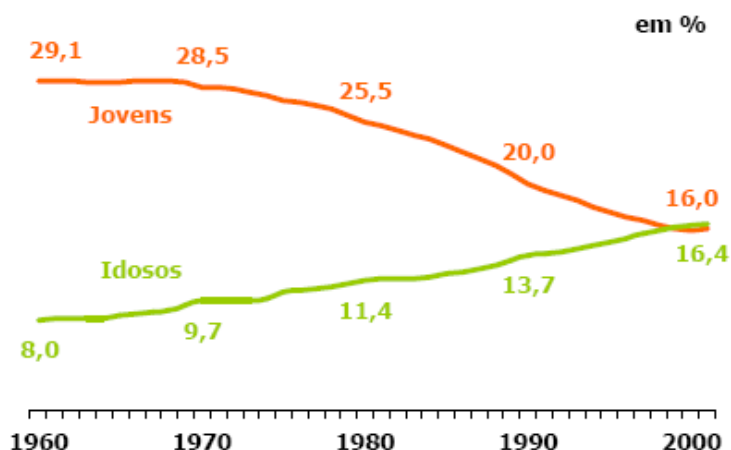
II.2 – Estrutura Demográfica

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do **envelhecimento demográfico** traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 105% da população idosa.

Em 1960, as pessoas com 65 ou mais anos, representavam 8% do total da população portuguesa. Em 1990 eram 13,7% e em 2003 atingiam os 17% do total da população. Neste mesmo período, a população menor de 15 anos, declinava, passando de 29,1% do total da população para 20% em 1990 e 15,8% em 2003.

² Cf. Figura 2

Figura 3 – Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Os **índices de dependência**³ são também bastante ilustrativos do processo de envelhecimento em Portugal.

Se compararmos os índices de dependência dos jovens e dos idosos, verificamos que, enquanto o primeiro diminuiu cerca de 50%, o segundo aumenta 60%, no mesmo período. Sendo certo que este é um outro modo de avaliar o envelhecimento da população, verificamos que o índice de dependência das pessoas idosas acaba por ser superior ao dos Jovens no ano de 2002.

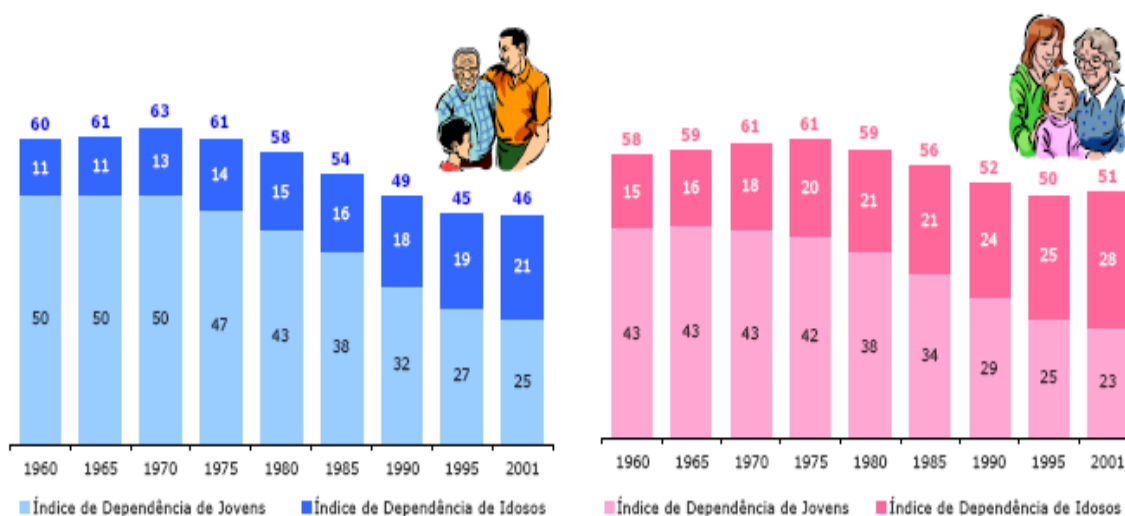
Tabela 1 – Índice de dependência dos idosos e dos Jovens em 1970, 1980, 1990 e 2002

	1970	1980	1990	2002
Índice de dependência dos idosos	15,3	18,0	20,1	24,6
Índice de dependência dos jovens	46,4	41,1	30,8	23,5

Fonte: Estatísticas demográficas, INE

³ Relação existente entre o número de jovens (0-14 anos) e o de idosos (65 e mais anos) e a população em idade activa (15-64 anos). O **índice de dependência de jovens** define-se como a relação existente entre o número de jovens e a população em idade activa; o **índice de dependência de idosos** define-se como a relação existente entre o número de idosos e a população em idade activa.

Figura 4 – Índices de Dependência segundo o sexo, Portugal 1960-2001



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

A diminuição do número de nascimentos tem contribuído para o envelhecimento global da população. Como se pode verificar no quadro que se segue, a taxa de fecundidade apresenta uma redução de cerca de 50% entre 1970 e 2003, sendo certo que esta redução se traduz na dificuldade em repor a população.

Tabela 2 – Número de nados-vivos e taxa de fecundidade em 1970, 1980, 1990 e 2003

	1970	1980	1990	2003
Nados Vivos	172891	158352	116383	112589
Taxa de fecundidade	2,8	2,2	1,54	1,44

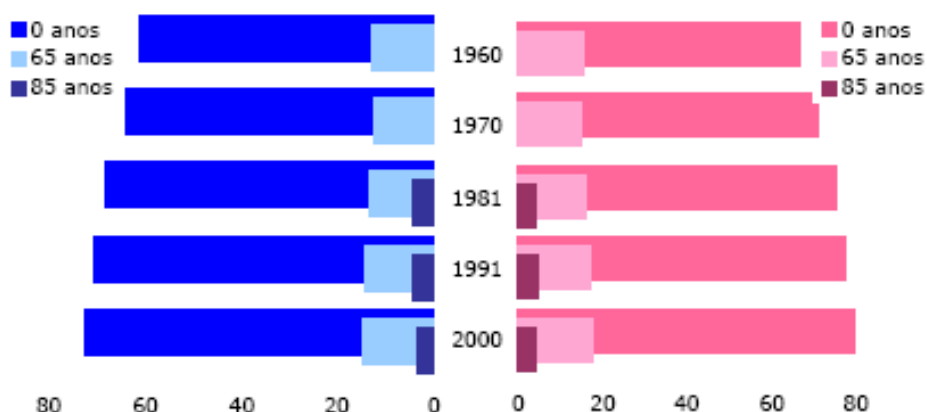
Fonte: Estatísticas demográficas, INE

Entre 1960 e 2001, a **esperança média de vida** aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 para as mulheres.

A diferença entre os sexos atenua-se à medida que se avança na idade, embora a vantagem do sexo feminino seja constante.

Para 2000 estimou-se que os homens que atinjam os 65 anos vivam ainda, em média, mais 14,6 anos e as mulheres 18,1.

Figura 5 – Esperança de vida (ex), segundo o sexo, Portugal 1960-2000



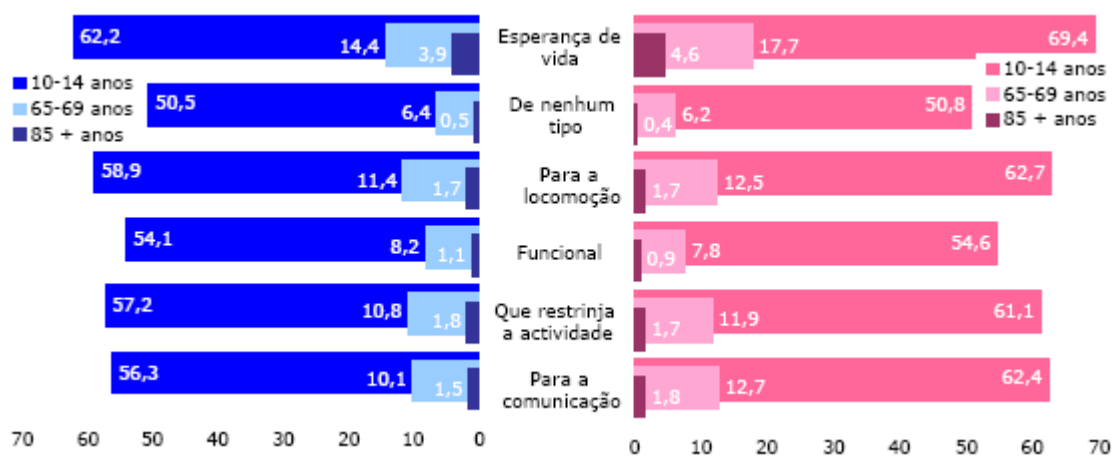
Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

No sentido de complementar esta informação calcularam-se **esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração** (INE/INSRJ, 2000).

Este estudo aponta para o facto do envelhecimento entre a população do sexo feminino ter associadas um maior número de incapacidades.

Esta conclusão é corroborada pelos valores da percentagem de esperança de vida passada sem incapacidade, de um modo geral, sempre mais baixa nas mulheres, com excepção para a incapacidade para a comunicação, cujos valores se aproximam em ambos os sexos.

Figura 6 – Esperança de vida sem incapacidade física de longa duração, segundo o sexo, Continente 1995/96



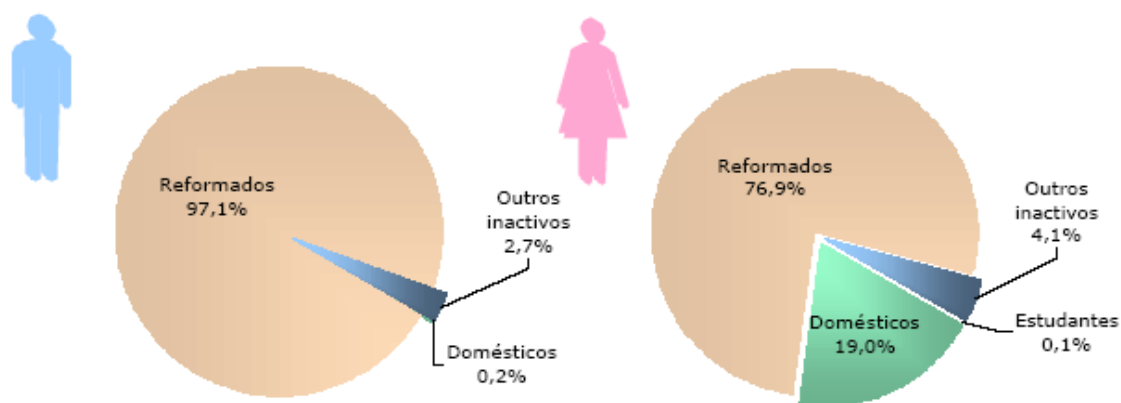
Fonte: INE/ONSA, Caderno Temático nº 10

II.3 – Aspectos Socioeconómicos

Os resultados do Inquérito ao Emprego de 2001 revelam que a maioria da população idosa era **inactiva** (81%), representando cerca de 74% na população masculina e 86% na feminina.

Como é bem visível, os reformados constituem a parte mais importante desta população: 97,1% nos homens e 76,9% nas mulheres. É entre a categoria de domésticos que a diferença entre os sexos é mais visível (19,0% entre os efectivos do sexo feminino e 0,2% entre os do sexo masculino).

Ilustração 7 – Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego

II.4 – Percepção individual de saúde

A população portuguesa percepção como pior a sua saúde, em comparação com a União Europeia (15 países). Como se pode ler no quadro seguinte, em 2001, 19,4% dos portugueses consideravam que a sua saúde era má ou muito má, contra 11,4% do conjunto da União Europeia.

De acordo com os dados do Eurostat, em 2001, 47,5% dos portugueses consideravam a sua saúde como boa ou muito boa, contra 60,9% do conjunto dos países da Europa. O mesmo se passa com 8,2% dos inquiridos com 65 ou mais anos, contra 31,3% no conjunto da Europa.

Tabela 3 – Auto-apreciação do estado de saúde em Portugal e EU (15 países)

	1998		1999		2000		2001	
	UE15	PT	UE15	PT	UE15	PT	UE15	PT
Toda a população								
Muito boa	16,4	3,3	14,8	3,1	15,7	3,0	16,3	3,5
Boa	44,2	43,8	42,3	44,4	44,6	43,8	44,6	44,0
Razoável	27,4	31,3	29,5	32,1	28,3	32,9	27,7	33,1
Má	9,0	17,3	10,2	15,9	8,8	16,6	8,8	15,8
Muito má	3,0	4,3	3,2	4,5	2,6	3,7	2,6	3,6
65 ou mais anos								
Muito boa	5,0	0,2	3,8	0,0	4,2	0,2	4,3	0,1
Boa	26,3	9,4	24,3	8,7	26,1	6,9	27,0	8,1
Razoável	41,4	35,1	42,6	37,9	44,1	39,0	42,9	37,3
Má	19,6	42,4	21,3	40,8	19,0	42,4	19,6	43,2
Muito má	7,7	12,9	8,0	12,6	6,6	11,5	6,2	11,4

Fonte: Indicadores Estruturais, Eurostat

II.5 – Recursos

II.5.1 – Recursos Financeiros

A Despesa com Saúde em Portugal segundo os dados mais recentes da OCDE, tem vindo a registar um aumento progressivo, acompanhando a tendência dos países da União Europeia, cifrando-se já em cerca de 10,2% do PIB.

O peso da Despesa em Saúde em Portugal no PIB tem vindo a crescer a um ritmo superior ao da criação de riqueza, conforme se pode observar no quadro seguinte, sendo de referir como principais incrementos a inovação tecnológica e o envelhecimento da população.

Tabela 4 – Total das despesas com a saúde em 1970, 1980, 1990, 2000 e 2005 (%)

	1970	1980	1990	2000	2005
Total da despesa com a saúde em % do PIB	2,1	5,3	5,9	8,8	10,2
Total da despesa pública em % do total da despesa em saúde	59,0	64,3	65,5	71,9*	72,7
Total da despesa com medicamentos e outros produtos não duráveis em % dos gastos em saúde	13,4	19,9	24,9	22,4	21,6

Fonte: OCDE Health Data 2007, Contas Globais do SNS 2006

* Dados de 2001

II.5.2 – Recursos materiais e humanos

Portugal possui uma rede nacional de centros de saúde, para a prestação de cuidados primários, onde se inclui a medicina geral e familiar, as acções de saúde pública e a intervenção comunitária, que cobre todo o território.

O número de camas hospitalares por 100 000 habitantes tem-se mantido abaixo da média comunitária e evidenciando declínio. Este valor está, no entanto, muito próximo dos valores de países como o Reino Unido, Espanha, Irlanda, Dinamarca e Itália.

Relativamente aos recursos humanos, verifica-se aumento do número total de médicos por habitante, estando este número, actualmente, muito próximo da média comunitária. Portugal possui, no entanto, a mais elevada percentagem da União Europeia em médicos hospitalares e com tendência de crescimento.

Por outro lado, tem-se verificado um movimento acelerado de crescimento do número de médicos dentistas por habitante, sendo previsível que, nos próximos anos, ultrapasse a média comunitária.

O País apresenta, ainda, no contexto comunitário, um dos mais baixos números de enfermeiros por habitante, apesar da tendência crescente. No entanto, tendo em conta o número de estudantes de enfermagem, actualmente existente, é previsível que os valores nacionais comecem a aproximar-se da média da União Europeia.

Tabela 5 – Recursos de saúde em Portugal em 1980, 1990 e 2002

	1980	1990	2002
Nº de camas hospitalares por cada 1000 habitantes	518,6	451,5	363,7
Nº de médicos por 1000 habitantes	195,6	280,6	325,5
Nº de clínicos gerais/ médicos de família por 1000 habitantes	ND	70,1	55,0
Nº de dentistas por 1000 habitantes	11,0	16,9	49,7
Nº de enfermeiros por 1000 habitantes	224,0	277,0	403,1

Fonte: OMS, 2005

II.6 – Acessibilidade

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 defende o investimento na saúde em todas as fases do ciclo da vida, desde o nascimento até à morte.

Por esta razão criou e está a desenvolver, em todo o Serviço Nacional de Saúde, programas nacionais de saúde, nomeadamente de prevenção e controlo de doenças

crónicas, como diabetes, asma, cancro, doenças cárdio-cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, obesidade e depressão. Está, ainda, a desenvolver programas nacionais para a saúde da visão e para a saúde das pessoas idosas, em paralelo com o desenvolvimento de unidades de tratamento da dor e de unidades de cuidados paliativos.

O mesmo Plano realça a importância do grupo etário com mais de 65 anos, que está a crescer nos países mais desenvolvidos devido à melhoria dos sistemas de saúde e das condições de vida e é o maior consumidor de recursos na saúde.

A acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde constitui, assim, uma prioridade do actual Governo, em especial no que se refere à população com mais de 65 anos, dando continuidade ao esforço de implementação de respostas, em matéria de cuidados de longa duração, iniciado em governos anteriores.



Parte III – Novas Tendências de Cuidar do Idoso: A Rede de Cuidados Continuados

III.1 – Enquadramento e tendência Internacional

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

Prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) sobre atender e proteger a dependência. A persecução de tal aspiração pressupõe dispor de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador.

Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. Tanto o Conselho de Europa, a OCDE ou a OMS (OMS, Relatório de Planeamento e Organização dos Serviços Geriátrico (nº 548) Genebra 1974, p. 39) tem vindo a recomendar aos países a implementação de sistemas de protecção social que respondam as necessidades emergentes nesta área.

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



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

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

Podem destacar-se, a modo de exemplo, as políticas desenvolvidas e muito avançadas nos Países Escandinavos, através dos modelos de protecção pública, baseados num sistema público de cobertura universal. Outros exemplos são o modelo do Reino Unido para os cuidados de pessoas idosas, a rede de cuidados da Holanda, com rácios muito elevados em cuidados domiciliários, alternativas a institucionalização das pessoas com dependência. A vizinha Espanha destaca-se pelo forte desenvolvimento de redes de cuidados de saúde e apoio social nas regiões da Catalunha e Estremadura e, a Bélgica, pela extensa rede de recursos deste tipo. As políticas desenvolvidas nos últimos dez anos em países como a Áustria, Luxemburgo e Alemanha fazem da protecção e dos cuidados a dependência um dos pilares do desenvolvimento social, equiparados ao mesmo nível que as prestações por desemprego, acidentes de trabalho e pensões, sendo as prestações múltiplas com cobertura universal.

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

III.2 – O ponto de partida

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

No modelo não estava definido um sistema homogéneo para as referências dos doentes. Os fluxos de entrada eram dirigidos pelos hospitais, a excepção das UAI onde existiam comités de avaliação interinstitucionais (saúde – social). Os resultados do Inquérito do Ministério da Saúde em 2005 mostraram o frágil apoio dos Centros de Saúde (CS) a prestação de cuidados continuados domiciliários (apenas 5,5% da população era abrangida).

III.3 – O novo modelo

O processo de desenho e criação das bases de um novo modelo de Cuidados Continuados Integrados (CCI) culminando com a publicação no Diário da República do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nasce como parte das metas do Programa do Governo para definir e desenvolver as condições estratégicas e técnicas que permitam conduzir a uma melhoria do sector da saúde para responder às necessidades derivadas do envelhecimento da população e das pessoas com dependência (Programa de Governo através das Grandes Opções do Plano (GOP 2006-2009) dentro da 2ª opção: Reforçar a Coesão, Reduzindo a Pobreza e Criando Mais Igualdade de Oportunidades no âmbito da Saúde: Um bem para as pessoas.) e incorporar as políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde (2004- 2010).

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



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

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

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

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

III.3.1 – Características do novo modelo

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

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

Os princípios pelos quais se rege a RNCCI são:



- a prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços;
- a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;
- a proximidade na prestação dos cuidados;
- a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- a avaliação da situação de dependência do doente e definição de objectivos de funcionalidade e autonomia e a sua consequente manutenção;
- a participação das pessoas dependentes e respectivos familiares na elaboração do plano individual de intervenção;
- a co-responsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência;
- a eficiência e qualidade no serviço prestado.

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

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

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

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



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

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

A RNCCI distingue diversas tipologias de cuidados:

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

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

Unidade de Convalescença

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

Unidade de Média Duração e Reabilitação

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



Unidade de Longa Duração e Manutenção

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

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

Definida para o “acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva” (artigo 19º, *ibidem*). A prestação dos cuidados ambulatoriais da RNCCI são previstos através da Unidade de Dia e Promoção da Autonomia, tendo como objectivo a reabilitação, recuperação e inserção do doente, e uma unidade “para a prestação de cuidados integrais de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (artigo 21º, *ibidem*).

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

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

A equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos caracteriza-se como uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos (com no mínimo um médico, um enfermeiro e um assistente social) “com formação diferenciada em cuidados paliativos” (artigo 25º).

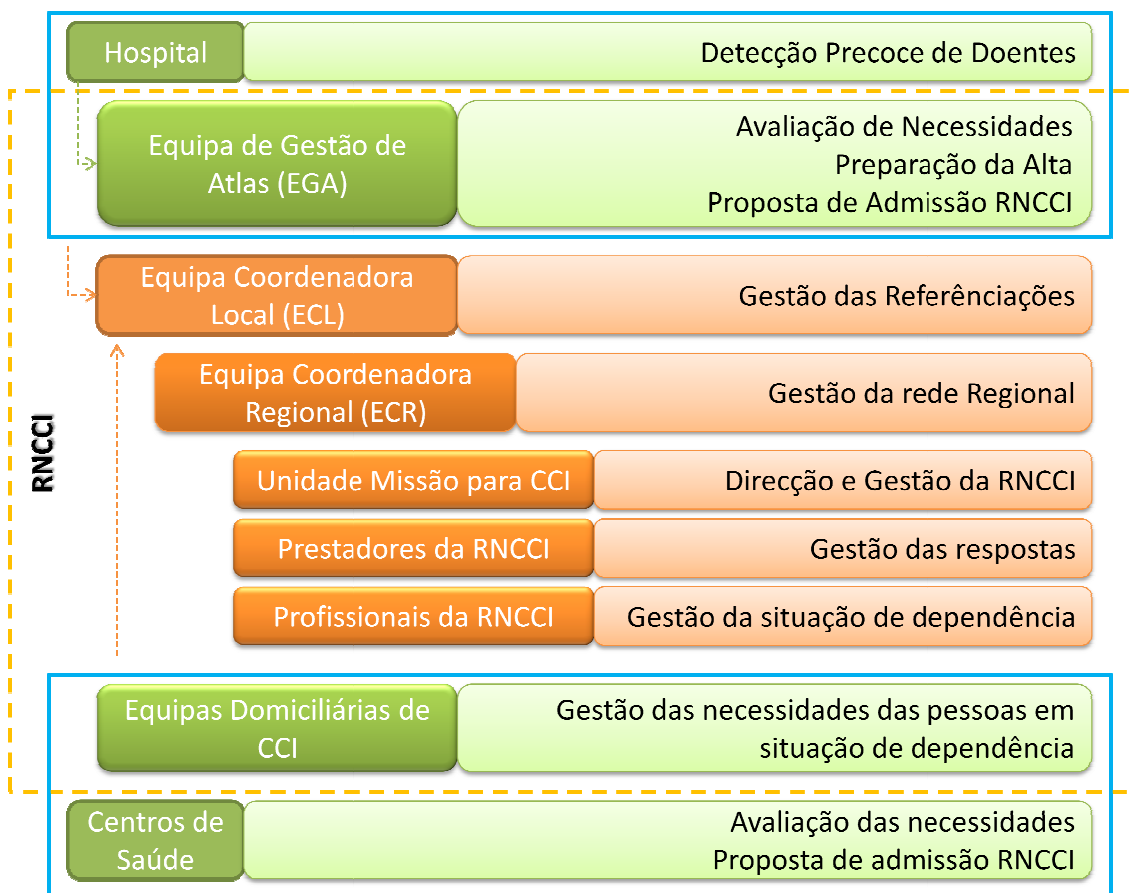
Os cuidados domiciliários são assegurados na RNCCI por equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e por equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

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

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

O funcionamento da RNCCI baseia-se num modelo operativo descentralizado no âmbito regional e assente numa clara separação de responsabilidades e funções dos diferentes níveis e agentes.

Figura 8 – Distribuição de Responsabilidades na RNCCI



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

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

III.3.2 – Modelo de gestão

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

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

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

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

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

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



- A Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) constitui-se como a unidade central para o estabelecimento das directrizes e a condução intersectorial a nível nacional da nova Rede (Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 9 de Novembro; publicada no Diário da República, 1ª Série, n.º 241 de 18 de Dezembro de 2006) consolidando assim o apoio institucional a estratégia de implementação de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.
- As equipas de Coordenação Regional e Local são responsáveis pela operacionalização da admissão de utentes na RNCCI, tutelam os mecanismos de articulação a nível territorial e potenciam a intersectorialidade a nível institucional e a coordenação local (Despacho no 19040/2006, de 3 de Agosto; publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 181 de 19 de Setembro de 2006). Actualmente, existem 5 equipas de Coordenação Regional e 115 equipas de Coordenação Local.

III.3.3 – Implementação territorial

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

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

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

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



Figura 9 – Desenvolvimento da RNCCI



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

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

Tabela 6 – Rácios de cobertura por tipologia e fase de implementação

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

Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

* Por 1.000 habitantes com idade \geq 65 anos ** Por 250.000 habitantes *** Por 150.000 habitantes

O rácio de cobertura definido para cada uma das fases traduzir-se-á na implementação, do número de camas, equipas e lugares das tipologias de cuidados da RNCCI apresentados no quadro seguinte.

Tabela 7 – Plano de implementação da RNCCI

Plano de implementação da RNCCI, por tipologias de internamento e fases de implementação				
Tipologia de cuidados		FASE 1 (2006 – 2008)	FASE 2 (2009 – 2012)	FASE 3 (2013 – 2016)
Unidade de Convalescença	N.º Camas	977	1.954	2.931
Unidade de Média Duração e Reabilitação	N.º Camas	1.139	2.117	3.257
Unidade de Longa Duração e Manutenção	N.º Camas	2.720	5.374	8.143
Unidade de Cuidados Paliativos	N.º Camas	326	651	977
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	N.º Lugares	814	1.629	2.443
Equipa Intra hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	N.º Equipas	33	33	33
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	N.º Equipas	66	66	66
Equipa de Gestão de Altas	N.º Equipas*	82	82	82
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	N.º Equipas**	363	363	363

Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

* 1 Por hospital (Hospitais gerais, de nível 1 e de oncologia) ** 1 Por centro de saúde

III.3.4 – Modelo de financiamento próprio

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

O modelo de financiamento é baseado na repartição dos encargos entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social nas respostas que contemplam a componente de apoio social (Despacho normativo n.º 12/2006, de 20 de Setembro (publicado no D.R, 2ª série, n.º 197, de 12 de Outubro).

Assim, estão definidos os termos e as condições em que a segurança social participa, por utente, nos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social na unidade de média e longa duração da RNCCI.

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

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

Tabela 8 – Tabela de Preços para as Experiências Piloto
Tabela de preços para as experiências piloto RNCCI (em Euros)

Tipologia de Cuidados	Encargos c/ os cuidados de Saúde	Encargos c/ os cuidados de apoio social
Diárias de Internamento por Doente		
Unidade de Convalescença	83,30/utente/dia	-
Unidade de Média Duração e Reabilitação	42,95/utente/dia	17,35/utente/dia
Unidade de Longa Duração e Manutenção	6,66/utente/dia	27,34/utente/dia
Unidade de Cuidados Paliativos	83,30/utente/dia	-
Ambulatório		
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	427,81 valor global por mês p/ 10 a 15 utentes	

Fonte: Portaria 994/2006, 6 de Setembro, publicada no DR, 1ª série, nº 181, a 19 de Setembro

III.4 - Planeamento da implementação da RNCCI

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

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

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

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

A proposta inicial foi elaborada e consensualizada por cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS) do território continental e respectivos Centros Distritais de Segurança Social (CDSS) e sujeita a revisão segundo critérios de viabilidade e priorização por um grupo de trabalho composto por membros da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, da Direcção-geral da segurança Social, do Instituto da Segurança Social, IP e dos Gabinete dos Secretario de Estado da Segurança Social e Adjunta e da Saúde.

A proposta realizada resultou de um trabalho exaustivo desenvolvido intersectorialmente que foi composto por três grandes vectores:

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

E baseou-se nos seguintes critérios:

- A necessidade de adequação de instalações;
- O envolvimento dos responsáveis das instituições e dos profissionais;
- A criação de redes locais (integrando centros de saúde com equipas de cuidados continuados integrados de forma a assegurar os cuidados continuados domiciliários, equipas de gestão de altas nos hospitais da área de influencia, unidades de Convalescença e unidades de media e longa duração);
- A existência de contratos anteriores, nomeadamente ao abrigo do protocolo com a União das Misericórdias Portuguesas, e as existentes unidades de apoio integrado (UAI).



- O financiamento do investimento nas unidades por candidatura aprovada pela saúde XXI.

Assim, a proposta de implementação das experiências piloto a desenvolver em 2006 e Respectivo plano orçamental foi posteriormente aprovada por despacho conjunto dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, onde se definiu o elenco das experiências piloto (Despacho n.º 17516/2006, de 3 de Julho, publicado no D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto) e posteriormente alterado pelo Despacho n.º 1281/2007, de 1 de Dezembro (publicado no D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro).

As experiências piloto definidas englobaram todas as tipologias de cuidados previstas na RNCCI a excepção das unidades de dia e promoção da autonomia. No quadro seguinte apresenta-se a visão regional e distrital do plano de implementação das experiências piloto, por tipologias de cuidados.

Tabela 9 – Plano de implementação das Experiências Piloto

Plano de Implementação das experiências piloto da RNCCI								
Região/ Distrito	EGA	UC	UCP	UMDR	ULDM	ECCI	EISCP	ECSCP
	N.º Equipas	N.º Camas	N.º Camas	N.º Camas	N.º Camas	N.º Equipas	N.º Equipas	N.º Equipas
Braga	3	61	0	21	24	15	0	0
Porto	4	60	20	13	57	28	0	1
Vila Real	1	26	0	25	20	15	0	0
V. Castelo	1	30	0	30	17	12	0	0
Sub-total Norte	9	177	20	89	118	70	0	1
Aveiro	5	20	0	33	28	5	0	0
Castelo Branco	2	22	10	10	10	3	0	0
Leiria	3	0	0	0	0	0	0	0
Coimbra	3	30	0	24	60	5	0	0
Guarda	5	18	0	9	10	5	0	0
Viseu	2	15	10	15	40	5	0	0
Sub-total Centro	20	105	20	91	148	23	0	0
Lisboa	7	50	18	41	15	6	4	1
Santarém	4	20	0	20	30	6	0	0
Sub-total LVT	11	70	18	61	45	12	4	1
Beja	2	20	0	0	0	14	0	1
Portalegre	2	0	0	0	0	15	0	1
Évora	1	25	0	45	10	14	0	1
Sub-total Alentejo	5	45	0	45	10	43	0	3
Faro	2	42	0	23	50	2	0	0
Sub-total Algarve	2	42	0	23	50	2	0	0
Total Continental	47	439	58	309	371	150	4	5

Fonte: Despacho n.º 17516/2006, de 3 de Julho e Despacho n.º 1281/2007, de 1 de Dezembro (publicados no D.R. 2ª série, n.º 166, de 29 de Agosto e D.R. 2ª série, n.º 19, de 26 de Janeiro)

Parte IV – Resultados e Impacto da RNCCI

IV.1 – Caracterização das propostas de admissão

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos da análise de dados realizada pela equipa da UMCCI a partir das informações recolhidas pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) relativas aos processos de referenciação para a Rede.

Os conteúdos visam oferecer um resumo da caracterização das propostas de admissão na RNCCI e do processo de gestão das referenciações desenvolvidas no período compreendido entre Novembro de 2006 até Abril de 2007.

Assim são apresentados os dados globais relativos aos motivos de proposta de admissão e à distribuição das propostas de admissão por tipo de entidade referenciadora.

IV.1.1 - Motivos das propostas de admissão na RNCCI

Entre os motivos de propostas de ingresso na Rede encontram-se:

- Necessidade de continuidade de cuidados (54% dos utentes referenciados);
- Dependência em AVD (46% dos utentes referenciados);
- Necessidade de vigilância e tratamentos complexos (43% dos utentes referenciados);
- Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidador informal (35% dos utentes referenciados) Doença crónica com episódio de agudização (12% dos utentes referenciados).

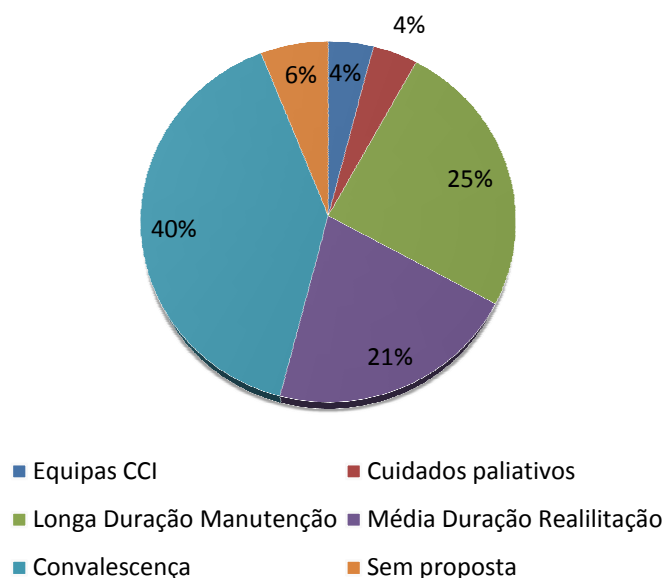
Cada um dos utentes referenciados pode abranger mais de um motivo de admissão.

Nos motivos de pedidos de ingresso na Rede, destacam-se a necessidade de vigilância e cuidados de Saúde (tratamentos pós-agudos), o que confirma o perfil da tipologia para a qual houve maior referenciação – a Convalescença. De destacar o elevado número de úlceras de pressão identificadas (436 casos) com origem sobretudo hospitalar. Esta é uma situação a monitorizar no futuro com particular atenção.



A maioria das propostas de admissão na RNCCI são para a tipologia de internamento de Convalescença (40% das propostas de admissão), seguidas das tipologias de Longa Duração e Manutenção (25% das propostas) e Média Duração e Reabilitação (21%) das propostas. As propostas para internamento em unidades de Cuidados Paliativos reúnem 4% das propostas.

Figura 10 – Propostas de admissão por tipologia

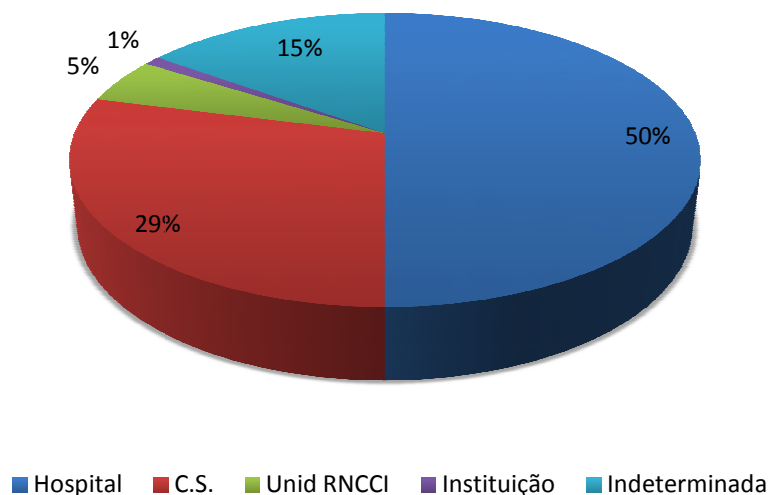


Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

A distribuição da referenciação para as tipologias da Rede apresenta um perfil equilibrado em relação à oferta, com exceção das tipologias de Cuidados Paliativos, onde se verifica um número diminuto de respostas contratadas, quer de unidades de internamento, quer de equipas de suporte em ambulatório, o que explica o número baixo de utentes referenciados.

O gráfico seguinte apresenta a distribuição dos pedidos de admissão na RNCCI reportados pelas ECL. A principal entidade referenciadora foi o hospital de agudos (50% dos casos), logo seguida dos centros de saúde (29%). Nos “indeterminados” poderão estar incluídas todas as situações de transição das Unidades de Apoio Integrado, algumas das quais já terão sido reconvertidas para as novas tipologias de cuidados continuados.

Figura 11 – Propostas de admissão por entidade referenciadora



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

IV.2 – Características dos utentes das unidades de internamento da RNCCI

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados de actividade das unidades de internamento da RNCCI obtidos a partir das declarações provenientes das declarações mensais de cada uma das unidades das diferentes tipologias de internamento, através do Relatório de Informação Mensal (RIM), efectuadas pelas unidades para os meses em funcionamento no período compreendido entre Novembro de 2006 até Abril de 2007.

IV.2.1 – Uteses atendidos nas unidades de internamento da RNCCI

O total de utentes declarados pelos prestadores como atendidos (tratados) nas unidades de internamento da RNCCI e com informação válida foi de 1.394 utentes.

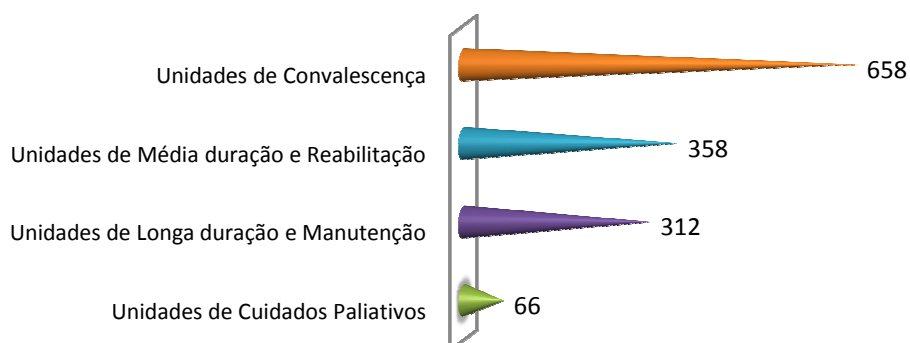
Este valor corresponde ao número acumulado de utentes tratados nos meses declarados pelas unidades de internamento (total de 46 unidades e 189 meses declarados) e incluídos na amostra em estudo.



IV.2.1.1. Utentes atendidos (tratados), por tipologia de internamento da RNCCI

No gráfico seguinte podemos observar os resultados da distribuição do total de utentes atendidos (tratados) analisados no estudo, por tipologia de internamento.

Figura 12 – Utentes atendidos por Tipologia de Unidade

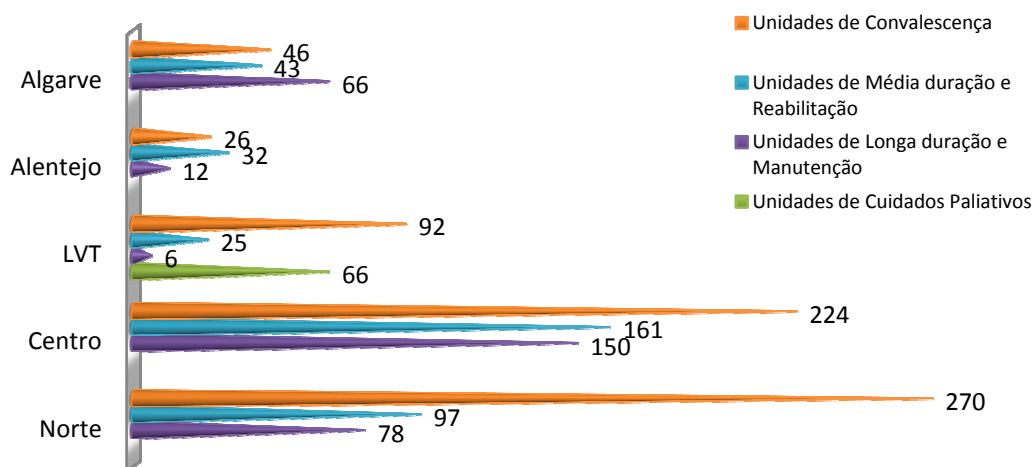


Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Verificamos, pois, que as unidades de Convalescência abrangem 47% do total de utentes tratados, as unidades de Média Duração e Reabilitação, 26%, as unidades de Longa Duração e Manutenção, 22% e, por seu turno, as unidades de Cuidados Paliativos, 5%.

Os resultados devem ser proporcionais à capacidade instalada, pelo que representamos no gráfico seguinte a distribuição dos utentes atendidos por região e tipologia de internamento da RNCCI.

Figura 13 – Utentes atendidos por Região e Tipologia de Unidade



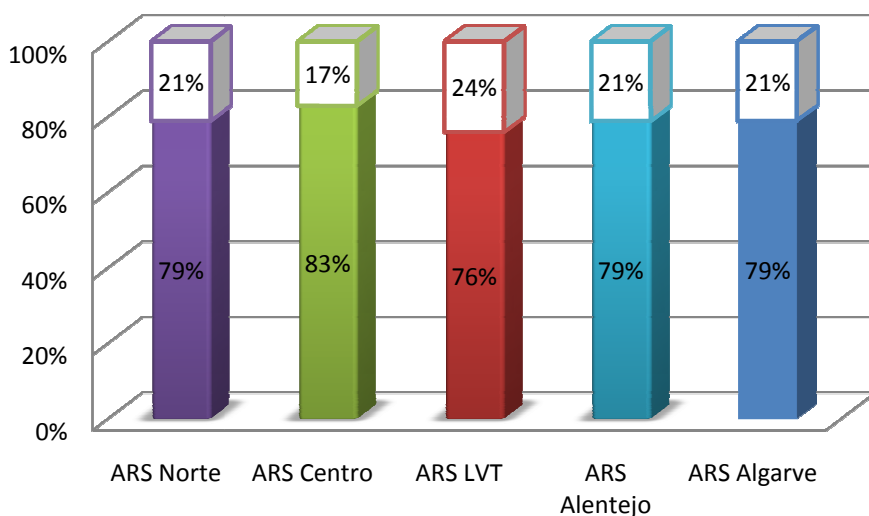
Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

IV.2.1.2. Utentes atendidos, por idade

Analisando a distribuição dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI incluídas no estudo constata-se, na distribuição dos utentes por idade inferior ou superior a 65 anos, um comportamento homogéneo entre as regiões.

As pessoas mais novas, com idade inferior a 65 anos, representam 20% do total dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI.

Figura 14 – Utentes atendidos por Idades e Região



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

IV.2.2 – Utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI

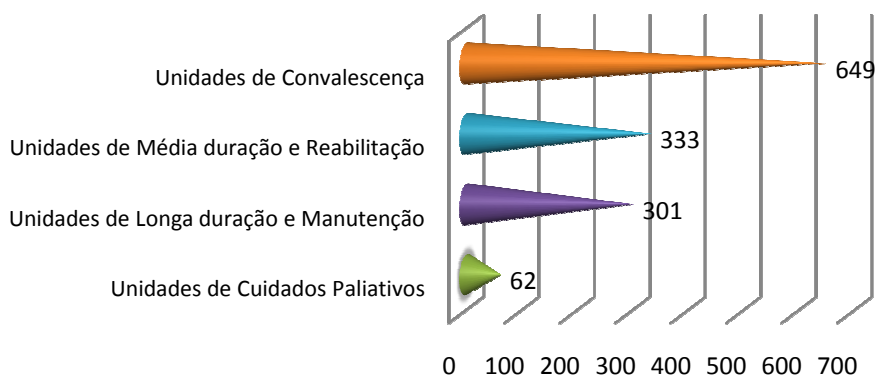
IV.2.2.1 – Utentes entrados

O número de novos utentes internados nas unidades no período estudado vem definido pelo número de utentes declarados como admitidos (entrados).

O total de utentes entrados com informação considerada válida e de 1.345.

A distribuição dos mesmos segue o mesmo padrão que no caso dos utentes atendidos, como se pode verificar no gráfico seguinte.

Figura 15 – Utentes Entrados por Tipologia de Unidade

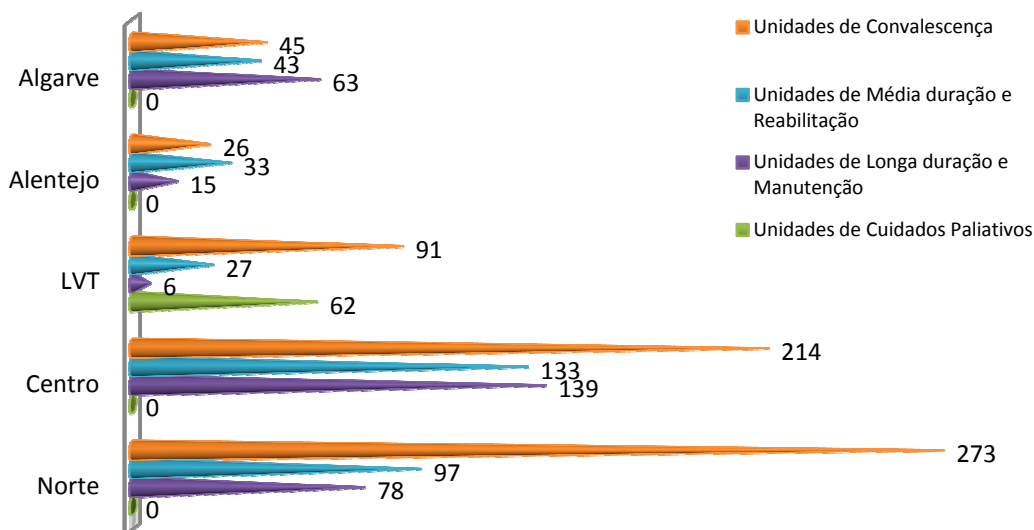


Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

No caso da distribuição por região os resultados mostram também padrões similares aos obtidos na distribuição dos utentes atendidos.

Assim, seguidamente, ilustramos a distribuição dos utentes entrados por região e tipologia de unidade.

Figura 16 – Utentes Entrados por Região e Tipologia de Unidade



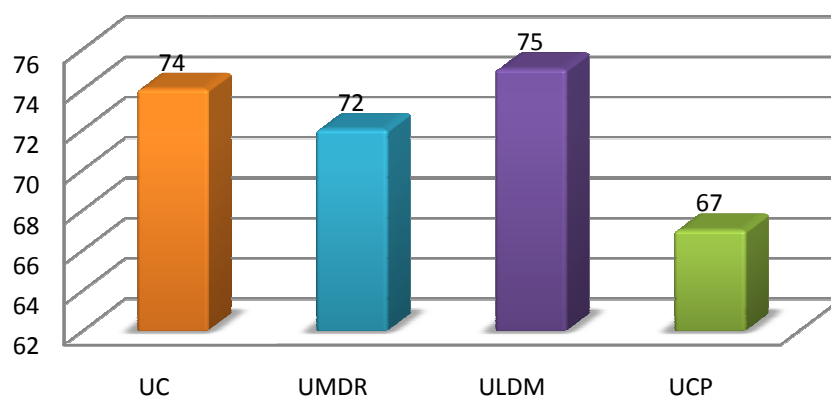
Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

IV.2.2.2 – Idade dos Utentes Entrados

As datas de nascimento são preenchidas pelos prestadores no momento do ingresso na unidade, por isso correspondem aos novos ingressos de utentes.

No gráfico seguinte, podemos observar de forma clara a diferença na média de idades dos utentes das unidades de Cuidados Paliativos (67 anos), claramente mais baixa que nas demais unidades da RNCCI.

Figura 17 – Média de idades dos utentes entrados por Tipologia de Unidade



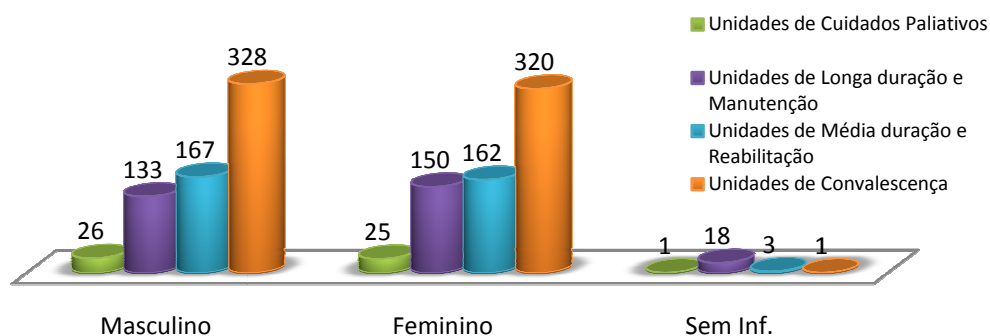
Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

IV.2.2.3 – Sexo dos Utentes Entrados

Para a análise do sexo foram excluídos os registos inconsistentes (dos utentes sem declaração, utentes com declaração para ambas tipologias de sexos).

A percentagem total de utentes entrados com informação de sexo supõe 98% de registos considerados como válidos.

Figura 18 – Utentes Entrados por Sexo e Tipologia de Unidade



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

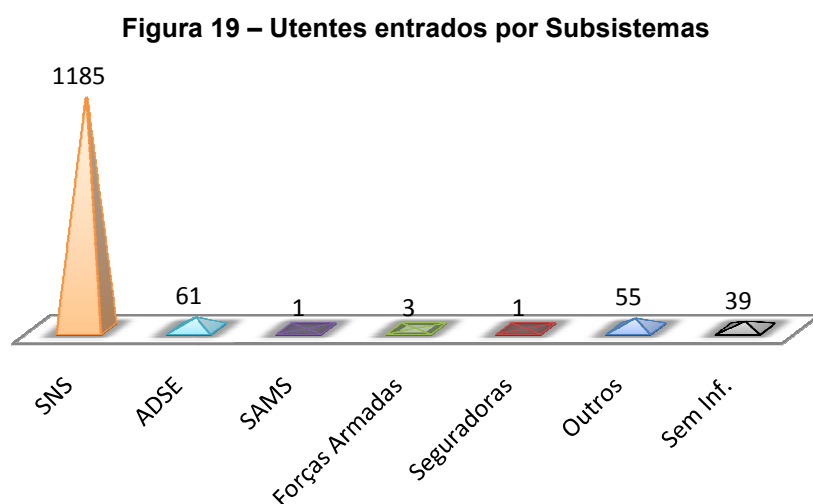
IV.2.2.4 – Subsistemas de saúde dos utentes entrados

Para a análise do tipo de subsistema que oferece cobertura dentro do SNS aos utentes entrados, foram excluídos os registos inconsistentes, isto é, sem informação ou com declaração em mais de uma tipologia.

A percentagem total de utentes entrados com informação para tipo de subsistema supõe 97% de registos considerados como válidos.

Os dados mostram a relevância da cobertura por parte do SNS em todas as tipologias em relação com os subsistemas existentes, atingindo 88% dos utentes entrados.

A assistência aos funcionários e agentes da Administração Pública do Estado (ADSE) situa-se em 4,5%. Destacam-se na análise a percentagem de registos com a categoria “outros” (4%).



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

IV.2.2.4 – Proveniência dos utentes entrados

A proveniência dos utentes entrados é obtida a partir das declarações dos prestadores, que registam a proveniência dos novos utentes ingressados através do RIM.

Para a análise da proveniência foram abrangidos os registos declarados para utentes entrados e excluídos os registos sem declaração ou inconsistentes, isto é, com mais de uma declaração por utente entrado.

A percentagem de utentes entrados com informação supõe 99% de registos considerados como válidos.

Os dados mostram que a maior parte dos utentes entrados tem como origem o hospital (aproximadamente 67% dos casos), sendo o domicílio do utente o segundo local de proveniência mais declarado, com 13%.

Tabela 10 – Utentes Entrados por Proveniência e Tipologia de Unidade

	UC	UMDR	ULDM	UCP	Total	%
Domicílio	57	42	58	22	179	13%
Lar de idosos/Residência	10	8	33	1	52	4%
Hospital	536	190	138	39	903	67%
UC	1	31	9		41	3%
UMDR	1	10	21		32	2%
ULMD	2	14	15		31	2%
C.S./USF c/ internamento	42	38	27		107	8%
Total	649	333	301	62	1345	
%	48%	25%	22%	5%		

Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

A destacar as percentagens obtidas pelas próprias unidades da RNCCI como lugar de origem.

Analisados os dados por tipologia de internamento verifica-se que a origem hospitalar dos utentes é a primeira em todas as tipologias de unidade de internamento da RNCCI. Destaca-se nas unidades de Convalescença e nas de Cuidados Paliativos.

A proveniência desde o domicílio situa-se em segundo lugar para todas as tipologias. Destaca-se a percentagem declarada para as unidades de Cuidados Paliativos, de 35% no total dos utentes internados.

A destacar a existência nas unidades de Média Duração e Reabilitação, de utentes entrados com proveniência das unidades de Convalescença e também nas unidades de Longa Duração e Manutenção existem utentes entrados que provém de unidades de Média Duração e Reabilitação.

IV.2.3 – Utentes Saídos nas unidades de internamento da RNCCI

As altas do período são analisadas a partir do número de utentes saídos declarado pelos prestadores no período considerado (Novembro 2006 - Abril 2007).

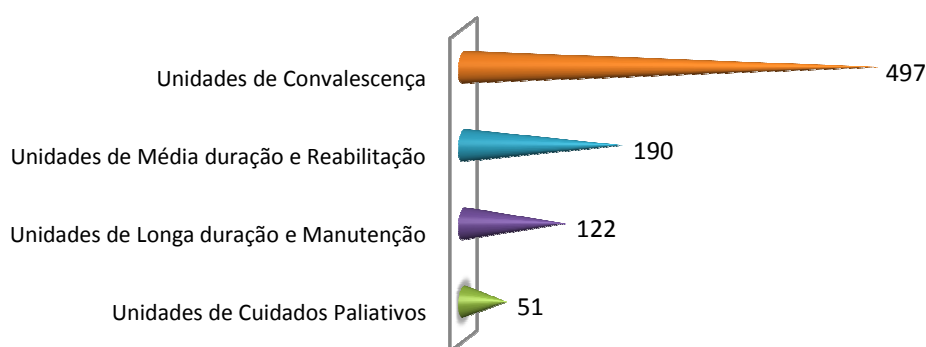
Além deste indicador, caracterizam-se ainda as saídas dos utentes das unidades de internamento da RNCCI ao nível do seu destino no momento da saída e do motivo declarado como justificante da alta.

IV.2.3.1 - Utentes saídos

O total de utentes saídos declarados entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 é de 860 utentes. Este valor abrange um total de 46 unidades (84% das unidades em funcionamento) e a análise de 189 meses (69% dos totais previstos).

A percentagem total das altas sobre total de utentes atendidos (tratados) situa-se em 62%, distribuindo-se por tipologia de unidade de internamento da forma representadas no gráfico seguinte.

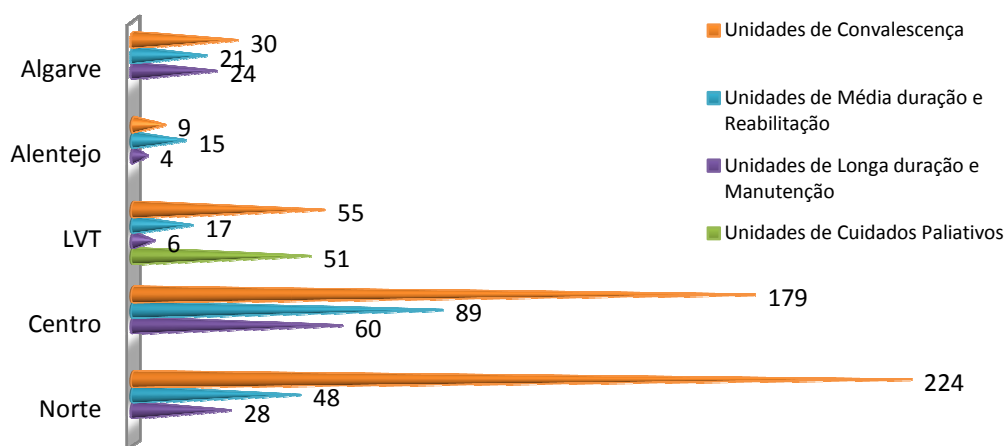
Figura 20 – Utentes Saídos por Tipologia de Unidade



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Seguidamente é apresentada a distribuição dos utentes saídos por tipologia de unidade e região. Observa-se que as unidades de Convalescença abrangem 36% do total de utentes saídos declarados pelos prestadores.

Figura 21 – Utentes Saídos por Tipologia de Unidade e Região



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

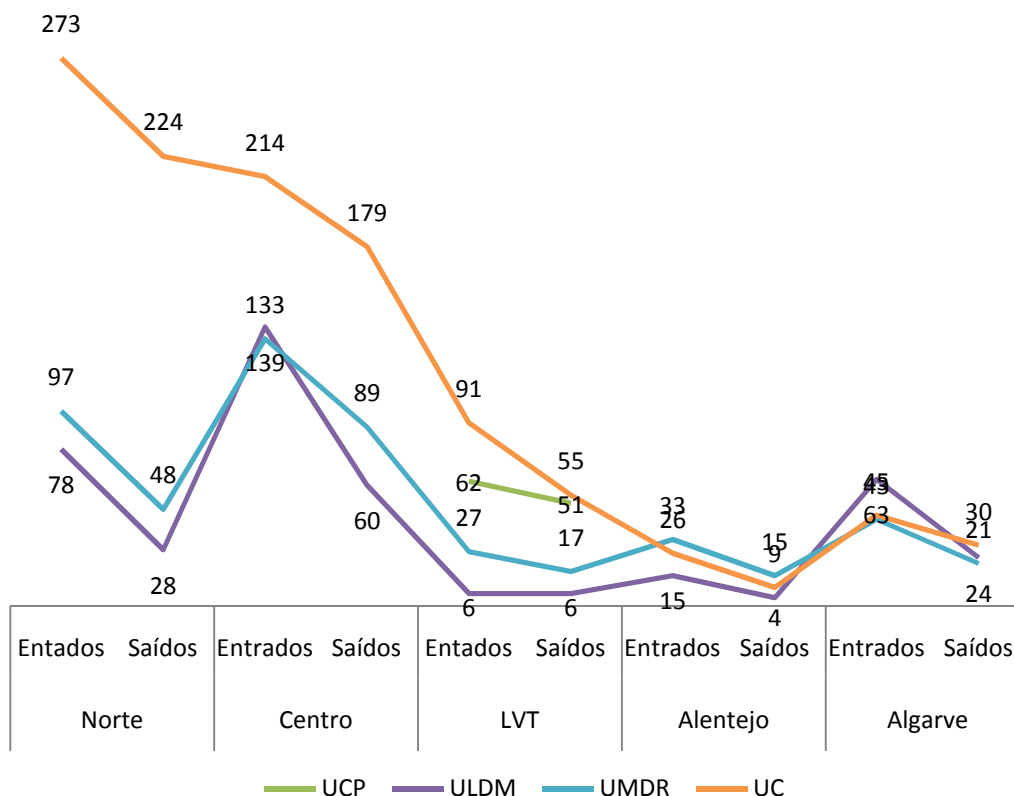
IV.2.3.2 – Dinamismo das unidades

O número total de utentes saídos está relacionado com o número de utentes atendidos, pelo que é esperada a obtenção de resultados com magnitudes correlacionadas.

No gráfico seguinte apresentam-se os utentes saídos e os utentes atendidos para cada uma das tipologias de internamento da RNCCI e regiões. Podemos constatar a esperada correlação entre ambas as magnitudes.

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

Figura 22 – Utentes Entrados e Saídos por Região e Tipologia de Unidade



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Quanto mais separados estão os valores entre as saídas e as entradas, maior será a tendência de crescimento de actividade em número de utentes atendidos. Esta tendência é explicável numa rede em início de funcionamento. No entanto, desde outro ponto de vista, quando a distância entre os dois valores é grande deve-se considerar um sinal de alerta quanto à possível saturação da capacidade. Este último aspecto é claramente visível nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da região Centro.

IV.2.3.2 – Destino das Altas

Os destinos das altas são considerados a partir das declarações dos prestadores para utentes saídos das unidades de internamento da RNCCI no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007.

Para a análise foram excluídos os registos onde era declarado mais de um destino por utente saído, bem como as unidades que declararam zero saídas no mês em causa.

Tabela 11 – Utentes Saídos por Destino e Tipologia de Unidade

	UC	UMDR	ULDM	UCP	Total	%
Domicílio sem Cuidados	114	40	16		170	20%
Domicílio com Cuidados	149	40	15		204	24%
Domicílio c/ Unidade Dia	20	4			24	3%
Lar /Residência	25	26	9		60	7%
Hospital	65	38	23		126	15%
UMDR	30	2			32	4%
ULMD	10	17	5		32	4%
UC			2		2	0%
Outros	84	23	52	51	210	24%
Total	497	190	122	51	860	
%	58%	22%	14%	6%		

Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Os dados mostram que 54% dos utentes com informação tem como destino o domicilio ou os lares de idosos/ residências, destes 24% tem ainda indicação de cuidados domiciliários.

Dever-se-á ainda destacar que:

- Na categoria “outros destinos” são incluídos os óbitos (22%). No caso das unidades de Cuidados Paliativos significa 100% de casos;
- 15% dos destinos são para o hospital.

Os resultados apresentam também 8% de saídas para outras unidades da própria RNCCI.

Analisando a distribuição por tipologias de unidades, observa-se a elevada percentagem de altas com destino ao hospital nas tipologias de Media Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção.

Nas unidades de Convalescença existe uma clara maioria de altas, no seu conjunto, para os domicílios dos utentes e lares/ residências. Este resultado é coerente com os dados obtidos para os motivos de alta dos utentes saídos, onde 59% dos utentes foram dados de alta por obtenção dos objectivos terapêuticos. Somente 13% dos casos são direccionados para os hospitais.

Os destinos para outras tipologias de internamento na RNCCI atingem 8% do total de utentes saídos.

As unidades de Cuidados Paliativos apresentam apenas um tipo de destino “Outros” em 100% dos casos, percentagem que vai de encontro aos resultados obtidos para os óbitos como motivos de alta.

Nas unidades de Media Duração e Reabilitação, a maioria dos utentes saídos (58%) tem como destino o domicílio ou lar de idosos/ residência, percentagem similar à obtida para os motivos de alta com objectivos terapêuticos atingidos. Por outro lado, 20% dos utentes saídos tem como destino na alta o hospital.

Na análise das unidades de Longa Duração e Manutenção, o resultado obtido para “outros” tipos de destinos, de 43%, concorda com a percentagem obtida para óbitos como motivo de alta, frente a 32% obtidos com altas para o domicílio e lares de idosos /residências. Finalmente, 19% dos utentes saídos são referenciados para os hospitais.

IV.3 – Actividade nas unidades de internamento da RNCCI

IV.3.1 - Demora média

A demora média das unidades de internamento é realizada a partir da construção do indicador clássico que mostra a proporção entre os dias de internamento dos utentes atendidos e os utentes saídos.

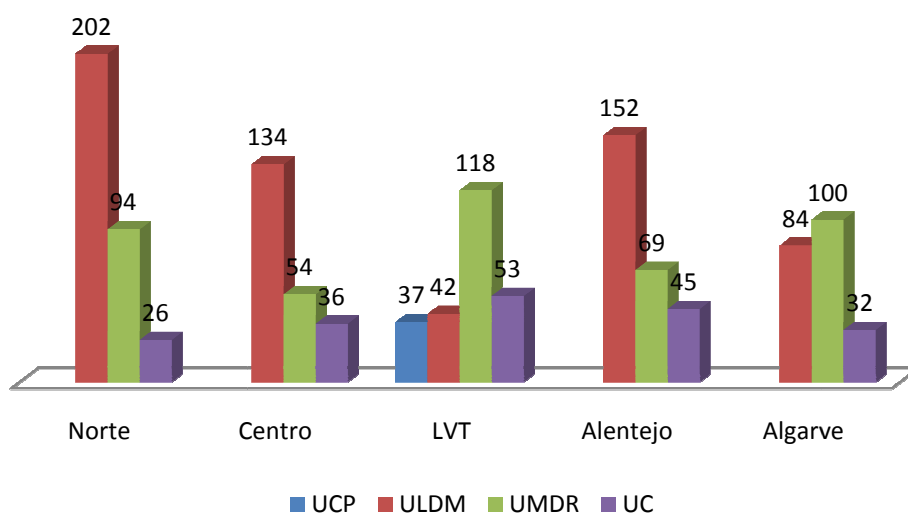
Para a análise das permanências médias foram excluídos os registos correspondentes às unidades que declaravam dias de internamento superiores aos máximos possíveis segundo a sua capacidade em número de camas e as unidades que declaravam campos não válidos para os valores de utentes saídos. Assim, a análise inclui um total de 46 unidades e 189 meses. Estes dados englobam um total de 860 saídas declaradas para o total de dias de internamento declarados para os 1.394 utentes atendidos.

A demora média situa-se em 57 dias no total das unidades de internamento da RNCCI analisadas.



De seguida, apresentam-se os resultados obtidos para cada tipologia de internamento e região.

Figura 23 – Demora média (dias) por Região e Tipologia de Unidade



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Desde logo, observa-se um comportamento muito heterogéneo entre as diferentes regiões. Não existe no momento a informação necessária para a explicação ou aprofundamento dos motivos destas diferenças regionais. Não obstante, este dado deverá ser tomado em consideração futuramente.

Nas unidades de Convalescença cabe destacar que:

- A média em dias de internamento, de 38 dias;
- A demora média mais elevada na região de Lisboa e Vale do Tejo, de 53 dias;
- Os valores mais próximos ao esperado encontram-se nas regiões do Norte e do Algarve, respectivamente, de 26 e 32 dias.

Nas unidades de Media Duração e Reabilitação observou-se que:

- A média em dias de internamento e de 87 dias;
- A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma demora média elevada (118 dias);
- A região do Centro apresenta uma demora média mais baixa, de 54 dias.

Nas unidades de Longa Duração e Manutenção cabe destacar:

- A média em dias de internamento, de 123 dias;
- Que a região de Lisboa e Vale do Tejo somente abrange uma unidade desta tipologia de cuidados;
- A demora média elevada na região Norte, de 202 dias, e a demora media baixa nas unidades da região do Algarve, de 84 dias.

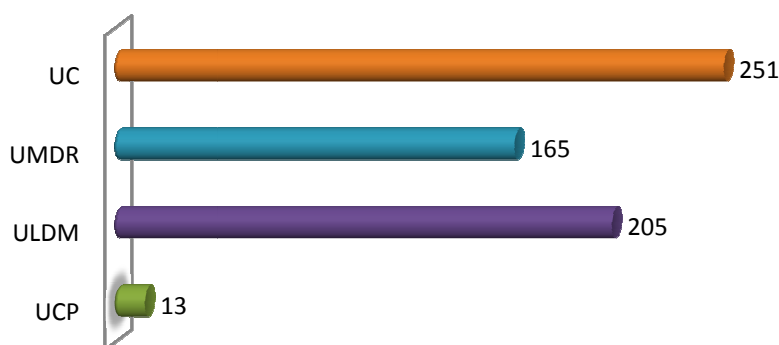
As unidades de Cuidados Paliativos, localizadas neste estudo na região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentam uma demora media de 37 dias (incluem duas unidades e 9 meses declarados).

IV.4 – Procura versus Oferta

A capacidade total do estudo abrange um total de 634 camas, o que supõe que a análise abrange 71% do total da capacidade contratada no período na RNCCI.

Os resultados apresentados no gráfico seguinte mostram que 40% das camas da amostra são da tipologia de Convalescença; seguida das da tipologia de Longa Duração e Reabilitação (32% das camas da amostra), das camas das unidades de Média Duração e Manutenção (26%) e, finalmente, de 2% para as unidades de Cuidados Paliativos.

Figura 24 – Camas por Tipologia de Unidade

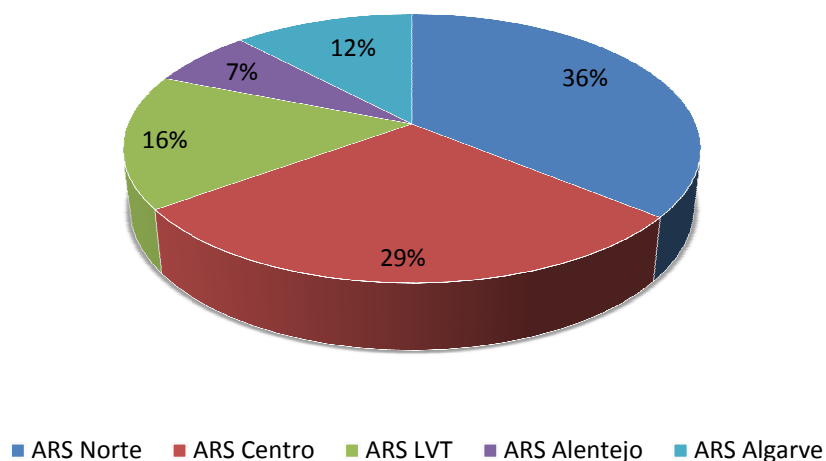


Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

A actual distribuição das unidades de internamento após seis meses de efectivo funcionamento apresenta uma clara dispersão geográfica das instituições, o que implica a oferta de internamentos em locais distantes dos domicílios dos utentes. Este

aspecto foi reiterado como factor crítico para o trabalho das ECL e as referências das EGA. Os contributos realizados pelas ERC para a elaboração deste estudo indicam que as instituições preferem receber utentes da sua área de influência.

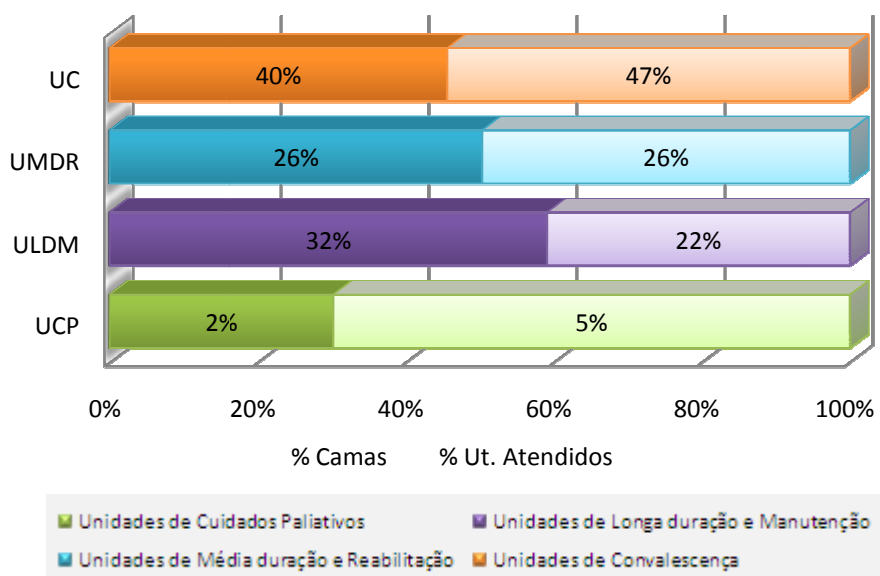
Figura 25 – Distribuição Regional das Camas



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Analisando o número de utentes atendidos (entendido como valor de procura desta análise) e o número de camas (entendidas como valor da oferta da capacidade da RNCCI), os dados declarados pelos prestadores mostram que existe uma maior procura comparada com a capacidade instalada nas unidades de Média Duração e Reabilitação, ao contrário do que ocorre no caso das unidades de Convalescença.

Figura 26 – % de Camas e Utentes Atendidos por Tipologia de Unidade



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

Observa-se que a capacidade instalada não é utilizada de forma homogénea em todas as tipologias. Assim, a utilização relativa das unidades de Média Duração e Reabilitação e Cuidados Paliativos aparece como maior.

Estes dados indicam que as unidades de Média Duração e Reabilitação poderiam ter uma necessidade relativamente maior de camas que o resto das tipologias.



Conclusão

Pretendemos neste capítulo apresentar, de forma sintética, os principais resultados e conclusões da investigação realizada. Os aspectos considerados visam oferecer pontos de reflexão e dar apoio à tomada de decisões a curto e médio prazo, constituindo-se como alavancas de suporte ao avanço e melhoramento do desenvolvimento e consolidação da RNCCI.

O modelo de Cuidados Continuados Integrados, operacionalizado através da RNCCI, preenche um espaço fundamental para o fortalecimento das políticas sociais e públicas do país e situa-se no contexto das políticas europeias desenvolvidas na prestação de cuidados a pessoas e famílias com problemas de dependência.

O sistema definido para operacionalizar a admissão e a mobilidade dos utentes na RNCCI baseia-se no estabelecimento de critérios que visam a equidade de acesso e centram o interesse numa prestação de cuidados adequada às necessidades das pessoas e no apoio às famílias que apresentam problemas de dependência e requerem de cuidados continuados.

A incorporação de novos paradigmas na prestação de cuidados e novas formas de trabalho supõe a introdução de um novo e mais moderno modelo de funcionamento na administração pública e nas redes de prestação de serviços. Este visa, através da incorporação da óptica intersectorial e multidisciplinar e da incorporação da perspectiva territorial, dar uma melhor e mais efectiva resposta aos problemas emergentes da Sociedade portuguesa em matéria de dependência.

O modelo de cuidados definido inclui suficiente amplitude e flexibilidade para ser adaptado a cada realidade e permite a incorporação de novas modalidades de cuidados especializadas em grupos específicos de utentes ou doenças, pois atravessa de forma transversal o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a rede de Apoio Social, onde as diferentes tipologias de cuidados atravessam a clássica organização parcelada entre o nível hospitalar e o nível de cuidados básicos. Neste sentido, a implementação da RNCCI desenvolve um papel estratégico para a modernização do SNS e no apoio da modernização do Sistema Público de Segurança Social.

Os profissionais da RNCCI apresentam-se como um dos pilares básicos do modelo de prestação dos cuidados incorporando a perspectiva pluridimensional na prestação dos serviços, através da abordagem integral das necessidades do utente.



Os ganhos e progressos alcançados

O grau de implementação e o impacto atingido, especialmente nas respostas de internamento e no desenvolvimento da estrutura de Coordenação, tornam a RNCCI um processo incontornável, sendo certo que os resultados e ganhos atingidos são consequência da complementaridade e dos esforços dos diferentes agentes.

A comparticipação e co-responsabilização no desenvolvimento do modelo entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e dos utentes são ponto-chave do modelo de financiamento e constituem elementos cruciais para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI.

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

Obtém-se através da análise dos primeiros meses de funcionamento das unidades de internamento um paulatino aumento da actividade.

Ainda que a faixa etária preponderante nos utentes entrados na RNCCI se situa entre os 70 e 89 anos, os utentes com idades inferiores aos 60 anos representam 16% do total de utentes entrados.

O maior volume de utentes atendidos (tratados) no período analisado concentra-se na tipologia de Convalescência, com 47% do total de utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI. As unidades de Longa Duração e Manutenção abrangem 22%, as unidades de Média Duração e Manutenção 26% e, por fim, as unidades de Cuidados Paliativos envolvem 5% do total de utentes atendidos.

O SNS é o financiador e tipologia de cobertura da maior parte dos utentes atendidos, atingindo 88% do total de utentes entrados.

A grande maioria dos internamentos nas unidades da RNCCI tem como proveniência ou origem o hospital (quase em 68% dos casos).

A maior parte dos utentes saídos (altas), nomeadamente 56%, tem como destino o domicílio ou os lares de idosos/ residências. Destes, 25% têm indicação de cuidados domiciliários. Em 47% de casos o motivo da alta é a obtenção dos objectivos terapêuticos previstos.



Os pontos de melhoria

Atingir uma cobertura entre regiões mais equilibrada através da elaboração de planos de implementação anuais baseados num planeamento rigoroso, na estreita monitorização da implementação e na constante avaliação da prossecução dos objectivos propostos.

Planear o início efectivo de actividade das unidades e equipas após um período de preparação básico que contemple as condições mínimas de funcionamento e de formação dos profissionais.

Progredir no aspecto da referenciação de utentes:

- Desde os hospitais para a RNCCI, fortalecendo o apoio institucional às equipas de Gestão das Altas (EGA); ampliando o envolvimento dos profissionais dos hospitais nos conceitos de continuidade de cuidados e sensibilizando-os para o trabalho das EGA.
- Para as unidades de Cuidados Paliativos, no sentido de aumentar a sua capacidade em oferecer cuidados efectivos e não somente de acompanhamento nas últimas fases da vida (elevada percentagem de altas por óbito).

Fortalecimento e apoio institucional às EGA para apoiar a sua consolidação no interior do hospital e para a melhoria na aplicação dos critérios de referenciação e difusão dos mesmos.

Fortalecer os cuidados domiciliários com o objectivo de consolidar um modelo de cuidados continuados de proximidade, estimulando e aumentando a mobilidade de utentes dentro da RNCCI, dando prioridade ao regresso e a permanência no domicílio.

Melhorar a sistemática e rigor ao nível do preenchimento, envio e integração dos dados, através da sofisticação dos mecanismos de registo e obtenção de informação.



Referências Bibliográficas

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, IP – Relatório e contas do Serviço Nacional de Saúde 2006 (2008).

ALVARENGA, carlos et al – **A Sociedade e o idoso**. Clinica Geral. Lisboa. ISSN: 0870-7103. Vol. 7 N° 9 (1990).

ALVES, Isabel Silva – **Direitos legais do idoso em saúde comunitária**. Servir. Lisboa. Vol. 45. N° 5. (1997), p. 229-243.

AZEREDO, Zaida – **Como despende o idoso o seu tempo**. Geriatria. Lisboa. XIV. N° 131 (2001), p. 14-21.

BAGAGEM, Maria da Purificação – **Pessoas idosas presente e futuro**. Servir. Lisboa Vol. 40 N° 3 (1992).

BECK, Hervé – **Os Cuidados Geriátricos, Seminário**. Servir. Lisboa. Volume n.º 40, n.º 3(1992), pag.132-146.

BENTO, Maria da Conceição – **Cuidados e Formação em Enfermagem, que Identidade?** Lisboa: Fim de Século Edições LDA., 1997. ISBN 972-754-112-7.

BERGER, P; Poirier, MALINOUX Danielle (1995) - **Pessoas Idosas: Uma abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7.

BERMUDES, Cesina – **A arte de envelhecer – Geriatria**. ISSN 0871-5386. Ano VII, n.º68(1994), pag. 44-46.

BRITO, Luísa (2002) - **A Saúde Mental Dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-19-9.

CALADO, Natacha Matos – **Envelhecer na Sociedade actual**, <http://www.projectotio.Net/artigos/envelhecer – Sociedade. Html> 18-04-2002.

CLARA, J. Gorjão – **A importância da formação e práticas geriátricas dos médicos no Portugal do século XXI - Geriatria**. ISSN 0871-5386. Ano XII, n.º120(1999), pag. 5-11.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1995) - **O Futuro da Protecção Social: Quadro para um Debate Europeu**. Bruxelas.

COMISSÃO EUROPEIA (1995) - **A Situação Demográfica na União Europeia**. Bruxelas.

COMISSÃO EUROPEIA (1995) - **Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem: relatório e recomendações sobre, linhas orientadoras para a formação no domínio dos cuidados aos idosos**. Bruxelas.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1997) - **Relatório Demográfico de 1997**. Bruxelas.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1999) - **UMA EUROPA PARA TODAS AS IDADES: Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações**. Bruxelas.

CORREIA, Cristina et al – **Os enfermeiros em cuidados de saúde primários**. Saúde Publica. Lisboa. Vol. 2 Nº 2 (2001), p. 75-82.

CORREIA, J. Martins – **Recomendações sobre assistência aos idosos e educação em geriatria** - *Geriatrics*. ISSN 0871-5386. Ano VI, n.º55 (1993), pag. 27-30.

CORREIA, M. Graça - **O idoso: o seu sentir e o seu viver**. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Vol. VI. Nº 53. (1993), p. 18-24.

Decreto-Lei nº281/2003 de 8 de Novembro do Ministério da Saúde, publicado em D.R., n.º 259 de 8 de Novembro

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), publicado em Diário da Republica (1ª serie, n.º 109, de 6 de Junho)

Despacho Conjunto de 20 de julho de1994. DR II Série nº 166. p. 7279-7280.

Despacho conjunto nº 407/ 98. DR. II Série nº 138 (18- 06-1998), p. 8328- 8332.

Dicionário de Língua Portuguesa (2000), 8ª Edição. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-05001-2.

DURO, Ana Rosa Pial – **Problemas da enfermagem na terceira idade**. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Vol. VIII. Nº 76 (1995), p. 31-33.

ERMIDA, J. Gomes - **Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde**. Geriatria. Lisboa. Ano IX, vol. IX, n.º 85(1996), pag. 13-23.

ERMIDA, J. Gomes - **Assistência ao idoso em Portugal**. Geriatria. Lisboa. Ano XII, vol. XII, n.º 118(1999), pag. 5-9.

GOMES, António Alves, et al – **Envelhecimento: desespero versus criatividade**. Geriatria. Lisboa. Vol. IV. Nº 39 (1991), p. 5-25.

GUIMARÃES, Paula – **Idosos sem poder? A urgência de uma mudança de atitude**. *Servir*. Volume n.º 47- n.º 2 (1998). Pag. 67-70.

GUIMARÃES, Paula - **O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular**. Geriatria. Lisboa. Ano XI, vol. XI, n.º 101(1998), pag.11-20.

GUIMARÃES, Paula (2002) - **Direitos dos Idosos de Que falamos?**, http://www.misericordiadelisboa.pt/revista/Direitos_das_pessoas_idosa.htm, em 24-01-02.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) - **As Gerações Mais Idosas**. Lisboa. INE. ISSN: 0373-3162: 83

JOSSO, Christiane – **Da Formação do Sujeito ao Sujeito de Formação**, in. Nóvoa, António; Finger, Mathias - **O Método (auto)Biográfico e a Formação** — Lisboa, MS/DRHS,1998, pag. 35-50.

KNIPSCHEER, CPM; MERTENS, F. – **Envelhecer Activamente: Motivações e Significados** – comentários. (s.d.) Pag.72- 78.

MACHADO, M. Graça - **Uma enfermagem para o séc. XXI**. Enfermagem em foco. Lisboa. ISSN: 0871-8008. Ano IX. Nº 41 (2000), p. 21-25.

MAGRO, Cerqueira – **XIII Congresso Português de Geriatria - Geriatria**. ISSN 0871-5386. Ano V, n.º49 (1992), pag. 5-6.

MARRUCHO, António F. et al – **Enfermagem uma nova realidade**. Saúde Publica. Lisboa. Vol. 13 Nº 3 (1995), p. 21-23

MESTRE, Otilia – **Envelhecimento e a mobilização. Prevenção de acidentes** - *Geriatria*. ISSN 0871-5386. Ano XII, n.º116 (1999), pag. 18-27.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) - **Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002.** Lisboa. ISBN: 972-9425-69-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE,- **Saúde XXI.** Programa Nacional de Saúde. Lisboa. Edições MS. 2000.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE (1999) - **Portugueses com mais de 65 anos: Breve caracterização estatística.** Lisboa.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE - **Relatório de Monitorização do Desenvolvimento da rede Nacional de Cuidados Continuados.** (2007)

MIRANDA, Laurinda Amorim; MIRANDA, José Rodrigues – **As Representações que o Enfermeiro tem do Idoso – Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-8844. n.º 19 (1998).

MOUTINHO, Mónica - **1993, Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações.** Forum Europa. N.º 6, (1993), pag. 12-13.

NAZARETH, J. Manuel – Síntese dos Trabalhos, **Educação para Mudança de Atitudes e de Mentalidades face ao Envelhecimento.** (s.d.) Pag.65-67.

NAZARETH, J. Manuel - **O Envelhecimento Demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa.** Geriatria. Lisboa. Ano VII, vol. VII, n.º 64, (1994), pag. 5-17.

NEYENS, Michel – **Políticas Alternativas nos diversos domínios face aos desafios do envelhecimento** - comentários. Pag.81- 90.

NICOLA, Dr. Cândido – **Reflexões sobre o envelhecimento.** Saúde mental. Lisboa. Ano .54. Nº 213 (1990), p. 10-14.

NÓVOA, António et al - **Formação para o Desenvolvimento** - Lisboa, Estudos Locais, 1992, pag. 33-47.

PALHA, Luís Garcez – **População idosa: tempos livres e aspectos culturais.** Geriatria. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Vol. V Nº 48. (1992), p. 5-9.

PAÚL, M. Constança - **Lá para o fim da vida.** Idosos, família e meio ambiente. Coimbra. Livraria Almedina .1997.

PAULINO, Marco - **Respostas sociais no envelhecimento**. Geriatria. Lisboa. Ano IV, vol. IV, n.º 38, (1991), pag. 29-31.

PERISTA, Heloísa – **Políticas Alternativas sobre Envelhecimento nos Países da CE, alguns resultados do Observatório Europeu** - Educação para Mudança de Atitudes e de Mentalidades face ao Envelhecimento. (s.d.), Pag.45-48.

PIMENTEL, Luísa – **Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso**. Geriatria. Lisboa. Vol. XIII Nº 125 (2000), p. 13-17.

PINTO, Soraya; Ferreira, Susana – **Gerontologia – Formação em enfermagem - Geriatria**. ISSN 0871-5386. Ano XII, n.º116 (1999), pag. 11-15.

PINTO; Anabela Mota et al - **Envelhecer Vivendo**. Coimbra: Quarteto Editora. (2001). ISBN: 972-8535-86-4.

PIRES, Luísa – **Idosos: modos de vida e condições de vulnerabilidade- Geriatria**. Lisboa. ISSN 0871-5386. Ano XII. N.º 66 (1994), pag. 21-28.

Protocolo de cooperação entre o instituto do emprego e formação profissional e a direcção-geral da Saúde- DR. II Série nº 174 (29-07-11996), p. 10474.

QUARESMA, M. Lurdes; Cadete, M. Helena - **Estratégias Alternativas de Intervenção**. Pag. 97-100.

QUEIROGA, Susana – **O Papel da Animação Sociocultural na inserção Social**. Geriatria. Lisboa. Vol. XV, Nº 141. (2002), p.33-39.

QUINTELA, M. João – **O Envelhecimento - Desafios e Estratégias Alternativas de Intervenção** – Educação para Mudança de Atitudes e de Mentalidades face ao Envelhecimento. (s.d.). Pag.14-19

REBELO, Ângela Alves Menezes – **Prestadores de cuidados informais: A idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia**. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Vol. Nº 81 (1996), p. 22-27.

REIS, L. Lourenço – **Problemas éticos na clinica do idoso**. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Vol. V. Nº 47 (1992), p. 13-22.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, publicado em D.R., n.º 69 de 22 de Maio.

ROSA, M.^a João Valente - **O desafio social do envelhecimento demográfico**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Vol. XXVIII, n.º 122. (1993). ISSN: 0003-2573.

ROUSSEAU, Paul – **Avaliação global do doente geriátrico** - *Geriatrics*. ISSN 0871-5386. Ano I, n.º3 (1988), pag. 16-20.

SANTOS, Purificação L.D.F. Custódia dos - **A Depressão do Idoso: Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestação da Depressão**. Coimbra: Quarteto Editora. (2000). ISBN: 972-8535-61-9.

SILVA, Ana Isabel; Lima, José - **Ser Idoso. Estudo de uma População**. *Geriatrics*. Lisboa. Ano XIV, vol. XIV, n.º 140, (2002), pag. 12-18.

SIMÕES, Marília – **Idosos: Que Formação em Enfermagem?** – Coimbra. 2001.

SPAR, James E.; RUE, Asenath La - **Guia de Psiquiatria Geriátrica**. 1^a ed. Lisboa: Climepsi Editores. (1997), ISBN: 972-97250-8-X.

SUBTIL, Carlos Luosada – **A velhice numa perspectiva de dinâmica familiar**. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Nº 6 (2002), p. 35-38.

TEIXEIRA, R. A. de Almeida – **Formação de Enfermeiros Responsáveis por Cuidados Gerais na União Europeia** – *Servir*. Volume n.º 47 – n.º 3, pag. 127-140.

