



**Conselho Nacional de Cuidados Continuados
Ordem dos Médicos**

**Estudo das dificuldades sentidas
pelos Prestadores da Rede Nacional
de Cuidados Continuados
Integrados**

Ordem dos Médicos

Agosto de 2016

**Trabalho realizado no âmbito do Conselho Nacional dos Cuidados
Continuados da Ordem dos Médicos (CNCC)**

Elaborado pelos Médicos:

Dr. Alberto Costa Coordenador

Dr.ª Antonieta Dias - SRN

Dr. Sérgio Marques Coimbra - SRN

Dr.ª Sara Marques - SRC

Dr.ª Ana Dourado - SRC

Dr.ª Maria Guilhermina Gonçalves - SRS

Dr.ª Isabel Beltrão - SRS

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
LISTA DE SIGLAS	7
1 - INTRODUÇÃO	8
2 - OBJETIVO.....	11
3 - METODOLOGIA.....	12
4 - RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO POR REGIÃO	13
5 - RESULTADOS/DISCUSSÃO	15
6 - CONCLUSÃO E PROPOSTAS FUTURAS.....	48
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Número de lugares de internamento em UCCI, por região e por tipologia	10
Tabela 2: Número De UCCI em Portugal Continental em Junho de 2015, por regiões	13
Tabela 3: Número de respostas ao Questionário, por região.....	13
Tabela 4: Taxa de respostas ao Questionário, por região	14
Tabela 5: Número de profissionais que responderam ao Questionário, por tipologia da UCCI em que desempenha a sua atividade	15
Tabela 6: Tipo de proveniência da maioria dos utentes referenciados para as Unidades dos Diretores Clínicos que responderam ao Questionário	19
Tabela 7: Distribuição de respostas obtidas à questão número 4 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Médico?”	20
Tabela 8: Distribuição de respostas obtidas à questão número 5 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Assistente Social?”	22
Tabela 9: Distribuição de respostas obtidas à questão número 6 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Fisioterapeuta?”	23
Tabela 10: Distribuição de respostas obtidas à questão número 7 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Terapeuta Ocupacional?”	24
Tabela 11: Distribuição de respostas obtidas à questão número 8 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Psicólogo?”	25
Tabela 12: Distribuição de respostas obtidas à questão número 9 – “Entende que necessita de alguma(s) outra(s) especialidade(s) na sua Unidade?”	27
Tabela 13: Classificação do tipo de relacionamento da UCCI com a ECL, segundo a opinião dos Diretores Clínicos	28
Tabela 14: Distribuição de respostas obtidas à questão número 11 – “Sente que a ECL trabalha em parceria consigo?”	30
Tabela 15: Perceção da qualidade da acessibilidade dos utentes e suas famílias à RNCCI, segundo a opinião dos Diretores Clínicos	32
Tabela 16: Distribuição de respostas obtidas à questão número 13 – “Quanto tempo, em média, demora a ocupação de camas após alta da sua Unidade?”	34
Tabela 17: Opinião dos Diretores Clínicos sobre as participações pagas pelos utentes em	

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

UMDR	41
Tabela 18: Opinião dos Diretores Clínicos sobre as comparticipações pagas pelos utentes em ULDM	42
Tabela 19: Opinião dos Diretores Clínicos sobre a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UC	43
Tabela 20: Opinião dos Diretores Clínicos sobre a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UCP	44
Tabela 21: Distribuição de respostas obtidas à questão número 18 – “Sente que os pagamentos por parte do Estado à sua Unidade são atempados?”	45
Tabela 22: Opinião dos Diretores Clínicos sobre o formulário da RNCCI	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das respostas à questão nº 2 - “Considera que os utentes são bem referenciados?”	16
---	----

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CNCC - Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECCI - Equipas domiciliárias as Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ECSCP - Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

EGA - Equipas de Gestão de Altas

EIHSCP - Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidades de convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP - Unidades de cuidados paliativos

ULDM - Unidades de longa duração e manutenção

UMDR - Unidades de média duração e reabilitação

1 - INTRODUÇÃO

Os **Cuidados Continuados** de saúde podem ser definidos como *“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”* (**Decreto Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro** – *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Base II*).

Os **Cuidados Continuados Integrados** compreendem *“a reabilitação, a readaptação e a reintegração social”* e *“a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”* (alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 5.º do **Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho**).

A **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI) foi desenvolvida em parceria entre o Ministério da Saúde e o da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, conforme estabelecido pelo **Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho**.

O Decreto-Lei supracitado prevê que a prestação de **Cuidados Continuados Integrados** seja assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

Constituem unidades de internamento: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Constituem unidade de ambulatório a Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia. São equipas hospitalares as Equipas de Gestão de Altas (EGA) e as Equipas Intra-Hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). São equipas domiciliárias as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

A criação da **RNCCI** resultou da necessidade, cada vez mais urgente, de se promover uma política pública integrada de saúde e de segurança social na área dos Cuidados Continuados, como resposta ao progressivo envelhecimento demográfico. Com efeito, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi reconhecida a necessidade de se criar um sistema prestador de **Cuidados Continuados Integrados** com uma resposta adequada, articulada e eficaz ao processo de alteração da estrutura demográfica no país, caracterizado pelo aumento da população idosa, dependente e portadora de doença crónica.

Tendo em conta as projeções do *Eurostat*, publicadas em 2011, o índice de dependência de idosos continua a elevar-se até 2060 (***Portugal em números – 2014 - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*** – DGS, 2014).

O objetivo geral da RNCCI consiste em prestar Cuidados Continuados Integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade (n.º 1 do artigo 4.º do ***Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho***).

Os objetivos específicos da **RNCCI**, descritos no n.º 2 do artigo 4.º do mesmo diploma, são:

(1) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situações de dependência, através da prestação de Cuidados Continuados de saúde e ou de apoio social; (2) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; (3) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; (4) A melhoria contínua da qualidade na prestação de Cuidados Continuados de saúde e de apoio social; (5) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; (6) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; (7) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

peças em situação de dependência em matéria de Cuidados Continuados integrados e de Cuidados Paliativos”.

De acordo com o documento de Abril de 2014 do Ministério da Saúde, **“Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referência Cuidados Continuados Integrados em Portugal”**, a capacidade instalada existente na RNCCI em termos de unidades de internamento correspondem a 6642 lugares de internamento nas UCCI, distribuídas pelas cinco regiões de saúde e pelas quatro tipologias conforme Tabela 1.

Tabela 1: Número de lugares de internamento em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, por região e por tipologia (Fonte: Ministério da Saúde, 2014)

	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL
UC	297	202	157	135	69	860
UMDR	552	607	446	186	104	1895
ULDM	1114	996	844	424	314	3692
UCP	46	45	77	17	10	195
TOTAL	2009	1850	1524	762	497	6642

Analisando o número de camas por 100.000 habitantes com idade superior a 65 anos, verifica-se que a região com menor oferta é a de Lisboa e Vale do Tejo, sendo o Alentejo a que apresenta maior oferta. (**“Acesso, Qualidade E Concorrência Nos Cuidados Continuados e Paliativos”** - ERS, 2015) Estas diferenças podem ser importantes condicionantes na análise das respostas ao questionário.

Ainda assim, em 2015, verificou-se um aumento de 19% de número de Unidades de Internamento face a 2013.

Focando a nossa análise nas UCCI, a equipa do **Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos (CNCC)**, considerou importante explorar a realidade de funcionamento das mesmas, e identificação das necessidades e dificuldades sentidas pelos profissionais.

2 - OBJECTIVOS

O CNCC pretendeu identificar os problemas sentidos pelos prestadores de cuidados médicos nas Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI, independentemente de posteriormente virem a ser feitos outros inquéritos com avaliação de outras dimensões.

O presente estudo tem como objetivo a elaboração de recomendações que contribuam para otimizar a prestação de Cuidados Continuados e ultrapassar as dificuldades e os insucessos experienciados.

3 - METODOLOGIA

Para desenvolver este trabalho, foi elaborado um Questionário, no qual foram incluídas as questões consideradas mais relevantes para obter informações sobre o funcionamento das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, e as opiniões e dificuldades concretas experienciadas pelos profissionais na prestação de Cuidados Continuados.

Este Questionário foi aprovado pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

O Questionário foi enviado aos Diretores Clínicos de todas as Unidades da RNCCI de Portugal Continental, estabelecendo como prazo máximo de resposta a data de 30 de Junho de 2015.

O envio do Questionário foi processado em formato papel e em formato digital, através da base de dados pré-existente das Unidades da RNCCI.

Os resultados rececionados foram tratados e analisados através do programa estatístico Excel® 2007.

4 - Resposta ao Questionário por Região

A Tabela 4 demonstra a taxa de resposta ao Questionário em análise, por região. A maior taxa de resposta ao Questionário verificou-se na região de Algarve (43.75%). A região do Norte foi a menos participativa (13.56%).

Tabela 2: Número de UCCI em Portugal Continental em Junho de 2015, por regiões
(Fonte: RNCCI)

UCCI em Portugal Continental	n	%
Norte	59	30,10
Centro	56	28,57
LVT	40	20,41
Alentejo	25	12,76
Algarve	16	8,16
TOTAL	196	100,00

Tabela 3: Número de respostas ao Questionário por região

Respostas aos Questionários por região	n	%
Norte	8	18,60
Centro	15	34,88
LVT	7	16,28
Alentejo	6	13,95
Algarve	7	16,28
TOTAL	43	100,00

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Tabela 4: Taxa de respostas ao Questionários por região

Taxa de Respostas por região	%
Norte	13,56
Centro	26,79
LVT	17,50
Alentejo	24,00
Algarve	43,75
TOTAL	21,94

A participação no presente estudo não foi a esperada pelos autores, conforme se pode verificar na Tabela 4. De facto, a taxa de resposta por região situou-se abaixo dos 30% em todas as regiões, exceto no Algarve.

As baixas taxas de respostas nas restantes regiões de Portugal Continental, poderão estar relacionadas com diferentes fatores:

O pedido de divulgação do Questionário por alguns prestadores da RNCC, não teve o acolhimento esperado, desconhecendo-se do ou dos motivos para tal, sendo certo que respeitamos todos os procedimentos usuais.

O presente estudo, pretendeu apenas recolher as sensibilidades dos prestadores, com vista à elaboração de proposta retificativa. Estamos em crer que a falta de tempo poderá também ter sido um fator decisivo, mas que de modo algum se poderá aceitar.

Não restam dúvidas que existiram dificuldades por parte das Direções das UCCI na resposta dos seus Diretores Clínicos, que se pretendem ver ultrapassadas em estudos posteriores que venham a ser realizados. Sem a participação dos prestadores de cuidados, que se encontram no terreno, será difícil ao legislador, legislar bem e em tempo!

5 - RESULTADOS/DISCUSSÃO

QUESTÃO 1

“A sua Unidade de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI inclui:

- Unidade de Convalescença (UC) Nº de camas: _____ -
Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) Nº de camas: _____
- Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULMD) Nº de camas: _____
- Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) Nº de camas: _____”

De acordo com a Tabela 5, a maioria dos Diretores Clínicos que responderam ao Questionário do CNCC trabalha em ULDM – mais de 80% das unidades em análises integram esta tipologia.

Tabela 5: Número de profissionais que responderam ao Questionário por tipologia da Unidade de Cuidados Continuados Integrados em que desempenha a sua atividade.
(**Legenda:** UC - Unidade de Convalescença, UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULMD - Unidade de Longa Duração e Manutenção; UCP - Unidade de Cuidados Paliativos)

TIPOLOGIA DAS UCCI	n	%
UC	4	9,30233
UMDR	15	34,8837
ULDM	35	81,3953
UCP	5	11,6279
TOTAL DE RESPOSTAS	43	

Por outro lado, apenas contemplam UC quatro das unidades em análises. Do universo de UCCI que responderam apenas 5 apresentam a tipologia de UCP. A percentagem relativa de tipologias da amostra em estudo não corresponde totalmente ao universo

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

nacional. Segundo o documento de Abril de 2014, do Ministério da Saúde, *“Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referência Cuidados Continuados Integrados em Portugal”*, do total das 6642, 12.95% correspondem a UC, 28.53% correspondem a UMDR, 55.59% a ULDM e apenas 2.94% correspondem a UCP.

Questão 2

“Considera que os utentes são bem referenciados?”

De acordo com o Gráfico 1, as respostas dos Diretores Clínicos que responderam ao Questionário do CNCC foi bastante divergente. De facto, 48.84% considera que os doentes estão bem referenciados, enquanto 51.16% dos colegas referem exatamente o contrario. Nesta questão não existiram respostas nulas.

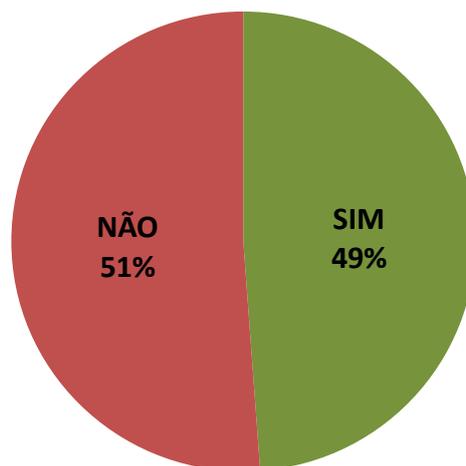


Gráfico 1: Distribuição das respostas à questão nº 2 - “Considera que os utentes são bem referenciados?”

Os comentários a esta questão encontram-se sintetizados nas seguintes alíneas:

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

- 1) Não cumprimento de critérios de referência para as diferentes tipologias, por exemplo: utentes sem capacidade de reabilitação (com Síndromes Demenciais e/ou múltiplas úlceras de pressão) referenciados para UMDR; referência para ULMD de “casos sociais”; referência para UMDR ou ULMD de utentes a necessitar de Cuidados Paliativos; referência para UCP quando deveriam ser referenciados para ULMD; utentes internados em UC sem critérios; discordância entre diagnóstico/patologia e tipologia de internamento (por exemplo, utentes com necessidades psiquiátricas e de CP em internamento em ULMD), com limitação de recursos humanos e meios terapêuticos que os mesmos exigem (46,5% dos Diretores Clínicos);
- 2) Deficitária informação prestada aos utentes referenciados a UCP sobre os Cuidados Paliativos propriamente ditos (4,7% dos Diretores Clínicos);
- 3) Unidades de internamento muito distantes da residência dos utentes (6,9% dos Diretores Clínicos);
- 4) Discordância entre as notas de alta e os registos informáticos de referência e o estado clínico do utente na entrada da Unidade, nomeadamente, a medicação (34,9% dos Diretores Clínicos);
- 5) Longo período de tempo entre o início da referência e o internamento na Unidade, o que condiciona os resultados (25,6% dos Diretores Clínicos);
- 6) Situação clínica e social frequentemente discordante com o objetivado no internamento na Unidade (6,9% dos Diretores Clínicos);
- 7) Insuficiente informação clínica na referência (16,3% dos Diretores Clínicos);
- 8) A Informação fornecida às famílias pelas EGA é, muitas vezes, deficiente, relativamente aos objectivos das UCC e ao tempo previsto de internamento (4,7% dos Diretores Clínicos).

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Notas e Comentários:

Perante os resultados apresentados, o **CNCC** entende que há uma maior necessidade de discussão de critérios e metodologias de referenciação para RNCCI, com conseqüente benefício dos utentes e suas famílias, e com menor frustração dos profissionais.

Verifica-se que há um número elevado de utentes que aguardam por um lugar na RNCCI, especialmente em internamento hospitalar, e que não são bem referenciados. De facto, numa tentativa de resolução célere do processo é, por vezes, efectuada uma referenciação baseada na vaga existente na RNCCI, não respeitando os critérios de admissão para as várias tipologias da RNCCI, de acordo com a **Portaria nº 174/2014, de 10 de Setembro de 2014**.

Além dos anteriores, o tempo decorrido entre a referenciação e a admissão na rede implica que, por vezes, a avaliação registada na plataforma informática *Gestcare*[®] nem sempre corresponda ao quadro clínico do doente. Esta divergência traduz-se em possíveis enviesamentos na admissão dos utentes nas diferentes tipologias.

A proposta do **CNCC** passa pelo aumento das vagas de internamento na **RNCCI**, adequando-a às necessidades actuais. Nesta data, a capacidade da Rede corresponde a cerca de 50% das necessidades reais para a população Portuguesa.

Questão 3

“Qual a proveniência da maioria dos utentes referenciados para a(s) suas Unidades(s)?”

De acordo com a Tabela 6, a maioria dos doentes é referenciado pelos hospitais (EGA) - 86.05% das respostas dos Médicos respondentes. Apenas 13.95% consideraram que a maioria dos utentes referenciados é proveniente dos Centros de Saúde.

Tabela 6: Tipo de proveniência da maioria dos utentes referenciados para as Unidades dos Diretores Clínicos que responderam ao Questionário.

Qual a proveniência da maioria dos utentes referenciados para a(s) suas Unidades(s)?	n	%
Equipa de Gestão de Alta	37	86,05
Centro de Saúde	6	13,95
Não responde	0	0,00
TOTAL	43	100,00

Notas e Comentários:

De acordo com o documento *“Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referência - Cuidados Continuados Integrados em Portugal”* (Ministério da Saúde, 2014), os utentes podem aceder à RNCCI provenientes de duas origens: Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou Comunidade (Domicílio, Centro de Saúde, ERPI, Hospital privado ou outro local de residência).

Perante os resultados obtidos, nos **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, parece existir um subaproveitamento da RNCCI, possivelmente por desconhecimento das capacidades instaladas, com prejuízo e risco para os utentes e para o SNS, sendo evidente ser necessário sensibilizar os médicos de CSP para a RNCCI.

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Diversas situações de doença crónica, que exigem vigilância permanente para ajuste terapêutico ou apoio para ingestão terapêutica, poderiam ser tratadas em unidades de internamento da RNCCI, por períodos curtos, ou mesmo no domicílio, existindo o apoio de cuidadores informais.

Muitas situações tratadas em hospitais de agudos poderiam ser tratados em Unidades de Convalescença.

Questão 4

“Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Médico?”

Tabela 7: Distribuição de respostas obtidas à questão número 4 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Médico?”

Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Médico?	n	%
SIM	35	81,40
NÃO	7	16,28
Não responde	1	2,33
TOTAL	43	100,00

Mais de 80% dos inquiridos concordam com a carga horária mínima semanal dos Médicos nas **Unidades de Cuidados Continuados**, definida pela **Portaria nº 174 de 10 de Setembro de 2014** (entenda-se carga horária com regime de frequência diária, e incluindo o Médico Fisiatra: 40 horas na UC, 30 horas na UMDR e 20 horas nas ULDM e UCP).

Do total, 16% dos Diretores Clínicos discordam da carga horária.

CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS ORDEM DOS MÉDICOS

Relativamente às propostas de carga horária ideal, as respostas foram muito divergentes: para UC foi proposto entre 42 a 60 horas semanais/30 camas; para as UMDR foram propostas entre 28 a 40 horas; para UCP foi considerada como carga horária ideal entre 25 a 45 horas/15 camas; para as ULDM foi considerado que seriam necessárias apenas 7, 15 ou 20 horas/30 camas.

Notas e Comentários:

Atendendo à disparidade das respostas, o **CNCC** considera pertinente a promoção do debate com os vários profissionais a desempenhar funções nas UCC sobre as cargas horárias mínimas semanais, de modo a poder ser obtido um mais amplo consenso.

Entendemos que as Unidades que incorporam mais do que uma tipologia de internamento podem e devem rentabilizar os técnicos que têm na equipa, não sendo os Médicos uma exceção.

Ao contrário das propostas apresentadas pelos inquiridos, a tipologia que, a nosso ver, está com maiores problemas em termos de carga horária médica (20 horas, incluindo o Médico Fisiatra, de acordo com o anexo IV da **Portaria nº 174/2014, de 10 de Setembro de 2014**) é a das ULDM. Tal deve-se ao facto de que a grande maioria dos utentes internados nestas unidades tem idade muito avançada e polipatologia, necessitando inclusivamente de ações paliativas, o que pressupõe uma carga horária prevista, quer médica quer de enfermagem, que abranja as 24 horas.

Considerando o quadro clínico dos utentes habitualmente referenciados para a tipologia de ULDM, a carga horária médica ideal seria, no mínimo, 40 horas/semana. No entanto, este custo não está contemplado na forma de pagamento.

O **CNCC** considera que a carga horária prevista na **Portaria nº 174, de 10 de Setembro de 2014** para as UCP (20 horas/semana/15 camas para Médico, excluindo Médico Fisiatra) poderá ser repensada.

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Segundo o anexo IV da **Portaria nº 174, de 10 de Setembro de 2014**, nas UMDR, a carga horária para o Médico é de 30 horas semanais, por cada 30 camas, em presença diária (incluindo o Médico Fisiatra). No entanto, não está especificado o tempo exigido para cada uma das especialidades. Este aspeto cria dificuldades na prestação dos cuidados e nos contratos que as Unidades estabelecem com os profissionais.

De notar que o **Decreto-lei 136/2015, de 28 de Julho, no art. 13^a**, contempla a obrigatoriedade de existência de Médico e Enfermeiro em permanência nas UC, ao contrário do que estava definido na **Portaria nº 174 de 10 de Setembro de 2014** (que referia apenas 40 horas semanais em presença diária).

Questão 5

“Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Assistente Social?”

Tabela 8: Distribuição de respostas obtidas à questão número 5 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Assistente Social?”

Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Assistente Social?	n	%
SIM	38	88,37
NÃO	5	11,63
Não responde	0	0,00
TOTAL	43	100,00

A grande maioria dos Médicos (88,37%) concorda que o horário atribuído para Assistente Social preconizado na legislação está adequado á tipologia (10 horas para as UCP e 40 horas para as restantes Unidades, em regime de presença ao longo da semana).

Notas e Comentários:

O **CNCC** considera que as 40 horas semanais, ao longo da semana, em todas as tipologias, exceto nas UCP, em que estão preconizadas 10 horas semanais, conforme o anexo IV da **Portaria nº 174 de 10 de Setembro de 2014**, serão adequados. A carga horária atribuída para os Assistentes Sociais deve estar distribuída ao longo da semana, de modo a facilitar o contacto com as famílias dos utentes.

Questão 6

“Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Fisioterapeuta?”

Tabela 9: Distribuição de respostas obtidas à questão número 6 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Fisioterapeuta?”

Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Fisioterapeuta?	n	%
SIM	32	74,42
NÃO	10	23,26
Não responde	1	2,33
TOTAL	43	100,00

Relativamente à carga horária dos Fisioterapeutas, 74,42% estão de acordo com o previsto na **Portaria nº 174 de 10 de Setembro de 2014** (80 horas para as UC e UMDR, 20 horas para as ULDM e 10 horas para as UCP, em presença diária). Dez Diretores Clínicos (23.26%) manifestaram discordância com aquela carga horária. Um Diretor Clínico apresentou uma proposta de carga horária semanal que considera ideal: 35 horas/30 camas para UC, UMDR e ULDM e 20 horas/15 camas para as UCP. A carga

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

horária considerada ideal para Fisioterapeutas nas ULDM variou entre 20 e 40 horas semanais (por cada 30 camas).

Notas e Comentários:

O **CNCC** considera que esta carga horária semanal para Fisioterapeutas pode ser insuficiente para alguns objetivos de reabilitação a atingir. De facto, doze horas de trabalho diário para 30 utentes corresponde a 40 minutos para cada plano de reabilitação individual, o que pode ser insuficiente.

Os tempos previstos na legislação só seriam aceitáveis caso metade dos doentes não tivesse um plano de reabilitação motora, o que frequentemente não corresponde à realidade.

Pelos anteriores, a carga horária para Fisioterapeutas deve ser adaptada à realidade e à qualidade de serviços que se pretende oferecer nas Unidades.

Questão 7

“Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Terapeuta Ocupacional?”

Tabela 10: Distribuição de respostas obtidas à questão número 7 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Terapeuta Ocupacional?”

Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Terapeuta Ocupacional?	n	%
SIM	32	74,42
NÃO	4	9,30
Não responde	7	16,28
TOTAL	43	100,00

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Apenas quatro dos quarenta e três Diretores Clínicos de Unidades de Cuidados Continuados que responderam ao Questionário consideraram que a carga horária mínima semanal para o Terapeuta Ocupacional não será adequada (9.30%). Sete dos Questionários não tiveram resposta a esta questão (Tabela 10).

A **Portaria nº 174 de 10 de Setembro de 2014** define como carga horária semanal deste grupo profissional, 40 horas para UC e UMDR e 20 horas para ULDM, não havendo um mínimo obrigatório para as UCP. Das quatro respostas discordantes, três Diretores Clínicos sugeriram entre 15 a 30 horas semanais como carga horária mínima para Terapeuta Ocupacional nas ULDM. Um profissional considerou que a carga horária ideal para as UMDR seria de 15 horas e para as UCP de 8 horas/15 camas. Não houve sugestões no que diz respeito às UC.

A falta de propostas sobre as cargas horárias poderá estar relacionado com o facto de alguns Diretores Clínicos das UCC não serem os responsáveis pela gestão e recrutamento dos recursos humanos das respetivas Unidades.

Questão 8

“Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Psicólogo?”

Tabela 11: Distribuição de respostas obtidas à questão número 8 – “Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Psicólogo?”

Concorda com a carga horária mínima semanal recomendada para Psicólogo?	n	%
SIM	32	74,42
NÃO	10	23,26
Não responde	1	2,33
TOTAL	43	100,00

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

De acordo com a Tabela 11, a maioria dos Diretores Clínicos das Unidades de Cuidados Continuados considerou que a carga horária mínima semanal recomendada para Psicólogo é adequada (74.42%). No entanto, 23.26% dos profissionais discordaram.

A **Portaria nº 174 de 10 de Setembro de 2014** define o seguinte número de horas mínimas semanais de atividade do Psicólogo: 20 horas (por cada 30 camas) nas UC, UMDR e ULDM e 10 horas (por cada 15 camas) nas UCP, em regime de presença ao longo da semana.

Das dez respostas discordantes, apenas cinco sugeriram cargas horárias ideais para Psicólogo nas ULDM, apenas três sugeriram carga horária diferente para essa categoria profissional nas UC e UMDR. Contabilizaram-se apenas duas sugestões no que respeita às UCP.

Um dos Diretores Clínicos considerou pertinente o aumento do número de horas semanais em todas as tipologias das Unidades, propondo um total de 35 horas semanais para as UC, UMDR e ULDM e um aumento para 15 horas nas UCP. Outro Diretor Clínico apresentou como proposta a duplicação das horas semanais de trabalho do Psicólogo nas UC e ULDM, manutenção das 10 horas semanais das UCP e redução de duas horas (18horas/semanais) nas UMDR. As restantes propostas passaram pela alteração do número mínimo de horas de atividade destes profissionais nas ULDM para 9 horas ou 12 horas.

Questão 9

Entende que necessitaria de alguma(s) outra(s) especialidade(s) na sua Unidade?

A maioria dos Diretores Clínicos (58.14%) das Unidades de Cuidados Continuados do estudo entendeu que não seriam necessárias categorias profissionais diferentes na sua Unidade. Vinte e cinco dos Diretores Clínicos (40%) consideraram que as Unidades

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

beneficiavam de contratação de outras categorias profissionais e um não respondeu a esta questão. (Tabela 12)

Tabela 12: Distribuição de respostas obtidas à questão número 9 – “Entende que necessita de alguma(s) outra(s) especialidade(s) na sua Unidade?”

Entende que necessita de alguma(s) outra(s) especialidade(s) na sua Unidade	n	%
SIM	17	39,53
NÃO	25	58,14
NÃO RESPONDE	1	2,33
TOTAL	43	100,00

A **Portaria nº 174, de 10 de Setembro de 2014** contempla as seguintes categorias profissionais como recursos humanos mínimos recomendados para as UCCI: Médico (incluindo Fisiatra), Psicólogo, Enfermeiro (incluindo Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação), Fisioterapeuta, Assistente Social, Terapeuta da Fala (exceto nas ULDM e UCP), Animador Sociocultural, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional (exceto em UCP) e Pessoal Auxiliar.

De notar que algumas das categorias profissionais referidas como deficitárias nas respetivas Unidades correspondem às supracitadas na legislação, nomeadamente Terapeuta da Fala (a maioria), Nutricionista e Animador Sociocultural.

As restantes Especialidade mencionadas foram: Medicina Interna, Psiquiatria, Ortopedia, Assistência Espiritual e Religiosa.

Relativamente à fundamentação apresentada pelos Diretores Clínicos, de realçar os seguintes pontos:

- **Terapeuta da Fala:** os utentes necessitam de treino por parte desta especialidade (treinos de deglutição e terapia da fala) para recuperação no *status* pós AVC, no uso de sonda nasogástrica, por exemplo.

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

- **Nutricionista:** no sentido de suprir as necessidades nutricionais específicas de cada utente.

Foi abordado em alguns Questionários a possibilidade de existir uma consultadoria com as Unidades Locais de Saúde no âmbito de algumas especialidades: Ortopedia, Psiquiatria, Medicina Interna, e com destaque para a área da Fisioterapia.

Questão 10

A sua equipa tem um relacionamento com a Equipa Coordenadora Local (ECL) que classifica como:

Tabela 13: Classificação do tipo de relacionamento da UCCI com a ECL, segundo a opinião dos Diretores Clínicos

A sua Equipa tem um relacionamento com a ECL que classifica como:	n	%
BOM	29	67,44
RAZOÁVEL	5	11,63
CORDIAL	4	9,30
DE BASTANTE CONFLITO	0	0,00
NÃO RESPONDE	5	11,63
TOTAL	43	100,00

Como se pode observar na Tabela 10, a maioria dos Diretores Clínicos das UCCI respondentes considerou o relacionamento da sua equipa com a ECL bom (67.44%). Cinco Diretores Clínicos classificaram esse relacionamento como razoável (11.63%) e quatro como cordial (9.30%). Recebemos cinco respostas em branco e nenhum dos respondentes considerou o relacionamento com a ECL conflituoso.

A **Portaria nº 174/2014, de 10 de Setembro de 2014** define que a coordenação a nível local, é assegurada pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), constituídas de modo

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

multidisciplinar, integrando, no mínimo, da área da saúde, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), da área social, um técnico superior, e, sempre que necessário, um(a) técnico(a) das autarquias locais, designado pelo(s) presidente(s) de Câmara Municipal, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

As coordenações da ECL são asseguradas por um profissional de saúde nomeado pelo Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente, sob proposta do Diretor Executivo do ACES, ouvido o Coordenador da UCC, ou do Conselho de Administração da ULS.

Os elementos da ECL exercem as suas funções em regime de tempo completo. Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da (s) equipa (s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.

Os elementos da ECL não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da RNCCI, com ressalva dos casos em que a entidade promotora e gestora tenha natureza pública.

É criada, no mínimo, uma ECL, para efeito de coordenação operativa da RNCCI, em cada ACeS, e em cada Unidade Local de Saúde, que não tenha ACeS constituído, coincidindo com as respetivas áreas de influência.

De notar que as principais competências das ECL (definidas no artigo 11.º do **Decreto - Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho**), incluem:

- Identificar as necessidades e propor à coordenação regional ações para a cobertura das mesmas;
- Consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

- Divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da RNCCI;
- Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da RNCCI;
- Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade;
- Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da RNCCI;
- Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da RNCCI.

Questão 11

Sente que a ECL trabalha em parceria consigo?

A questão 11 foi respondida pela totalidade das Unidades que participaram neste estudo. A maioria dos respondentes considerou que a ECL trabalha em parceria com a Unidade (76.74%). Esta opinião não foi partilhada por dez dos Diretores Clínicos que gentilmente responderam ao Questionário (23.26%).

Tabela 14: Distribuição de respostas obtidas à questão número 11 – “Sente que a ECL trabalha em parceria consigo?”

Sente que a ECL trabalha em parceria consigo?	n	%
SIM	33	76,74
NÃO	10	23,26
NÃO RESPONDEU	0	0,00
TOTAL	43	100,00

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Estas discrepâncias poderão ter um fundamento regional, na medida em que os elementos coordenadores da ECL são diferentes, podendo isso contribuir para uma diferente eficiência e modo de atuação.

De notar que o relacionamento da ECL com estas Unidades foi descrito de variadas formas, a destacar:

- Comportamento formal e distante da realidade;
- Relacionamento muito pontual, estritamente burocrático, com consequente aumento de tempo dispendido pelos profissionais em atividades administrativas;
- Escassez de respostas a um conjunto de problemas que poderiam ou deveriam ser resolvidos por eles, por exemplo, no que respeita a encaminhamento dos casos sociais ou problemas de gestão da alta das unidades;
- Atitude de fiscalização e desconfiança e não de cooperação.

Como aspetos positivos ou justificativos das lacunas existentes, foram referidos:

- Relação de proximidade com muitos elementos da Unidade (Assistente Social, Enfermeiro);
- Melhoria recente da articulação;
- Escassez de tempo de dedicação dos profissionais da ECL para articulação com as Unidades (6 horas/semana, em alguns locais).

Questão 12

Como perceciona a acessibilidade dos utentes e suas famílias à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?

A questão 12 foi respondida pela totalidade das Unidades que participaram neste estudo. A maioria dos respondentes perceciona como “Boa” (44.19%) ou “Razoável” (39.53%) a acessibilidade dos utentes e suas famílias à RNCCI. Esta opinião não foi partilhada por seis dos Diretores Clínicos, os quais classificaram essa acessibilidade como “Má” (13.95%). Um Diretor Clínico considerou essa acessibilidade como excelente.

Estas discrepâncias poderão, mais uma vez, ter um fundamento regional, na medida em que a cobertura nacional em Unidades da RNCCI não é uniforme em todo o país.

Tabela 15: Perceção da qualidade da acessibilidade dos utentes e suas famílias à RNCCI, segundo a opinião dos Diretores Clínicos

Como perceciona a acessibilidade dos utentes e suas famílias à RNCCI?	n	%
EXCELENTE	1	2,33
BOM	19	44,19
RAZOÁVEL	17	39,53
MAU	6	13,95
PÉSSIMO	0	0,00
NÃO RESPONDE	0	0,00
TOTAL	43	100,00

Segundo avaliação efetuada pela ERS em 2013, a região Norte concentra o maior número de unidades de internamento, bem como o maior número de camas, à qual se seguem, por ordem decrescente, tanto em termos de número de Unidades como em termos de número de camas, as regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Segundo o relatório *“Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos”* (ERS, Dezembro de 2015), na cobertura populacional de cada nível de acesso por região de jurisdição das cinco ARS identifica-se que a região que concentra maior proporção populacional com acesso alto é o Centro (15%), seguida do Alentejo (11%), que também apresenta a menor proporção populacional com acesso baixo. Destaca, ainda, a ausência de população com acesso alto nas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, sendo certo que, nesta última região, 100% da população tem acesso baixo, ou seja, nenhum cidadão tem à disposição, a uma distância aceitável, um número de camas que atinja uma das duas metas estabelecidas para a satisfação das suas potenciais necessidades.

O relatório prévio efetuado em 2013 (*“Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”* – ERS, 5 de Fevereiro de 2013) salientava que o acesso de todos os utentes residentes em Portugal Continental a Cuidados Continuados de saúde de qualidade era prejudicado pela deficiente oferta de Cuidados Paliativos, em particular, e pela inexistência das unidades de ambulatório previstas na legislação.

Analisando ao pormenor os Questionários recebidos verificamos que as respostas negativas (classificação “Mau”) a esta pergunta foram oriundas de Unidades das seguintes regiões: Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. De realçar que duas destas respostas negativas foram provenientes de UCP, denotando o longo tempo de espera e escassez de Unidades.

Relativamente aos comentários escritos pelos Diretores Clínicos que responderam ao Questionário, destacamos as seguintes análises:

- 1) Longo tempo de espera para obter vaga na Rede, nomeadamente, na tipologia ULDM. Por um lado, o tempo de espera para colocação numa Unidade é excessivo, e, por outro lado, nem sempre essa colocação, por motivos que se prendem com a gestão da lista de espera, coincide minimamente com o local de residência dos familiares;

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

- 2) Como os custos são inferiores aos da rede social, as famílias sentem que só alguns utentes têm acesso;
- 3) Os doentes que se encontram no domicílio têm muitas dificuldades em ingressarem na rede, porque o número de referenciações feitas pelos CSP são mínimos e o número de camas é escasso;
- 4) Ainda existe falta de informação sobre a acessibilidade à RNCCI, normas de funcionamento das Unidades Intercalares, suas tipologias e áreas de intervenção. Há ainda muito desconhecimento dos utentes, famílias e médicos acerca das UCC;
- 5) A burocracia e a acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários limitam/condicionam a acessibilidade;
- 6) Resistência de alguns serviços hospitalares/especialidades em encaminharem para a RNCCI;
- 7) Em Cuidados Paliativos a existência de lista de espera para ingresso é inaceitável;
- 8) Doentes e familiares pouco esclarecidos pelos profissionais que os acompanham no que respeita à Rede e aos CP.

Questão 13

Quanto tempo, em média, demora a ocupação de camas após alta da sua Unidade?

Tabela 16: Distribuição de respostas obtidas à questão número 13 – “Quanto tempo, em média, demora a ocupação de camas após alta da sua Unidade?”

Quanto tempo, em média, demora a ocupação de camas após alta da sua Unidade?	n	%
Até 48h	25	58,14
Mais de 48h	12	27,91
Não respondeu	6	13,95
TOTAL	43	100,00

CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS ORDEM DOS MÉDICOS

A questão 13 foi respondida por trinta e sete das Unidades que participaram neste estudo. A maioria dos respondentes assinala uma média de menos de 48 horas para ocupação das camas da sua Unidade após a alta de um doente (58.14%). Doze Unidades assumiram que a ocupação de camas após uma alta decorre em mais de 48 horas (27.91%).

Estas diferenças poderão ter uma origem regional, no que respeita às diferenças de acessibilidade e, conseqüente, celeridade de processo de efetivação das candidaturas pelas ECL.

Segundo o relatório *“Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental – Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referenciação”* (Abril de 2014), as listas de espera dependem da referenciação feita. Se a referenciação for inferior às necessidades da população, as listas de espera podem parecer aceitáveis, não se estando, no entanto, a prestar cuidados a todos os que realmente necessitam. Note-se que regiões com grande utilização (região Centro, por exemplo) têm maior espera. Por outro lado, se todos os centros referenciassem adequadamente, o problema nalgumas regiões ainda seria maior.

A ocupação de camas das diferentes Unidades depende igualmente da taxa e celeridade de referenciação.

Ao nível hospitalar, o encaminhamento dos doentes após a alta é, muitas vezes, feito no dia da alta do doente e, quase sempre, quando já foi ultrapassada a demora média regional ou nacional para o Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) considerado.

Então, as recomendações indicam que para acelerar o processo de admissão de doentes na RNCCI, todos os doentes que carecem de Cuidados Continuados Integrados após alta hospitalar deverão ser sinalizados, pelos serviços hospitalares, à Equipa de Gestão de Altas (EGA), desejavelmente entre as 24 e as 48 horas após o internamento, para que se possa proceder a um planeamento articulado da alta.

O artigo 20.º da *Portaria n.º 174, de 10 de Setembro*, refere-se ao processo de referenciação de doentes internados em hospital do SNS, e de doentes provenientes

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

da Comunidade, para a RNCCI. Esta referenciação está sujeita a validação pela ECL da área de residência do utente e a esta última compete avaliar e validar a proposta e a tipologia adequada às necessidades do utente. No que respeita aos tempos de resposta, o mesmo diploma refere que a referenciação dos doentes pela EGA à ECL do domicílio do doente deve ocorrer 48 a 72 horas antes da data prevista para a alta hospitalar. (**“Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos”**, ERS, Dezembro de 2015)

A proveniência de utentes da Comunidade requer também o envolvimento dos profissionais da área da saúde e/ou social do ACES que, ao identificarem utentes com necessidades de Cuidados Continuados Integrados, devem proceder à sinalização dos mesmos à Equipa referenciadora do ACES.

No que respeita ao processo de admissão de doentes para tipologias de resposta de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da RNCCI, cabe ainda referir a necessidade prévia do cálculo do valor dos encargos de apoio social a pagar pelo utente e do valor da comparticipação da segurança social ao utente, quando aplicável. Atendendo a que a recolha da documentação e estes cálculos são da responsabilidade dos técnicos da Segurança Social das ECL da RNCCI e dada a obrigatoriedade de preenchimento de uma documentação específica, preconiza-se que as equipas referenciadoras da RNCCI procedam ao contacto célere com o utente e/ou familiar no sentido do preenchimento do modelo e entrega da respetiva documentação. Assim, tendo em vista acelerar o processo de admissão de utentes na RNCCI, as EGA e as Equipas Referenciadoras devem articular-se melhor e continuar a colaborar no sentido da efetivação do contato como utente/familiar e preenchimento prévio deste modelo, permitindo agilizar e facilitar o processo de recolha da documentação e cálculo da comparticipação por parte dos técnicos da Segurança Social. Esta celeridade nem sempre é conseguida, muitas vezes, por impedimentos e condicionantes de resposta das próprias famílias.

É ainda considerado importante atualizar a normalização dos procedimentos das ECR. A reafirmação dos princípios nacionais da RNCCI é fundamental para evitar iniquidades no tratamento dos utentes nas várias regiões.

Questão 14

Na sua opinião, quais os principais problemas sentidos na data de alta dos utentes da sua Unidade?

a) Para a Equipa de Saúde

Para a maioria dos Diretores Clínicos que responderam à questão, o principal problema prende-se com a ausência de respostas sociais satisfatórias que permitam agilizar o processo de alta. De facto, apesar da planificação atempada da alta com a equipa e a família, há ainda carência de apoios comunitários para reintegração do doente no seio familiar ou residência habitual; há escassez de ERPI e de apoios domiciliários integrados ou de respostas geriátricas de carácter permanente. Por vezes, esta escassez de recursos sociais é agravada pela incapacidade ou recusa de resposta por parte dos familiares/cuidadores e/ou por dificuldades económicas para garantir a institucionalização.

No que respeita ao plano individual de cuidados do utente, alguns apontaram como principal problema a não resolução total dos problemas do doente no momento da alta. De facto, consideraram que alguns utentes ainda necessitariam de mais tempo para consolidar os ganhos conseguidos e, assim, conseguir atingir os objetivos traçados pela equipa, o que, muitas vezes, não é conseguido. Tal implica uma descontinuidade de cuidados de reabilitação e recuperação, com respostas não adequadas por parte das ECCI, sobretudo ao nível da reabilitação em ambulatório (escassez de Fisioterapeutas e de Enfermeiros de Reabilitação, por exemplo).

CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS ORDEM DOS MÉDICOS

Alguns Diretores Clínicos consideraram mesmo que sentem que o utente está desprotegido em relação ao seu Médico de Família e restantes serviços do SNS.

Foi ainda abordada a dificuldade em convencer os familiares/cuidadores que o serviço prestado nas UCCI é, na maior parte dos casos, transitório.

Alguns Diretores Clínicos apontaram regras que impedem a referenciação para ULDM – pelo que entendemos referente à condicionante de existência ou não de úlceras de pressão. No entanto, esta situação já foi prevista e alterada em portaria recente.

b) Para as Famílias

Segundo a maioria dos Diretores Clínicos que responderam à questão, o principal problema para as famílias resulta de dificuldades socioeconómicas, com consequente falta de condições de habitação adequada e de apoio ao utente.

Em associação aos recursos financeiros, de referir ainda a falta de preparação para lidar com a doença crónica e para tratar dos seus familiares (escassez de conhecimentos técnicos para cuidar, disponibilidade e barreiras arquitetónicas da habitação, constrangimentos laborais e financeiros, entre outros). Por vezes, a inexistência de um relacionamento familiar próximo dificulta a disponibilidade para a ajuda do doente na situação após alta da Unidade.

Outro dos problemas que se destaca é a escassez de apoios de resposta social organizada (apoio domiciliário e residências assistidas).

Alguns Diretores Clínicos consideraram que outro dos problemas para as famílias passa pela dificuldade sentida no acompanhamento clínico em ambulatório/Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente, na falta de resposta em termos de seguimento das patologias e administração de medicação. Outros apontam a sobrecarga física e emocional da prestação de cuidados a um familiar muito dependente e a necessidade de reorganização familiar perante as situações clínicas graves dos utentes como principais dificuldades.

Um outro problema apontado nas respostas ao Questionário prende-se com a diferença de critérios no pagamento.

Questão 15

O que seria para si a RNCCI ideal na sua zona?

Esta questão de carácter mais subjetiva apresentou uma diversidade enorme de opiniões e ideias, as quais passamos a enumerar:

- 1 – A RNCCI ideal implicaria uma operacionalização mais efetiva e generalizada dos Cuidados Continuados no domicílio, com respostas efetivas das ECCI multidisciplinares;
- 2 – Implicaria a extinção da figura da ECL, a melhoria da articulação entre os Hospitais que referenciam, as Unidades da Rede, e uma permanente garantia de proteção da confidencialidade dos dados clínicos dos doentes;
- 3 – A RNCCI seria uma estrutura flexível que atenderia às realidades objetivas dos utentes e suas famílias, com interação entre as várias tipologias das Unidades, e um maior acompanhamento dos utentes após a alta;
- 4 – Passaria pela manutenção das Unidades de Convalescença e/ou UMDR e pela substituição das ULDM por “lares assistidos”;
- 5 – A RNCCI consistiria na existência de Unidades criadas de raiz para o fim a que se destina e independente de outras Unidades de carácter hospitalar, com prioridade aos doentes residentes na área geográfica (possibilidade de referenciação a nível distrital);
- 6 – Passaria por tornar a referenciação para Unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação da responsabilidade exclusivamente hospitalar;

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

7 – Implicaria uma gestão mais racional e equitativa das camas das diferentes unidades;

8 - A solução ideal seria uma Rede capaz de dar resposta aos problemas dos utentes, com a capacidade de articulação entre todos os intervenientes, privilegiando sempre o bem-estar do utente;

9 – Dada a atual RNCCI se poder considerar adequada às necessidades, passaria apenas pelo aumento do número de camas disponíveis;

10 – A RNCCI ideal seria uma rede mais colaborante e dialogante, com menor tempo de espera para ingresso nas unidades, com maior número de vagas para casos sociais e com a possibilidade de realização de Cuidados Paliativos nas tipologias de ULDM (para minimizar a escassez de vagas em UCP);

11 – Implicaria uma maior articulação com a Comunidade, Hospital, Cuidados Ambulatórios, com ERPIs ou com Unidades existentes, com uma resposta de maior proximidade e com melhores respostas sociais para assegurar as altas em segurança;

12 – Implicaria uma maior sensibilização das EGA e Centros de Saúde, para melhor referenciação de utentes e uso de RNCCI;

13 – Passaria pela existência de maior número de camas/respostas a nível de Cuidados Paliativo e de UMDR;

14 – A RNCCI ideal implicaria a revisão do funcionamento por tipologia (nomeadamente no valor financiado por utente) e o premiar das instituições por concretização dos objetivos;

15 – Passaria pela possibilidade de alteração de tipologia sem a utente sair da Unidade;

16 – Implicaria um maior número de UC, com capacidade de resposta pelo menos nas 24 a 48 horas após a referenciação, para diminuir o internamento em Unidades de

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

agudos, assim como a inclusão de enfermeiros de reabilitação, pelo menos um por turno, no turno da manhã e tarde.

17 – Passaria pelo maior número de camas em UCP e critérios menos restritivos e pela existência de equipas com formação paliativa para assistência no domicílio.

Questão 16

Considera que as participações pagas pelos utentes em UMDR são adequadas aos custos impostos aos prestadores? Considera que as participações pagas pelos utentes em ULDM são adequadas aos custos impostos aos prestadores? Se respondeu NÃO, dê-nos a sua opinião:

A questão 16 não foi respondida por mais de 20% dos Diretores Clínicos que participaram neste estudo. Este fator pode estar relacionado com o facto de alguns Diretores Clínicos não pertencerem à direção propriamente dita das Unidades, desconhecendo ou mantendo-se imparciais quanto à temática em questão.

Tabela 17: Opinião dos Diretores Clínicos sobre as participações pagas pelos utentes em UMDR.

Considera que as participações pagas pelos utentes em UMDR são adequadas aos custos impostos aos prestadores?	n	%
SIM	18	41,86
NÃO	5	11,63
NÃO RESPONDE	20	46,51
TOTAL	43	100,00

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Dos vinte e três Diretores Clínicos que responderam ao Questionário, apenas cinco assumiram não concordar com as participações pagas pelos utentes em UMDR e 41.86% consideraram adequadas as referidas participações.

Alguns Diretores Clínicos consideram excessivas, quer as participações por utente em UMDR, quer os custos impostos aos prestadores, sendo importante encontrar soluções mais económicas.

Outros Diretores Clínicos referem que seria necessário fazer um reajuste e atualização das tabelas atualmente praticadas, considerando adequado a existência de uma fórmula de cálculo igual para cada tipologia.

Alguns comentários refletiram que as participações pagas pelos utentes são muito elevadas, devendo ser considerado nos cálculos algumas despesas familiares.

Tabela 18: Opinião dos Diretores Clínicos sobre as participações pagas pelos utentes em ULDM.

Considera que as participações pagas pelos utentes em ULDM são adequadas aos custos impostos aos prestadores?	n	%
SIM	20	46,51
NÃO	13	30,23
NÃO RESPONDE	10	23,26
TOTAL	43	100,00

Dos Diretores Clínicos que responderam ao Questionário (n=33), treze não concordam com as participações pagas pelos utentes em ULDM. Vinte Diretores Clínicos (41.86% do total de respostas) consideraram adequadas as referidas participações.

Analisando as opiniões emitidas sobre as participações pagas pelos utentes em ULDM no questionário, aponta-se que:

- Os utentes das ULDM normalmente apresentam dependência total, e necessitam de cuidados a longo prazo, como suporte nutricional adequado, material de apoio técnico

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

para prevenção, cujos produtos/materiais têm o seu custo acrescido. Por outro lado, existem outros utentes que necessitam de atividades ocupacionais, mesmo fora da instituição, o que comporta custos. Logo, os tratamentos são bastante superiores em gastos do que aquilo que é pago pelo RNCCI/utente. A diária é insuficiente face aos custos dos utentes;

- A qualidade e quantidade de serviços prestados requerem, em alguns casos, maior contribuição por parte de utentes que tenham capacidade económica, sendo necessário um reajuste e atualização das tabelas atualmente praticadas;
- As participações revelam-se inadequadas face às exigências que são feitas às UCC: terapêutica, cuidados respiratórios e higiene;
- Não deveria existir restrição ao acesso de alguns doentes pelas patologias e consequentes custos.

Questão 17

Concorda com a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UC? Concorda com a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UCP? Se respondeu NÃO, dê-nos a sua opinião:

Tabela 19: Opinião dos Diretores Clínicos sobre a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UC.

Concorda com a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UC?	n	%
SIM	20	46,51
NÃO	16	37,21
NÃO RESPONDE	7	16,28
TOTAL	43	100,00

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

A questão 17 não foi respondida por 16,28% dos médicos.

No que respeita às UC, 46.51% dos respondentes concorda com a isenção de pagamento em vigor.

Segundo a opinião de alguns Diretores Clínicos:

- Devia haver uma monitorização mais apertada e a comparticipação deveria ser ajustada aos rendimentos, sendo aplicada a mesma fórmula de cálculo das ULDM e UMDR;

- Esta isenção pode criar dificuldade nas transferências;

- A isenção deveria ser calculada em função dos rendimentos e não da patologia em si.

Os cuidados do utente devem sempre ser suportados pelos Serviços Sociais e pela família (de acordo com os rendimentos e gastos do agregado familiar), segundo os princípios da responsabilidade social. Os utentes e as famílias deveriam pagar menor percentagem como acontece nos lares da Segurança Social.

Tabela 20: Opinião dos Diretores Clínicos sobre a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UCP.

Concorda com a isenção de pagamento em vigor para os utentes em UCP?	n	%
SIM	22	51,16
NÃO	12	27,91
NÃO RESPONDE	9	20,93
TOTAL	43	100,00

Relativamente às UCP, a maioria dos respondentes (51.16%) concorda com a isenção de pagamento em vigor.

No caso das UCP, a opinião dos colegas é muito semelhante ao descrito para as UC, com as seguintes ressalvas:

- Esta isenção cria dificuldades na transferência de utentes para Unidades em que haja custos associados. Ainda que alguns utentes pudessem estar isentos de pagamento,

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

seria justo e razoável que houvesse lugar ao pagamento de uma diária, calculando-se em função da capacidade financeira de cada agregado familiar;

- Toda a prestação de cuidados de saúde tem custos elevados. É totalmente desadequado a discrepância entre isenção de pagamento em algumas Unidades e o pagamento noutras.

Questão 18

Sente que os pagamentos por parte do Estado à sua Unidade são atempados?

Comente:

Tabela 21: Distribuição de respostas obtidas à questão número 18 – “Sente que os pagamentos por parte do Estado à sua Unidade são atempados?”

Sente que os pagamentos por parte do Estado à sua Unidade são atempados?	n	%
SIM	23	53,49
NÃO	12	27,91
NÃO RESPONDEU	8	18,60
TOTAL	43	100,00

Como se pode observar na Tabela 19, esta questão não foi respondida por oito Diretores Clínicos, o que pode estar relacionada com o facto de estes não serem necessariamente responsáveis pela gestão da Unidade. A maioria dos respondentes confirma pagamentos estatais atempados à sua Unidade (53.49%). No entanto, doze Unidades assumiram uma opinião contrária (27.91%).

Alguns Diretores Clínicos referiram que os pagamentos efetuados pela ARS são efetuados atempadamente, mas que por parte da Segurança Social existem muitos

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

atrasos. Esta opinião não é compartilhada por alguns Diretores Clínicos, relativamente à ARS Centro.

No global algumas Unidades consideram que os atrasos são excessivos e frequentes, colocando, muitas vezes, dificuldades de tesouraria à Instituição, nomeadamente quando os custos são demasiado elevados.

A maioria dos descontentes refere um atraso médio de dois a três meses, considerando que 90 dias tornam o esforço de gestão dos recursos da UCC ainda mais difíceis.

Questão 19

Entende que o formulário da RNCCI é suficiente e ajustado às necessidades? Se respondeu NÃO, por favor especifique:

Tabela 22: Opinião dos Diretores Clínicos sobre o formulário da RNCCI

Entende que o formulário da RNCCI é suficiente e ajustado às necessidades?	N	%
SIM	27	62,79
NÃO	14	32,56
NÃO RESPONDEU	2	4,65
TOTAL	43	100,00

Dos Diretores Clínicos que responderam ao questionário, 62.79% consideram o formulário da RNCCI ajustado às necessidades.

Os principais desajustes e insuficiências apontados pelos Diretores Clínicos das UCCI foram:

- Necessidade de algumas correções de acordo com as tipologias;

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

- Necessidade de revisão periódica do formulário;
- Inexistência de algumas terapêuticas para as patologias enviadas para ULDM;
- Insuficiência na classificação das patologias;
- Dificuldade na consulta da informação clínica de dados anteriormente registrados;
- Inexistência de confidencialidade dos dados;
- Medicação muito diferenciada em termos de Dor/Patologia Respiratória/Patologia Mental.

6 - Conclusões e Propostas Futuras

Segundo o relatório *“Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental – Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referenciação”* (Abril de 2014), há que desenvolver estratégias com o objetivo de melhorar a articulação, já existente, entre ACES, RNCCI e Segurança Social e a criação de um circuito ágil que possibilite a mobilidade de utentes que se encontrem em estruturas residenciais para pessoas idosas (sem dispensar a avaliação clínica, através do Médico de Família, por exemplo, e Social que evite referenciações indevidas).

De acordo com a avaliação efetuada pelo **CNCC**, será importante reforçar a componente de ambulatório da RNCCI, com a implementação no terreno de Unidades de Dia e de promoção da autonomia e reforço das ECCI. Estas podem contribuir para a manutenção nos domicílios e contexto familiar habitual de vida pessoas que atualmente são referenciadas para outras tipologias da rede. Trata-se de respostas de proximidade, pelo que a sua implementação deve ter por base um conhecimento do território, as acessibilidades, questões de ordem económica e as preferências de doentes e família. A ênfase a nível internacional está nestas formas alternativas de prestação de cuidados e não tanto em cuidados com recurso à institucionalização dos doentes.

O **CNCC** realça ainda a necessidade de continuar a reflexão e a discussão em torno da revisão das tipologias e critérios de referenciação. Revela-se essencial agilizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI, agilizando as plataformas informáticas.

Como referido anteriormente, atendendo à limitada taxa de respostas obtidas pelo presente Questionário, é opinião do CNCC ser pertinente a realização de futuras avaliações semelhantes à atual, junto dos prestadores de cuidados da RNCCI.

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Só ouvindo todos os envolvidos, os doentes, os prestadores e as famílias, se poderão corrigir a maioria das dificuldades encontradas, e elaborar um conjunto de soluções que permitam a otimização dos cuidados.

A implementação e o reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal, de acordo com a ***Resolução da Assembleia da República nº130/2016***, poderá contribuir para aquele desidrato.

O **CNCC** considera pertinente a realização de avaliações subsequentes das dificuldades dos prestadores de cuidados da RNCCI, de modo a encontrar soluções conjuntas que permitam a otimização de cuidados.

Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de Julho
- Despacho nº 8190/2013, de 24 de Junho
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho
- Decreto-Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos
- *“Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”* – ERS, 5 de Fevereiro de 2013
- *“Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental – Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referenciação”* - Ministério da Saúde, Abril de 2014
- *“Portugal em números – 2014 - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade”* – DGS, 2014
- *“Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos”* - ERS, Dezembro de 2015
- *Resolução da Assembleia da República nº130/2016*, de 18 de Julho de 2016

**CONSELHO NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS
ORDEM DOS MÉDICOS**

Agradecemos a todos os colegas que responderam ao questionário e partilharam as suas opiniões e a todos os elementos da OM e do CNE que tornaram possível este trabalho.