



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

***Implementação e Monitorização da Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)***

Relatório Final

Março

2013



1	INTRODUÇÃO	6
2	REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)	8
2.1	Ponto de Partida	8
2.2	Cuidados Continuados Integrados em Portugal: Criação e desenvolvimento de um modelo.....	10
2.3	Experiências piloto e evolução	17
3	RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA CUIDADOS CONTINUADOS.....	22
3.1	Recomendações gerais.....	22
3.2	Recomendações na área da Qualidade.....	25
4	PRESSÃO SOBRE CUIDADOS INTERMÉDIOS E DE LONGA DURAÇÃO	30
5	CUIDADOS PALIATIVOS	35
6	RESPOSTA DA RNCCI À POPULAÇÃO	39
7	ATIVIDADE 2012	42
7.1	Resumo	42
7.1.1	Unidades e Equipas da RNCCI	42
7.1.2	Referenciação para a RNCCI	44
7.1.3	Atividade Assistencial da RNCCI	45
7.2	Análise adicional	46
7.2.1	Taxa de ocupação	46
7.2.2	Demora Média	48
7.2.3	Evolução da Autonomia Física	48
8	FORMAÇÃO.....	51
9	INDICADORES NACIONAIS E REGIONAIS EM CCI	54



10	EXECUÇÃO FINANCEIRA DA RNCCI	57
10.1	Estrutura Física.....	57
10.2	Fontes de Financiamento	58
10.3	Contratualização	58
10.4	Execução Financeira 2012	58
10.5	Execução Global 2006-2012- Componentes Saúde e Segurança Social	61
11	A RNCCI E CUMPRIMENTO DOS PRESSUPOSTOS DO DEC-LEI 101/2006.....	62
12	ANEXOS.....	70
12.1	Estudos Externos promovidos pela UMCCI.....	70
12.1.1	Avaliação da Satisfação dos utentes	70
12.1.2	Avaliação da Satisfação dos profissionais	70
12.1.3	Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento pelas Equipas de Melhoria da Rede.....	71
12.1.4	Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	72
12.1.5	Auditorias de âmbito clínico	72
12.1.6	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Financiamento Direto às Famílias (FDF).....	73
12.1.7	Sistema de gestão do financiamento Direto à Família (SGFDF).....	74
12.1.8	Recursos humanos	75
12.1.9	Demências.....	76
12.1.10	Perfil de Cuidados Continuados- Região Norte.....	78
12.1.11	Estudo do acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de Saúde	79
12.1.12	Estudo - Diretório de competências, necessidades formativas, bases para o plano de formação.....	80
12.2	Publicações produzidas pela UMCCI.....	82
12.3	Legislação, Diretivas Técnicas e Notas Informativas e outras orientações publicadas	83
12.3.1	Legislação	83
12.3.2	Diretivas Técnicas	89
12.3.3	Notas Informativas.....	91
12.3.4	Ofícios	92

INDICE DE TABELAS

Tabela 1:	Áreas determinantes na implementação da RNCCI	16
Tabela 2:	Lugares de internamento nas Experiências Piloto	20
Tabela 3:	Lugares de internamento final de 2012	20
Tabela 4:	Número de EGA nas Experiências Piloto e em final de 2012	21



Tabela 5: Auto percepção do estado de Saúde	32
Tabela 6: Auto percepção de limitações graves da atividade	32
Tabela 7: População com doença prolongada ou problema de Saúde	32
Tabela 8: Lugares de internamento Paliativos	36
Tabela 9: Utentes assistidos com necessidade de cuidados paliativos por região e tipologia 2012	37
Tabela 10: Número de EIHSCP nas Experiencias Piloto e em final de 2012.....	38
Tabela 11: Número de ECSCP nas Experiencias Piloto e em final de 2012	38
Tabela 12: Percentagem de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões 2012	40
Tabela 13: Percentagem total de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões	41
Tabela 14: Taxa de ocupação	47
Tabela 15: Formação desde o início da RNCCI.....	51
Tabela 16: Indicadores RNCCI	56
Tabela 17: Lugares de internamento nas Experiencias Piloto e em final de 2012	57
Tabela 18: Execução Financeira RNCCI 2012	59
Tabela 19: Execução Financeira RNCCI – ISS, IP - 2012	60
Tabela 20: Evolução das verbas RNCCI - Saúde e Segurança Social	61
Tabela 21: Acordos celebrados com entidades prestadoras.....	63
Tabela 22: Número de lugares de internamento e ECCI e cobertura populacional por região	67

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Taxa de ocupação ECCI	47
Figura 2: Evolução de incapazes/dependentes na admissão na RNCCI global	49
Figura 3: Percentagem de utentes que melhoraram a autonomia física na RNCCI	49
Figura 4: Percentagem de utentes que melhoraram a autonomia física em Convalescença.....	50
Figura 5: Incidência de úlceras de pressão na RNCCI.....	65
Figura 6: Prevalência de quedas na RNCCI	66



SIGLAS

ARS – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE

AVD – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ADI - APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO

CP – CUIDADOS PALIATIVOS

CS – CENTRO DE SAÚDE

CCI – CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

ECCI – EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

ECL – EQUIPAS COORDENADORAS LOCAIS

ECR – EQUIPAS COORDENADORAS REGIONAIS

ECSCP – EQUIPAS COMUNITÁRIAS SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

EGA – EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS

EIHSCP – EQUIPAS INTRAHOSPITALARES SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

LVT – LISBOA E VALE DO TEJO

LTC – LONG TERM CARE

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECNÓMICO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PNCP – PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

PII – PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

RNCCI – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SNS – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UAI - UNIDADE DE APOIO INTEGRADO

UI – UNIDADES DE INTERNAMENTO

UC – UNIDADE DE CONVALESCENÇA

UMDR – UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ULDM – UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

UCP – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

UMCCI – UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



1 INTRODUÇÃO

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, como parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, veio promover a abertura organizacional a novos modelos de cuidados, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa ótica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social

A mudança de paradigma preconizada pela Rede na organização e prestação de cuidados, aliada à sua intersecção com os vários níveis do SNS e com as políticas de apoio social, implicou uma dinâmica de interiorização paulatina dos novos princípios de organização e funcionamento, transversal a todo o sistema. Este novo paradigma tem como princípio e fim a resposta às necessidades existentes de integralidade e continuidade de cuidados, só alcançáveis com a adesão dos profissionais e instituições de saúde e de apoio social.

A Rede define -se como um modelo de respostas diversificadas, com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados. Está presente em todo o território continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e de internamento previstas.

De referir o esforço no investimento para o alargamento das respostas da Rede, através do Programa Modelar, que constitui uma comparticipação financeira do Estado, a fundo perdido, às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) na criação/adaptação de Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados para a RNCCI.

Os cuidados integrados não são um fim em si mesmo. Os seus objetivos são, a promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados e o aumento da autonomia dos utentes, com eliminação das redundâncias. Tal traduz-se numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador.

As alterações aos sistemas de organização e gestão dos serviços de saúde nacionais, mais orientados para a satisfação dos utentes e a avaliação de resultados, requerem, para o bom desempenho das instituições, a combinação de dois fatores indissociáveis: a satisfação dos utentes e o bom desempenho dos profissionais. A satisfação depende essencialmente da perceção individual, decorrente das experiências vivenciadas por cada utente. O desempenho dos profissionais, por sua vez, exige uma aprendizagem contínua e um empenho permanente na qualidade.

INTRODUÇÃO



Neste âmbito, houve sempre a preocupação de monitorização da RNCCI, só possível com o esforço realizado pelas equipas de profissionais (referenciadoras e prestadoras de cuidados) na concretização de registos coerentes, que permitem consolidar e trazer fiabilidade à informação.

Esta resposta apresenta ainda limitações, quer a nível estrutural quer a nível operacional ou funcional. No entanto, considera-se que a mesma é já portadora de um saber acumulado fundamental para o seu desenvolvimento consistente e integrado com o Sistema Nacional de Saúde e de Apoio Social.



2 REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

2.1 Ponto de Partida

Em 2005, o modelo de cuidados continuados baseava-se nas diretrizes contempladas no Despacho Conjunto n.º 407/98, resultado do trabalho levado a cabo conjuntamente pelas Direções Gerais da Saúde e da Ação Social (criado por Despacho Conjunto de 5 de Junho de 1996, publicado em D.R., 2ª série, n.º 148). No referido Despacho estabeleciam-se as orientações para a instituição de um “modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/ ação social”, dirigido “às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sociofamiliares em que se inserem”. O principal objetivo desta intervenção é “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 ação 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 noturno.

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



- Saúde mental na comunidade: Unidade de vida apoiada, Unidade de vida protegida, Unidade de vida autónoma, Fórum sócio ocupacional
- Internamento: Unidade de apoio integrado (UAI)
- Domicílio: apoio domiciliário integrado (ADI).

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), é 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) é reformulada a rede de prestação de serviços de cuidados continuados apenas do 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.

A oferta de serviços de cuidados continuados apresentava uma grande variabilidade ao nível das respostas de internamento, as quais não possuíam requisitos objetivos relativamente aos cuidados a prestar, nem 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, representadas pelas unidades de internamento (UI) dos centros de saúde e pelas unidades de apoio integrado, perfaziam um total de 85 com uma capacidade de 1.197 camas, distribuídas de forma heterogénea nos diferentes distritos.

O reforço dessa oferta foi planeado ao abrigo do Decreto-Lei nº 281/2003 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 camas. Todavia, nem todos os acordos foram celebrados, sendo que a ocupação das camas foi inferior ao esperado.



2.2 Cuidados Continuados Integrados em Portugal: Criação e desenvolvimento de um modelo

A RNCCI veio facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribui para dar uma resposta coerente às pessoas que necessitem não só de cuidados de saúde como também de apoio social. Esta Rede avançou com um sistema de prestações públicas, adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente, onde este pode aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos, pelo prestador mais adequado. As principais motivações que deram origem a este projeto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes, entre outros fatores, do aumento da esperança de vida e o consequente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes.

Foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, a **RNCCI**, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Em 2006, com a introdução do novo Decreto-Lei, formalizou-se uma **estratégia nacional única para Portugal Continental**. Assente no novo modelo de prestação de cuidados **inserido no Sistema Nacional de Saúde**, operacionalizado através da **Rede nacional e intersectorial**, no sentido em que se integraram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social.

No contexto europeu e internacional a prioridade tem sido desenvolver políticas públicas de apoio social e saúde. A persecução de tal aspiração pressupõe um modelo de intervenção integrado 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.

Muitos são os países europeus que, a partir de finais dos anos 80 e início dos anos 90, iniciaram processos de implementação de novas redes de cuidados para dar cobertura às pessoas idosas ou que apresentam dependência. O paradigma base das práticas dos diversos países, assente nos novos formas de cuidados e organização, apresenta pontos de contato muito semelhantes.

A destacar, em quase todos os casos, a necessidade e o objetivo 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 à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais, e os cuidados sociais (preocupação com o contorno familiar), com um **enquadramento intersectorial e multidisciplinar**.



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

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

O seu modelo de gestão de doentes tem definido critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, e critérios de exclusão. Baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da RNCCI. O mecanismo adotado visa assegurar a continuidade dos cuidados mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, sectores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade.

O próprio Decreto de criação da RNCCI refere-se à 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 direção e coordenação da RNCCI** foram definidos três níveis de coordenação também incorporando a ótica 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 ao longo dos anos esteve a cargo da Coordenação Nacional para as Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência integrada no Alto Comissariado para a Saúde até Dezembro de 2006 e posteriormente pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (até 1 de Dezembro de 2012); a coordenação operacional territorial regional e local (com composição interministerial da Saúde e Segurança Social) é realizada pelas equipas coordenadoras regionais – ECR - e pelas equipas coordenadoras locais - ECL, respetivamente.

Relativamente à implementação e desenvolvimento, a **RNCCI** prevê um modelo evolutivo que contempla um ajuste progressivo do seu desenvolvimento 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**.



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

O novo modelo de cuidados **atravessa de forma transversal o SNS e o apoio social e** assenta no funcionamento em rede onde as diferentes tipologias de respostas fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários, criando uma rede na clássica organização parcelada. Assim, através das equipas de gestão de altas e equipas referenciadoras, fica inserida nos hospitais e nos cuidados de saúde primários, respetivamente.

Neste sentido é preciso assinalar o papel estratégico da RNCCI para a modernização do SNS e para o seu desenvolvimento sustentado e sustentável. *A RNCCI é referida no Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do financiamento do SNS (Fev.2007) como uma das transformações necessárias no SNS para garantir a sustentabilidade do sistema e a melhoria da prestação de cuidados, ao promover a coordenação intersectorial, inter e intrainstitucional, a prestação de cuidados centrada no utente, otimizando recursos e adequando a oferta de serviços às necessidades.*

O facto de dispor de um **modelo próprio e definido de financiamento** é um elemento crucial para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI. Neste sentido, a comparticipação e corresponsabilização no desenvolvimento do modelo entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e utentes é um ponto-chave. A segurança social, em legislação própria, define os termos e condições da comparticipação ao utente pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social na unidade de média e longa duração. Nos modelos de contrato para as unidades de internamento é definido um modelo único de pagamento para a contraprestação dos cuidados ministrados pelas entidades da RNCCI. O sistema de pagamento baseia-se na atividade realizada sob os preços estabelecidos por utente e dia de internamento.

Implementou-se uma **prestação de cuidados pluridimensionais** orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias. Neste ponto reside a **relevância do papel dos profissionais e das entidades prestadoras**, os quais constituem verdadeiros braços operativos do desenvolvimento da RNCCI.

A multidisciplinaridade está presente no desenho da RNCCI, na medida em que prevê para todas e cada uma das respostas uma composição de múltiplos perfis de profissionais que, através dum trabalho em equipa, podem atingir uma visão global e multidimensional das diferentes necessidades que apresentam os utentes.

A interdisciplinaridade é expressa pela necessidade de recorrer às competências e conhecimentos de vários profissionais, que garantam o desenvolvimento de processos de cuidados ajustados às



necessidades dos utentes, através da definição conjunta e complementar de um plano individual de intervenção que se consubstancia num plano de cuidados, com metas e objetivos definidos.

A **complementaridade** está presente tanto no âmbito da atuação dos diferentes profissionais, como ao nível da prestação de cuidados distintos em momentos diferentes a um mesmo utente, nomeadamente no caso da mobilidade na Rede, como forma de garantir processos de cuidados completos e continuados no tempo, se necessário.

A colaboração entre os níveis de cuidados de saúde e destes com os serviços de ação social é indispensável e entendido como fator simultaneamente essencial para garantir a flexibilidade e adaptabilidade das respostas às características regionais e locais e que pode ainda ser potenciado pelo envolvimento autárquico.

A complementaridade alonga-se, ainda, aos núcleos familiares e aos cuidadores através da sua participação ativa no processo de cuidados. Os colaboradores voluntários da Rede são devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

O **trabalho em equipa e a transdisciplinaridade** são valores identificados pelos agentes como valores chave da RNCCI, para assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados.

A metodologia de trabalho é baseada no trabalho em equipa e os instrumentos de utilização comuns previstos para a prestação dos cuidados são:

- Registos de admissão
- Diagnóstico das necessidades (de saúde e sociais) da pessoa em situação de dependência;
- Plano individual de intervenção inicial (PII) e Registo de atualização periódica do plano individual de intervenção.
- Informações de alta;

Os procedimentos e instrumentos comuns para a avaliação das necessidades são standardizados com utilização de escalas de avaliação, registos, planos terapêuticos, à exceção dos Cuidados Paliativos.

O desenvolvimento das **competências** adequadas e específicas nas diferentes tipologias de cuidados deve-se efetuar em paralelo com o alargamento da RNCCI.

Os novos paradigmas do modelo e as suas inovadoras metodologias de trabalho implicam um esforço na **formação de profissionais**.



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 objetivos de funcionalidade e autonomia e a sua conseqüente manutenção;
- a participação das pessoas dependentes e respetivos familiares na elaboração do plano individual de intervenção;
- a corresponsabilização 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 efetuadas.

A RNCCI define como **destinatários alvo** os cidadãos que se encontrem numa das seguintes situações:

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



A ampla gama de tipologias de cuidados que são definidos na RNCCI e que se prevê que se possam especializar em sub-tipologias de utentes ou problemas de saúde oferece um leque de respostas variado, adequando-se às diferentes necessidades e perfis de utentes que contribuem para uma cobertura ajustada e adaptável no tempo.

Neste novo paradigma para a prestação de cuidados centrado na avaliação integral das necessidades, elaboração do plano individual de cuidados de base multidisciplinar, centrados no indivíduo, nas suas capacidades, no seu bem-estar, com objetivos de recuperação global, readaptação e promoção de autonomia, são avaliados indicadores de acordo com um mapa estratégico definido.

O desenvolvimento e a implementação da RNCCI foram definidos enquanto um processo de mudança e modernização organizacional com repercussões na composição, organização e funcionalidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e sector social, contemplando as propostas estratégicas, organizacionais e operacionais das políticas de saúde e de desenvolvimento social em consonância com os objetivos de sustentabilidade financeira.

O desenvolvimento internacional deste tipo de cuidados, independentemente da terminologia utilizada, assenta em primeiro lugar em respostas mais adequadas às necessidades, mas também melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados. Por outro lado tem como objetivo, aumentar a capacidade da intervenção dos serviços de Saúde e Apoio Social ao nível, nomeadamente, da reabilitação integral e promoção da autonomia.

Na tabela seguinte encontra-se resumo das áreas determinantes na implementação da RNCCI.

REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)



IMPLEMENTAÇÃO DE CCI	ESTRUTURA INTERMINISTERIAL (MS e MTSS) de direcção e liderança para a implementação e desenvolvimento da RNCCI.
ARTICULAÇÃO COM A SEGURANÇA SOCIAL	CORRESPONSABILIZAÇÃO e COMPLEMENTARIDADE para o óptimo desenvolvimento e sustentabilidade do modelo CCI.
SISTEMA DE CONTROLO DA GESTÃO	IPOP – Implementação Piloto para Orçamentação por Programas; BSC – Balanced Scorecard
IMPLEMENTAÇÃO DE TIPOLOGIAS DE SERVIÇOS ESPECÍFICAS	DESENVOLVIMENTO da RNCCI PROGRESSIVAMENTE a nível local, regional e central.
PLANEAMENTO TERRITORIAL: PLANOS REGIONAIS	PLANEAMENTO intersectorial a PARTIR DE CADA REGIÃO .
FORTEALECIMENTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS	Facilitar a integração dos utentes no seu contexto familiar e FOMENTAR A PRESTAÇÃO DE CCI DOMICILIÁRIOS A PARTIR DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .
OPTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS HOSPITALARES	<ul style="list-style-type: none"> • ADEQUAR E RACIONALIZAR A UTILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS para otimizar os recursos. • Garantir a CONTINUIDADE dos cuidados e o atendimento no nível e RESPOSTA MAIS ADEQUADA da RNCCI.
CONTRATUALIZAÇÃO, MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • MODELOS DE RELAÇÃO CONTRATUAL com a rede de prestadores de acordo com as especificidades de cada uma das novas tipologias de CCI. • MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO DE RESULTADOS dos “contratos” de prestação de serviços de CCI.
SISTEMA DE INFORMAÇÃO	CONHECER, ACOMPANHAR, MONITORIZAR E CONTROLAR o processo de desenvolvimento do modelo e os resultados
MODELO DE QUALIDADE	garantia das CARACTERÍSTICAS E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO das entidades prestadoras de CCI
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM CCI	FORMAÇÃO DE LÍDERES EM ASPECTOS CLÍNICOS E ORGANIZATIVOS Promover a existência de PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO ADEQUADA E CONHECIMENTOS ACTUALIZADOS para prestar CCI de qualidade.
ARTICULAÇÃO COM A SOCIEDADE CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> • INTEGRAR A SOCIEDADE CIVIL no desenvolvimento da RNCCI avançando na corresponsabilização e envolvimento dos diferentes sectores da sociedade no novo modelo. • Estimular a PARTICIPAÇÃO DOS UTENTES E FAMILIARES no processo de cuidados.

Tabela 1: Áreas determinantes na implementação da RNCCI



2.3 Experiências piloto e evolução

A RNCCI iniciou-se com um período de experiências piloto que decorreram entre Outubro 2006 a Abril de 2007.

Para a implementação e desenvolvimento, foi efetuado planeamento de necessidades para a definição do Modelo de Cuidados Continuados Integrados, que permitiram:

- Dispor de um DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO das necessidades não satisfeitas ao nível da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Definir as bases do NOVO MODELO DE CUIDADOS, culminando com a publicação do Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (publicado em D.R. n.º 109, 1.ª série, de 6 de Junho);
- Dispor de um PLANO GERAL DE IMPLEMENTAÇÃO, estabelecendo os rácios de cobertura por tipologia de cuidados e distrito.

Foi efetuado estudo dos Hospitais de NIVEL I, Unidades de internamento e Unidades de apoio integrado (UAI) para análise da possibilidade da sua adequação em tipologias de internamento da RNCCI.

As Unidades de Internamento resultaram de estabelecimento de acordos com entidades promotoras e gestoras das unidades que incluem:

- 1 Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- 2 Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- 3 Entidades privadas com fins lucrativos;

Foram também estabelecidas as **fontes de financiamento** e os mecanismos de distribuição e alocação dos recursos, sob a base de modelos de repartição dos encargos entre o MS e o MTSS e participação do utente nas respostas que contemplam a componente de apoio social.



As bases operacionais e os instrumentos de gestão foram desenvolvidos e formalizados através da regulamentação técnica e legislativa da RNCCI que, entre outros aspetos, concretizaram:

- Plano de implementação e desenvolvimento das Experiências Piloto com o correspondente plano de financiamento partilhado entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social; (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) os quais definem o elenco das experiências piloto).
- Modelos de repartição dos encargos entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e 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) define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa, por utente, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social na unidade de média duração e longa duração da RNCCI).
- A regulamentação de preços para as Experiências Piloto; (Portaria n.º 994/206 de 6 de Setembro (publicada no D.R., 1ª série, n.º 181, de 19 de Setembro) que define os preços dos cuidados de Saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI).
- Critérios de referenciação e admissão de utentes na RNCCI; (Diretiva técnica n.º 1/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro e Diretiva técnica n.º 3/CNSPICSD/2006, de 28 de Novembro).
- Condições mínimas da prestação de serviços que garantam uma prestação de qualidade: equipamento e estrutura mínimas, modelo de declaração de Consentimento Informado, processo individual de cuidados, manual para as equipas de gestão de altas, enquadramento das unidades de convalescença, transporte de utentes no âmbito das experiências piloto da RNCCI).
- Criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) como estrutura de implementação e consolidação das respostas da RNCCI (Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 9 de Novembro; publicada no D.R., 1ª série, n.º 241 de 18 de Dezembro de 2006).
- Definição e criação de equipas de coordenação regional e local para operacionalizar a admissão de utentes na RNCCI, bem como tutelar os mecanismos de articulação previstos a nível territorial assim como potenciar a intersectorialidade e potenciar a coordenação regional e local (Despacho n.º 19040/2006, de 3 de Agosto (publicado no D.R., 2ª série, n.º 181 de 19 de Setembro de 2006).



Durante o período de meados de 2006 a Março de 2007, foi elaborado e divulgado um conjunto de instrumentos jurídicos e técnicos para o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Apoio Social. De entre os mais relevantes, destacam-se:

- Normas que regem a constituição, organização e condições de funcionamento das equipas de coordenação da Rede a nível regional e local (Despacho nº 19040/2006, de 3 de Agosto (publicado no D.R., 2ª série, nº 181 de 19 de Setembro de 2006).
- Minutas de Acordos a celebrar para cada tipo de unidade da Rede.
- Portaria de preços a praticar na Rede (Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro, publicada no D.R. 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro).
- Diretivas Técnicas e Documentos Técnicos para garantir elevados níveis de qualidade dos serviços prestados e respeito pela dignidade da pessoa nas Unidades da Rede.

Desenvolveram-se também diversas atividades de formação de apoio ao início da atividade das unidades e equipas, bem como ações de divulgação e informação sobre a RNCCI.

Foi efetuada seleção de indicadores para a monitorização das experiências piloto e definidos os critérios de qualidade nos âmbitos estruturais e funcionais nas diferentes tipologias de cuidados, bem como adaptação e introdução nas experiências piloto do Método de Avaliação Bio-Psico-Social e análise dos dados e informações obtidos e início do desenvolvimento do GestCare CCI, “*software*” de registo e monitorização de dados.

Neste período iniciou-se acompanhamento direto ao desenvolvimento da RNCCI:

- Visitas a Hospitais e centros de saúde e reuniões com os seus dirigentes;
- Reuniões com os dirigentes das ARS e Centros Distritais do ISS.IP;
- Visitas a unidades prestadoras;
- Sessões e reuniões com as diferentes ARS e Equipas de Coordenação Regional da RNCCI para a articulação de critérios e análise de problemas;
- Reuniões trimestrais com as Equipas de Coordenação Local da RNCCI e Equipas de Gestão de Altas;
- Reuniões periódicas com os prestadores;



Foram realizados “Focus Groups” para obtenção de informações qualitativas relativas ao processo de implementação das experiências piloto.

A celebração de acordos para o arranque das experiências piloto nas diferentes regiões efetuou-se com as diferentes tipologias de internamento e nas diferentes regiões conforma tabela seguinte:

EXPERIENCIAS PILOTO						
Nº DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO EXP PILOTO						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	101	103	50	25	42	321
Média Duração e Reabilitação	78	80	41	20	23	242
Longa Duração e Manutenção	59	148	45	10	50	312
Paliativos	0	10	13	0	0	23
TOTAL	238	341	149	55	115	898

Tabela 2: Lugares de internamento nas Experiências Piloto

Desde Outubro de 2006, data da assinatura dos primeiros acordos integrados nas experiências piloto até Dezembro de 2012 foram implementados um total de 5911 lugares de internamento, conforme tabela seguinte

Nº DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO ATÉ 31/12/2012						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	313	202	157	135	60	867
Média Duração e Reabilitação	552	597	408	159	104	1820
Longa Duração e Manutenção	965	822	634	391	219	3031
Paliativos	53	45	68	17	10	193
TOTAL	1883	1666	1267	702	393	5911

Tabela 3: Lugares de internamento final de 2012

Nos Hospitais a criação das Equipas de Gestão de Altas assumiram um papel determinante no arranque das experiências piloto, atendendo a que são equipas hospitalares multidisciplinares que têm por objetivo planear e apoiar as altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer nas unidades de internamento.



Nas experiências piloto o numero de EGA a nível hospitalar foi de 65, sendo 80 em final de 2012, significando que a maioria das EGA existentes tiveram a sua constituição nas experiencias piloto, aliás um dos fatores indispensáveis ao sucesso da RNCCI. De realçar que a Região Centro, Alentejo e Algarve implementaram EGA em todos os Hospitais nas experiencias piloto, conforme tabela seguinte:

EXPERIENCIAS PILOTO a FINAL DE 2012		
Região de Saúde	EGA	
	Exp Piloto	2012
Norte	20	25
Centro	17	17
LVT	21	31
Alentejo	5	5
Algarve	2	2
TOTAL	65	80

Tabela 4: Número de EGA nas Experiencias Piloto e em final de 2012

As Equipas Domiciliarias dependem dos Cuidados Primários de Saúde. Com a Reforma que entretanto ocorreu nesta área, reorganizaram-se as mesmas criando-se as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que iniciaram uma implementação efetiva a partir de 2009, conforme referido em relatórios anteriores da RNCCI. No entanto no arranque das experiências piloto foi efetuado fortalecimento de 162 equipas de Centros de Saúde, ao nível de recursos humanos e equipamentos. Após a Reforma dos CSP iniciou-se a implementação de Equipas referenciadoras dos ACES, constituindo-se assim um circuito de referência de base comunitária e hospitalar, existindo 405 equipas referenciadoras nos ACES/Centros de Saúde, no final de 2012, 162 no Norte, 69 no Centro, 84 em LVT, 57 no Alentejo e 33 no Algarve.

Neste período piloto constituíram-se 6 EIHS CP, 4 em LVT e 1 no Norte e Centro e 1 ECSCP em LVT. Adiante no capítulo referente a cuidados paliativos compara-se com a realidade atual.



3 RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA CUIDADOS CONTINUADOS

Na área dos *Long Term Care* – cuidados intermédios e de longa duração – existem recomendações internacionais de diversas entidades no decorrer dos últimos 5 anos. Importa referir que a RNCCI se iniciou em 2006, tendo definido reformas organizacionais e estratégia de qualidade, bem como aplicativo informático com a finalidade de registos para monitorização contínua e retorno da informação/resultados aos diferentes atores da RNCCI, verificando-se que as recomendações internacionais posteriores já existiam incorporadas na RNCCI.

3.1 Recomendações gerais

Em 2008, o *European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease (Cruz-Jentoft AJ et al, 2008)* recomenda o desenvolvimento de uma gama completa de serviços de alta qualidade para idosos, que inclui cuidados de saúde de internamento e ambulatório, apoio domiciliário, com sustentabilidade financeira e acessíveis para todos os que deles necessitem. **A implementação da RNCCI foi iniciada em 2006 tendo em vista estas perspetivas, no âmbito dos cuidados continuados integrados.**

Por outro lado, recomenda que deve existir avaliação, para determinar necessidades de cuidados, de forma a possibilitar recuperação que permita viver em ambiente de menor complexidade. Esta avaliação de necessidades deve dar lugar a investigação, tratamento e suporte, usando um modelo bio-psico-socio-espiritual.

Refere também que deve ser implementado um sistema de garantia de qualidade de cuidados em LTC. A estratégia da qualidade (referida mais adiante) da RNCCI responde a esta necessidade.

A caracterização dos utentes da RNCCI é definida por diferentes variáveis, e orienta a colocação dos utentes nas várias tipologias de resposta da Rede: unidades de internamento/equipas domiciliárias e torna-se complementar às avaliações obrigatórias para a admissão na RNCCI: Médica, de Enfermagem e Social. As variáveis consideradas são, nomeadamente,

- Género
- Idade



- Estado social e convivialidade
- Hábitos de vida
- Autonomia física e instrumental (AVD e AIVD) pelas Escalas de Katz e de Lawton
- Estado cognitivo (MMS)
- Índice de Massa Corporal – IMC- (estado nutricional)
- Locomoção e quedas (complementada pela escala de Morse para avaliação do risco de queda)
- Queixas de saúde (ICPC9 – identificação, nomeadamente, das queixas de pele que deverá ser complementada com a escala de Braden, para avaliação do risco de úlceras)
- Queixas emocionais
- Escala de Sintomas de Edmonton (Cuidados Paliativos) e avaliação da dor

Foi desenvolvido pela RNCCI em parceria com a Universidade Nova de Lisboa – o **IAI** (Instrumento de Avaliação Integrado) que se encontra validado pelo INA E Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e que permite a caracterização dos utentes da rede através da definição de um perfil bio-psico-social.

Em 2008, o documento *Health systems and long-term care for older people in Europe (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna 2008)* recomenda que o aumento de necessidade de LTC necessita de abordagens holísticas e inclusivas que integrem o papel de diferentes programas públicos, sectores da sociedade e iniciativas privadas. **O plano de desenvolvimento/ implementação da RNCCI teve esta preocupação.**

A identificação de ferramentas para medição e suporte de progresso baseadas na evidência é outra das recomendações do documento acima referido, bem como a evidência de boas práticas que permitam informação para políticas e práticas, nomeadamente na avaliação e monitorização da qualidade de cuidados, na reabilitação, suporte a cuidadores informais, governação e questões financeiras. **A RNCCI implementou esta prática desde o seu início.**

Embora exista investigação nas diferentes variáveis de serviços de saúde e sociais, os conceitos, indicadores, e modelos para comparação internacional e para a identificação de boas práticas entre os diferentes países, está ainda na infância. Esta situação é particularmente importante no que diz respeito à prevenção e reabilitação em LTC, à qualidade de serviços, entre outras.



A UMCCI respondeu a este desiderato, tendo submetido em 2010, para avaliação científica internacional, 3 artigos à **Sociedade Europeia de Avaliação**, tendo originado 3 apresentações no Congresso internacional dessa Sociedade Científica, respeitantes ao Instrumento de avaliação dos utentes da RNCCI, ao aplicativo informático e aos resultados de melhoria de autonomia na RNCCI.

Em 2008, a Comissão Europeia no documento *Long-term care in the European Union (2008) European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, recomenda a necessidade de coordenação e integração de cuidados entre serviços de Saúde e Sociais para se desenvolverem cuidados adaptados às necessidades individuais e para uso mais eficiente dos recursos. **Este princípio da coresponsabilidade e integração de cuidados de saúde apoio social é uma das principais filosofias e estratégias da RNCCI.**

Em 2009, na reunião *Conference on Healthy and Dignified Ageing*, organizada no âmbito da Presidência Sueca da UE, pelo *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, e no seu documento final *Who Cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*, concluiu-se que os “Fatores chave para o desenvolvimento de LTC na União Europeia (EU) se centram:

- Em aumentar a coordenação/integração Saúde Social – Que a RNCCI tem desde a sua criação
- Na abordagem centrada no utente - Que é um pressuposto na criação da RNCCI

Por outro lado, que os desafios chave são:

- Melhor integração de cuidados de Saúde e Sociais – que em Portugal existe desde a criação da RNCCI
- Direito de Escolha - desde a criação da RNCCI que os utentes têm possibilidade de escolha, depois de identificado a tipologia mais adequada, ou o apoio no domicílio.
- Políticas relacionadas com a força de trabalho em LTC - A RNCCI sempre teve um enfoque na formação, desenvolvida em capítulo próprio. E as Equipas Multidisciplinares são um dos pilares da RNCCI.
- Preocupação com a necessidade de implementação de respostas para doentes portadores de Demências e Alzheimer – A UMCCI em 2010 apresentou programa para implementação



das Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA) que tinham como um dos pressupostos o apoio em ambulatório deste tipo de patologia

- Qualidade dos serviços e monitorização – A Estratégia de Qualidade da RNCCI implementada desde o início da Rede.
- Ganhos – Resultados da RNCCI a diferentes níveis publicados com base semestral
- A melhoria dos cuidados inclui unidades de cuidados intermédios (como no UK) – Mas também em Portugal, dado que a RNCCI desde o início desenvolveu cuidados pós-agudos, intermédios e de longa duração.

Todas as recomendações acima descritas resultantes da reflexão conjunta dos estados Membros e presentes no relatório citado foram ao encontro dos grandes princípios organizacionais e de qualidade já implementados a partir de 2006/2007 na RNCCI.

3.2 Recomendações na área da Qualidade

Garantir e melhorar a qualidade dos cuidados de longa duração foi considerada a 2ª prioridade (após a garantia da sustentabilidade) nos países da OCDE em 2010.

A UMCCI estabeleceu como prioridades a Coordenação e Integração de cuidados, centrados no utente e com melhoria contínua da qualidade, desde o seu início.

A área da QUALIDADE é assegurada pelo cumprimento de objetivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos.

A melhoria contínua da qualidade depende da monitorização de **Processos-chave**:

- Acesso à Rede - incluindo o circuito de referenciação de utentes;
- Prestação de CCI nas unidades e equipas - impacto dos cuidados e serviços
- Consolidação da Rede - planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos.



Definiram-se objetivos:

- Garantir a fluidez do fluxo de referenciação;
- Garantir o cumprimento dos critérios de referenciação;
- Garantir o registo das etapas do circuito de referenciação;
- Adequar os cuidados traduzidos em resultados
- Garantir o cumprimento dos clausulados contratuais.

Desenvolveram-se Ações:

- Definição de “*standards*” mínimos;
- Formação;
- Acompanhamento;
- Auditorias organizacionais;
- Auditorias dos processos individuais e de âmbito clínico;
- Auditoria para verificação das medidas corretivas, monitorização contínua, através de indicadores pré definidos
- Avaliação da satisfação de utentes e profissionais.

Para apoiar o acompanhamento/monitorização da implementação da RNCCI foi desenvolvido um Sistema de Monitorização/Informação da atividade - o GestCareCCI[®] - plataforma informática em ambiente Web (ligação segura https), que permite a gestão e monitorização, em tempo real, dos processos e dos seus resultados. A monitorização contínua a diferentes níveis tem o objetivo de aferir o cumprimento da Visão, Missão e Valores, de todos os intervenientes.

A monitorização da RNCCI inclui:

- “*inputs*” – relacionados com os profissionais (recursos humanos, rácios, qualificações) incluídos na Grelha de Acompanhamento das Equipas de Coordenação Local, com os edifícios (dimensões, distribuição de espaços, acessibilidade) auditados previamente à contratualização, com definição de requisitos mínimos.
- “*outputs*” - (resultados obtidos a diferentes níveis), através de instrumentos e diretivas relacionadas com avaliação de necessidades e planeamento de cuidados, auditorias, monitorização da evolução de indicadores pré definidos, divulgação de resultados e sistema de informação integrado.



Os resultados da qualidade abrangem as dimensões de eficácia, segurança, centralidade no utente e de coordenação de cuidados, de acordo com recomendações internacionais.

Como estratégias de divulgação de resultados no âmbito da RNCCI, para além dos relatórios anuais e semestrais da UMCCI, a criação do *site* da RNCCI deu à população e profissionais a possibilidade de acesso à informação sobre os recursos existentes, a diretivas e recomendações, a publicações nacionais e internacionais efetuadas pela Coordenação Nacional e a resultados de estudos externos desenvolvidos, entre outra informação pertinente no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados (CCI).

A informação de monitorização da RNCCI inclui entre outras, a evolução de respostas de internamento, de cuidados continuados integrados no domicílio e a cobertura populacional conseguida. Neste âmbito é importante avaliar à luz da informação existente a nível internacional qual a resposta dada atualmente e as necessidades de desenvolvimento futuro, centradas na recuperação e manutenção das capacidades dos seus utentes.

Em 2012 a OCDE no documento *OECD Long-Term Care Quality Project*, nas áreas de política de qualidade e indicadores de qualidade em LTC, que será publicado quando tiver coligido as informações dos diversos Países, evidencia-se que a RNCCI engloba a generalidade das questões, tendo indicadores adicionais em relação ao solicitado. Neste âmbito, foi proposto que alguns desses indicadores fossem incluídos a nível internacional, nomeadamente:

- Altas com obtenção dos objetivos terapêuticos
- Resultados da evolução de autonomia física das diferentes tipologias de cuidados.

O documento da OCDE refere uma área de **Resultados** e outra sobre **Estrutura**. Em relação aos **resultados** refere-se:

- **Cuidados Eficazes**
 - Prevalência úlceras pressão
 - Prevalência perda de peso não planeado
 - Incidência de depressão
- **Cuidados Seguros**
 - Incidência de quedas e fraturas relacionadas
 - Incidência de uso de restrições físicas



- Incidência de polimedicação e erros de medicação
- **Centrados no Doente**
 - % utentes satisfeitos com os cuidados prestados
 - % utentes com planos definidos e revistos periodicamente
 - % reclamações que foram adequadamente respondidas
 - Tempo médio de cuidados diretos por utente
- **Coordenação e Integração de Cuidados**
 - Disponibilidade de avaliação de necessidades e plano de cuidados
 - Disponibilidade de equipa multidisciplinar

A RNCCI recolhe indicadores tendo dados de unidades de internamento nas suas diferentes tipologias e de apoio domiciliário.

Em relação a **estrutura**:

- **Gestão e Recursos Humanos**
 - Rácios
 - Qualificações
 - Tempo médio de emprego por perfil profissional e “*turnover*”
- **Ambiente da Prestação**
 - Dimensão dos quartos
 - Qualidade e segurança do edificio
 - % prestadores acreditados por ano
 - % prestadores ou instalações que recebem um “*score*” total na inspeção
- **Tecnologias de Informação (IT)**
 - Disponibilidade de registos eletrónicos, mecanismos de identificação e equipa para monitorizar a coordenação entre prestadores e locais



Por outro lado a OCDE define e estabelece as prioridades em termos de política de qualidade, o seu enquadramento, material de suporte, disponibilidade de dados, recolha de dados, instrumentos de avaliação de necessidades e indicadores. Todas estas questões foram equacionadas no documento de suporte, **A política e estratégia da qualidade**, publicado em Março de 2009 e o **Manual do Prestador** publicado em Agosto de 2011.

O empenhamento na política de qualidade deve ser transversal à Rede, assim como o cumprimento das diretrizes emanadas pela UMCCI e todos os atores devem contribuir para a sua excelência, conforme o documento: *A Política e Estratégia da Qualidade, para a RNCCI*, Março de 2009.

A Rede assume-se como um serviço em que os atores que nela participam aos diferentes níveis, incluindo o utente/cidadão, são muito importantes na melhoria dos cuidados prestados. A qualidade dos serviços depende além da competência técnica, dos cuidados de saúde prestados aos utentes: «*sejam compreensivos, respeitadores e dignos de confiança, organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e sejam sensíveis à situação particular das suas vidas.*» (*Human Resources for Health*, 2004).

As regiões, através das ECR em articulação com as ECL, têm como competências o acompanhamento contínuo dos prestadores para que sejam melhorados os aspetos relacionados com a estrutura, processo e os resultados evidenciados, no sentido de consolidar boas práticas e da obtenção de ganhos de autonomia, **bem como garantir a continuidade de cuidados se prolongue para além da rede com passagem de informação para outros serviços de saúde e sociais, e o apoio à alta.**



4 PRESSÃO SOBRE CUIDADOS INTERMÉDIOS E DE LONGA DURAÇÃO

Atendendo ao impacto do envelhecimento da população, à mudança do perfil de patologias, às situações de dependência e de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar e à mudança do perfil das famílias, surgiram novos desafios relativos a novas necessidades e na forma de cuidados.

O isolamento dos idosos e a ocorrência de fatores como o crescimento das formas de organização familiar atípicas, cria novas formas de dependência que obrigam a encontrar novos tipos de organização dos cuidados de saúde e sociais, criando respostas intersectoriais, evoluindo para um modelo bio-psico-social, com abordagem holística do indivíduo, integrando tratar e cuidar.

A alteração da estrutura populacional é um fator de pressão a nível dos sistemas de Segurança Social bem como da Saúde com a dependência/estado de saúde/diminuição da funcionalidade a condicionar os gastos em cuidados intermédios e de longa duração (LTC), constituindo assim um fator de pressão. A procura é condicionada pela demografia e sobretudo pelo estado de saúde e níveis de dependência (conclusão também formulada pelo projeto - *Assessing Needs for Care in European Nations (ANCIEN): 2009 - 2012*).

Um indicador chave na avaliação das necessidades futuras em LTC é a prevalência de doenças graves e incapacidades funcionais na população (*Ilija Batljan and Marten Lagergren. Future demand for formal long-term care in Sweden. Eur J Ageing 2(3):216-224 (2005)*).

A pressão sobre os sistemas de LTC relaciona-se com o envelhecimento, mudanças sociais como a diminuição do tamanho das famílias e com a participação das mulheres no mercado de trabalho podem contribuir para a diminuição dos cuidadores familiares levando a aumento de cuidados formais. As mudanças tecnológicas aumentam a possibilidade de cuidados domiciliários, sendo necessário novos modelos na organização de cuidados (*Sizing Up the Challenge Ahead: Future Demographic Trends and Long-term Care Costs. OCDE 2011*).

A população na EU-27 está envelhecida, devido a aumento de esperança de vida e níveis baixos de fertilidade. As projeções do Eurostat mostram que o processo vai continuar nas próximas décadas.

Em termos de estrutura populacional, estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa em 2050 e que entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará (de 16,9% da população para 31,9%). (*Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001*).

Dados mais recentes, do censo de 2011, mostram que na última década a população Portuguesa com idade superior a 65 anos aumentou cerca de 20% e que em 2011, 18,5% da população tem mais de 65



anos de idade. Por outro lado 12% da população global e 60% da população com idade superior a 65 anos de idade vive só, fenómeno que aumentou 28% na última década.

As projeções do Eurostat de Março de 2012, para a população Portuguesa, mostram que o cenário se agravou em relação à projeção atrás referida, estimando que em 2050 a população com idade superior a 65 anos representará cerca de 36% da população. Em Espanha será de 38% e em Itália de 37,6%. Portugal será o 3º País da EU com maior percentagem de população idosa.

Em relação à dependência, através do 4º *Inquérito Nacional de Saúde 2005/ 2006*, verifica-se que, “a população residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada, ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração de grau 1 e/ou grau 2”, tem uma expressão significativa, representando um acréscimo de cerca de 35%, em relação ao último inquérito realizado em 1999.

Os resultados deste inquérito mostram que 18,05% tem incapacidade física de longa duração – “sozinho mas com dificuldade”, a que se somam 2,81% com incapacidade física de longa duração - “só com ajuda”, num total de 21,94%.

A nível europeu, os idosos têm limitações nas suas atividades devido a problemas físicos ou de saúde mental. Dos respondentes, com 85 e mais anos só 25% não tinham limitações nas suas atividades, pelo menos nos últimos 6 meses. (*Health and long-term care in the European Union 2007*).

Para além dos dados do 4º inquérito nacional de saúde, os dados do Eurostat de 2010 e 2011 permitem uma visão mais real da pressão existente sobre este tipo de cuidados em Portugal.

Constitui cenário de pressão uma percentagem elevada de Auto percepção negativa do estado de saúde, uma percentagem elevada de limitações e de doenças crónicas. A informação na base de dados do Eurostat, referentes a 2010 e 2011, mostra que estas percentagens são maiores em Portugal que nos outros 2 Países e a média Europeia, constituindo um cenário de pressão para Portugal.

Assim:

1. Os 3 Países com maior percentagem de população idosa diferem na percentagem da população acima dos 65 anos com percepção do seu estado saúde como “Muito Mau”, com Portugal a ter os valores mais elevados.



Autoperceção do Estado de Saúde - Muito Mau						
	2010			2011		
	65-74 anos	75-84 anos	>85 anos	65-74 anos	75-84 anos	>85 anos
EU 27	3,3%	6,2%	10,7%	Não Disp	Não Disp	Não Disp
Espanha	4,2%	7,3%	13,6%	3,3%	7,4%	11,7%
Itália	3,3%	6,9%	12,5%	Não Disp	Não Disp	Não Disp
Portugal	9,2%	14,6%	15,2%	10,3%	18,1%	21,4%

Tabela 5: Auto perceção do estado de Saúde

2. O mesmo acontece com a Auto perceção de limitações graves da atividade, pelo menos nos últimos 6 meses

Autoperceção de limitações graves da actividade - pelo menos nos últimos 6 meses						
	2010			2011		
	65-74 anos	75-84 anos	>85 anos	65-74 anos	75-84 anos	>85 anos
EU 27	13,5%	24,2%	37,6%	Não Disp	Não Disp	Não Disp
Espanha	9,8%	17,8%	30,3%	7,8%	16,7%	31,0%
Itália	9,3%	21,7%	34,3%	Não Disp	Não Disp	Não Disp
Portugal	15,2%	29,4%	42,9%	17,8%	30,1%	38,8%

Tabela 6: Auto perceção de limitações graves da atividade

3. A situação em relação a doença prolongada ou problema de saúde coloca Portugal como o País com maior pressão

População com doença prolongada ou problema de Saúde						
	2010			2011		
	65-74 anos	75-84 anos	>85 anos	65-74 anos	75-84 anos	>85 anos
EU 27	53,9%	65,3%	70,6%	Não Disp	Não Disp	Não Disp
Espanha	54,2%	65,3%	69,8%	43,5%	56,6%	62,6%
Itália	36,9%	53,6%	63,8%	Não Disp	Não Disp	Não Disp
Portugal	62,3%	70,9%	73,9%	62,3%	71,9%	69,5%

Tabela 7: População com doença prolongada ou problema de Saúde

As condicionantes citadas e atrás referidas, sugerem em Portugal um cenário de pressão sobre os cuidados intermédios e de longa duração.



A crescente necessidade de LTC tem implicações significativas a nível financeiro e todos os países da OECD necessitam de serviços que forneçam cuidados formais nesta área bem como é desejável que se caminhe para a universalidade dos mesmos, independentemente do modelo de financiamento (*Providing and paying for long-term care. LONG-TERM CARE Report. OCDE 2010*).

Os LTC representam uma parcela pequena dos gastos relacionados com a idade. Na EU o gasto médio em **Saúde é cerca de 6,7% do PIB** e nos **LTC de 1,2%**. (*European Commission, Directorate General for Economic and Financial Affairs - FUTURE LONG-TERM CARE NEEDS AND PUBLIC EXPENDITURE IN THE EU MEMBER STATES. 2009*).

Estima-se que a população com idade superior a 65 anos comparada com a de idade entre os 15 e 64 anos seja uma média de 50,4% na década de 2050 na UE. Estima-se crescimento das necessidades de cuidados formais, dado que o crescimento do número de pessoas em cuidados informais cresça 84% entre 2007 e 2060, enquanto no mesmo período exista um crescimento de 151% de pessoas a receberem cuidados formais e de 185% a receberem cuidados numa Instituição (*Working away at the cost of ageing: the labour market adjusted dependency ratio. April 2011. European Policy Council*).

O relatório final do grupo técnico para a Reforma Hospitalar 2011, refere textualmente: a inexistência, durante décadas, de camas de cuidados continuados foi causa de permanência inapropriada de doentes nos Hospitais de agudos. Não era, nem é, a única causa, mas uma causa principal. A criação e o desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados, desde 2006 é uma solução para o problema da utilização inapropriada do internamento hospitalar, através da satisfação de necessidades de saúde e de natureza social, com relevo para as que decorrem do envelhecimento populacional.

Na área social, a carência de camas em lares cria bloqueios à alta de doentes provenientes da base da Rede, ou seja das Unidades de Longa Duração e a partir daí até aos Hospitais. Qualquer estrangulamento na rede social e na RNCCI reflete-se a montante, ou seja a nível hospitalar, bloqueando a alta de doentes que das mesmas necessitem. Com a Rede apenas a 38,4% não haverá solução satisfatória. No entanto, o seu crescimento subsequente parece dever ser rigorosamente acompanhado de uma diminuição das camas e correspondentes recursos a nível hospitalar.

Ora esta abordagem está em linha com a necessidade de reforço deste tipo de cuidados, entre outras, para contribuição da sustentabilidade do sistema como um todo.



O Departamento da Saúde do NHS do Reino Unido no documento *Long Term Conditions Compendium of Information Third Edition 2012* refere que as pessoas com problemas de longa duração são utilizadores intensivos de serviços de Saúde e Sociais e, na área da Saúde, dos serviços de urgência e cuidados de agudos. Representam 50% de todas as consultas nos cuidados primários, 64% de consultas de ambulatório, 70% de dias de internamento. Referem que 70% dos custos totais são atribuídos a pessoas com problemas de longa duração. O aumento da prevalência de condições de longa duração é o maior desafio que o NHS enfrenta atualmente e no futuro. É necessário uma abordagem holística de Saúde e bem-estar na área dos LTC. Os serviços locais devem ser flexíveis para que cada pessoa possa receber os cuidados que necessita. A abordagem deve ser coordenada para reduzir duplicações, maximizar recursos e melhorar resultados da intervenção. A criação de equipas integradas saúde-social a nível local é um meio para atingir estes objetivos. Estas equipas podem solicitar suporte de serviços de especialidade quando necessário, mas tratarão a pessoa de forma holística independentemente da situação subjacente.

Esta abordagem e estratégia têm sido desenvolvidas pela RNCCI desde o seu início.

No relatório da OMS - *How can health systems respond to population ageing? - WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. 2009*, refere-se que deve assegurar-se:

- Uma resposta adequada dos Sistemas de Saúde, com melhor coordenação dos serviços de Saúde e Sociais, bem como nos diferentes níveis dos cuidados de Saúde;
- A implementação de medidas para permitir mais cuidados fora do Hospital, uma vez que muitos idosos se encontram em Hospitais inadequadamente;
- A promoção de sistemas adequados de LTC, dado que o aumento da população idosa com incapacidades irá necessitar mais de LTC do que cuidados agudos de Saúde, assentes em respostas institucionais e de cuidados no domicílio e combinando cuidados formais e informais.

Na implementação/atividade da RNCCI são consideradas estas recomendações.

Os cuidadores informais assumem um papel determinante e as famílias têm constituído o pilar dos cuidados informais, mas necessitam de apoio por parte do Estado, para prevenir sobrecarga, compatibilização entre a função de cuidador e a sua atividade profissional, e implementação de incentivos que permitam a manutenção de utentes no domicílio, apoiados também por redes sociais flexíveis e eficazes.



5 CUIDADOS PALIATIVOS

No âmbito dos **Cuidados Paliativos (CP)**, foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), a 29 de Março de 2010, que se baseia nas recomendações da OMS para esta área.

O PNCP tem em conta ainda as orientações e enquadramentos definidos recentemente no contexto europeu, especialmente os que se incluem nos documentos do Departamento de Política do Parlamento Europeu *Palliative Care In The European Union, 2008* e no *White paper: Standards and norms for hospice and palliative care in Europe* de 2009 da European Association for Palliative Care (EAPC). Refere-se que os Cuidados Paliativos não são separados do sistema de saúde, sendo dele um elemento integrante, com enfoque nos cuidados domiciliários.

A elaboração do PNCP foi acompanhado pela OMS, e foi emanado documento reconhecendo a conformidade do Programa:

“O Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde de Políticas Públicas de Cuidados Paliativos (CCOMS), tendo participado com a Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados na elaboração do documento supra referido, através do Dr. Xavier Gomez-Batiste, vem por este meio expressar a sua concordância e ratificar o conteúdo da Proposta de revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos.”

Foram definidos *standards* para as diferentes respostas, e em relação a lugares de internamento o PNCP estabelece que: *para o final do processo de implementação cobertura de 80 % dos padrões internacionais (entre 64-80 camas por milhão de habitantes) no total das tipologias de recursos de internamento (localizados em hospitais de agudos e na RNCCI).*

Assim no que respeita a lugares de internamento devem existir entre 643 e 804 camas, repartidas em: 30% dos lugares em Hospitais de agudos fora da RNCCI – 193 a 241 camas; 50% em Unidades específicas de Cuidados Paliativos da RNCCI – 322 a 402 camas e 20% em Unidades da RNCCI não específicas de Cuidados Paliativos – 129 a 161 camas (ações paliativas).

Neste âmbito, em relação às 322 camas como mínimo previsto para o final de implementação da RNCCI, as camas de UCP na Rede representam 60% desta meta, sendo assim a tipologia que maior % de cobertura tem em relação ao previsto, dado que as camas de UC representam 31% das metas, as de UMDR 57% das metas e as de ULDM 38% das metas.

Significa que em relação à **resposta dada pela RNCCI aos utentes com necessidades de Cuidados e Ações Paliativas**, ela é **superior** à dada pela Rede na sua globalidade.



O **Alentejo** **ultrapassou** já as metas mínimas de camas de UCP previstas para o final da implementação da RNCCI e o **Centro** tem já implementado 81% das metas mínimas.

Rácios: 64 a 80 camas / milhão de habitantes							
Região	População	Camas UCP RNCCI		Existentes	Em Falta		% cobertura
		50%			64	80	
		64	80				
Norte	3.689.609	118	148	53	65	95	45%
Centro	1.737.059	56	69	45	11	24	81%
LVT	3.659.669	117	146	68	49	78	58%
Alentejo	509.741	16	20	17	-1	3	104%
Algarve	451.005	14	18	10	4	8	69%
Total	10.047.083	322	402	193	129	209	60%

Tabela 8: Lugares de internamento Paliativos

Em 2012 encerraram 22 camas de UCP em LVT (2 Unidades), e abriu 1 UCP no Norte com 10 camas e 1 UCP em LVT com 15 camas, tendo LVT diminuído 7 camas em relação a 2011 e um acréscimo nacional de 3 camas em relação a 2011.

Os utentes podem ser admitidos diretamente nas Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Estas transferem diretamente os seus utentes para outras tipologias da RNCCI de acordo com as necessidades dos utentes. Por outro lado estas equipas dão assessoria às outras respostas da Rede, seja no domicílio seja nos internamentos da Rede, situação bem desenvolvida no Alentejo e Algarve. Por outro lado a prestação de ações paliativas noutras tipologias da RNCCI, previstas no PNCP, permite uma resposta diversificada para responder a estas necessidades.

Em 2012, com estes circuitos preferenciais, 31% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHSCP. 45% dos utentes foram assistidos em UCP e 24% noutras tipologias da RNCCI, significando que 55% dos utentes tiveram resposta fora das UCP. O conjunto das admissões diretas efetuadas pelas EIHSCP com os assistidos em ECCI significa que 40,6% dos utentes com necessidades em cuidados paliativos foram assistidos em equipas com prestação deste tipo de cuidados.



Utentes com necessidade de Cuidados Paliativos									
	Unidades Não UCP	%	UCP	%	Admissões diretas	%	ECC	%	TOTAL
ALENTEJO	75	18%	207	49%	100	24%	41	10%	423
ALGARVE	59	12%	189	39%	219	45%	19	4%	486
CENTRO	88	17%	381	75%	0	0%	42	8%	511
LVT	243	18%	419	32%	563	43%	94	7%	1.319
NORTE	104	8%	625	49%	372	29%	184	14%	1.285
TOTAL	569	14%	1821	45%	1254	31%	380	9%	4.024

Tabela 9: Utentes assistidos com necessidade de cuidados paliativos por região e tipologia 2012

As regiões apresentam perfis diferentes nesta repartição, com a região Centro a assistir 75% dos seus utentes em UCP e com o Algarve a assistir 45% dos seus utentes em Equipas e LVT a assistir 43%.

As Equipas de suporte em cuidados paliativos distribuem-se pelas Intra-hospitalares (EIHSCP) e Comunitárias de Suporte em cuidados paliativos (ECSCP). Distribuem-se pelas regiões da seguinte forma:

- O Norte tem 4 EIHSCP, das quais 2 efetuam também cuidados domiciliários – ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP. Assim existem 3 ECSCP
- O Centro tem uma EIHSCP que atua também como ECSCP
- LVT tem 11 EIHSCP e 1 ECSCP
- o Alentejo tem 7 EIHSCP das quais 2 atuam também como ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP, existindo assim 3 ECSCP
- o Algarve tem 2 EIHSCP, que atuam também como ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP, existindo assim 3 ECSCP.

A nível nacional existem 25 EIHSCP e 11 ECSCP. O PNCP define que em áreas com população inferior a 300.000 habitantes existam equipas mistas EIHSCP/ECSCP.

Relativamente ao período das experiências piloto em relação a EIHSCP e ECSCP os dados encontram-se nas tabelas seguintes:



FINAL DAS EXPERIENCIAS PILOTO a FINAL DE 2012		
Região de Saúde	EIHSCP	
	Exp Piloto	2012
Norte	1	4
Centro	1	1
LVT	4	11
Alentejo	0	7
Algarve	0	2
TOTAL	6	25

Tabela 10: Número de EIHSCP nas Experiencias Piloto e em final de 2012

FINAL DAS EXPERIENCIAS PILOTO a FINAL DE 2012		
Região de Saúde	ECSCP	
	Exp Piloto	2012
Norte		3
Centro		1
LVT	1	1
Alentejo		3
Algarve		3
TOTAL	1	11

Tabela 11: Número de ECSCP nas Experiencias Piloto e em final de 2012

Em relação a ECSCP a região LVT não implementou mais nenhuma ECSCP desde as experiências piloto.

O PNCP define também que as ECSCP são de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, sendo nos outros casos operacionalizada através da inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas ECCI e que deve ser prevista a especialização de algumas ECCI.

A informação das ARS identifica as ECCI que prestam Ações/Cuidados Paliativos, separando algumas regiões as que prestam Ações Paliativas e Cuidados Paliativos.

- O **Centro** refere 20 ECCI que prestam Ações Paliativas, **6** das quais prestam Cuidados Paliativos, que juntamente com a EIHSCP/ECSCP perfaz **7 equipas**.
- **LVT** refere que as ECCI prestam Ações Paliativas.
- No **Alentejo 20** ECCI prestam Cuidados Paliativos, que juntamente com as **3** ECSCP perfaz **23 equipas**. As ECSCP prestam suporte a todas as ECCI
- No **Algarve** as ECSCP prestam suporte a todas as ECCI.
- O **Norte** não forneceu informação.



6 RESPOSTA DA RNCCI À POPULAÇÃO

Na RNCCI estão incluídos os utentes que necessitam de cuidados pós agudos e de longa duração, incluídos os de paliativos, referenciados através dos Hospitais e Cuidados Primários de Saúde.

Na referenciação para a RNCCI as ECL desempenham um papel determinante atendendo às funções que lhes estão atribuídas. Essas funções estendem-se para além do circuito de referenciação.

As ECL têm como funções:

- O acompanhamento próximo das unidades prestadoras, conforme referido no ponto 3.2 sobre Qualidade
- Garantir a aplicação dos critérios de referenciação para a rede,
- Garantir que toda a informação/documentação (nomeadamente o cálculo da comparticipação, se aplicável) dos utentes esteja completa, Garantem os fluxos de mobilidade na rede (transferências)
- Participação ativa na preparação da alta dos doentes das unidades

O facto de as ECL terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI, tanto na vertente Saúde como na de Segurança Social, com acréscimo nesta última do tempo necessário aos procedimentos para o cálculo de comparticipação dos utentes, nas tipologias de UMDR e ULDM, pode comprometer que a entrada na tipologia adequada, seja o mais célere possível, para além de poderem comprometer as suas restantes funções em tempo útil.

As ECL existem em todos os ACES e em alguns casos em extensões destes. O Norte tem 28 ECL, o Centro 17, LVT 23, o Alentejo também 23 e o Algarve 3, num total de 94 em todo o País.

A população abrangida pelas ECL pode ser diferente conforme as regiões, o que se pode refletir em diferentes volumes de tarefas, num enquadramento já referido da existência de outras funções para além da RNCCI.

O mesmo número de ECL em LVT e Alentejo dá uma dimensão dessa assimetria, com o Alentejo a ter cerca de 5.600 habitantes com idade ≥ 65 anos por ECL e LVT cerca de 30.500. A população abrangida com idade ≥ 65 anos pelas ECL do Algarve é sobreponível a LVT – cerca de 29.500. No Norte e Centro as ECL cobrem cerca de 23.000 habitantes com idade ≥ 65 anos.

A resposta dada à população varia com a cobertura populacional de respostas da RNCCI nas diferentes regiões.



Embora as necessidades existam em todos os grupos etários, a grande maioria são idosos. Estima-se que o número de pessoas com necessidade deste tipo de cuidados na Europa dos 27 cresça 115%.

No período das experiências piloto os utentes assistidos correspondem a 4% dos utentes que a Rede assistiu em 2012 e conseqüentemente a percentagem de população assistida é bastante pequena. O número de utentes assistidos em 2012 nas diferentes regiões mostra que o Centro e LVT assistiram um número sobreponível de Utentes e o Norte assistiu um número de utentes que é aproximadamente o somatório dos assistidos em LVT e Centro. O Alentejo e o Algarve assistiram um número sobreponível de utentes.

No entanto a população residente é diferente nas diferentes regiões. Para se ter uma imagem real da resposta que cada região dá, deve ser comparada com a sua população. Por outro lado 81,3% da população da RNCCI tem idade superior a 65 anos. Assim a análise com a população com idade superior a 65 anos permite ter esta imagem de resposta.

Na tabela seguinte encontra-se a percentagem que cada região assistiu em relação a esta população:

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Assistidos 2012	%
Norte	634.756	15.379	2,4%
Centro	395.294	7.885	2,0%
LVT	702.070	7.633	1,1%
Alentejo	129.033	4.286	3,3%
Algarve	88.404	4.480	5,1%
TOTAL	1.949.557	39.663	2,0%

Tabela 12: Percentagem de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões 2012

O **Algarve** é a região que **maior % de utentes assistiu – 5,1%** - em relação à população com idade superior a 65 anos, cerca de 2,5 vezes mais em relação à média nacional. O **Alentejo foi a 2ª região**, com 3,3% da população assistida.

LVT é a região que menos resposta dá, cerca de 1%, de acordo com a mais baixa cobertura populacional das respostas da RNCCI que esta região apresenta.

O número total de utentes referenciados desde o início da RNCCI é de 135.047 utentes. O número de assistidos desde o início de RNCCI é de 129.780 utentes, significando que a Rede assistiu até final de 2012 é de 96,1% dos utentes referenciados.

RESPOSTA DA RNCCI À POPULAÇÃO



Atendendo às características da população e cobertura regional, na tabela seguinte apresentam-se os valores acumulados desde o início da RNCCI:

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Assistidos Totais	%
Norte	634.756	46.717	7,4%
Centro	395.294	32.488	8,2%
LVT	702.070	22.026	3,1%
Alentejo	129.033	13.012	10,1%
Algarve	88.404	15.537	17,6%
TOTAL	1.949.557	129.780	6,7%

Tabela 13: Percentagem total de utentes assistidos em relação à população com idade > 65 anos nas diferentes regiões

À semelhança da análise efetuada anteriormente para o ano de 2012, verifica-se que o Algarve é a região do País que deu resposta a maior percentagem da sua população, seguida pelo Alentejo. LVT é a região que menos população assistiu.



7 ATIVIDADE 2012

7.1 Resumo

7.1.1 Unidades e Equipas da RNCCI

- O número de camas contratadas em funcionamento a 31-12-2012 cresceu 5,6%, representando 316 novos lugares de internamento.
- Em 2012 encerraram 22 camas de UCP em LVT (2 Unidades), e abriu 1 UCP no Norte com 10 camas e 1 UCP em LVT com 15 camas, tendo LVT diminuído 7 camas em relação a 2011 e um acréscimo nacional de 3 camas em relação a 2011.
- O maior crescimento em valor absoluto verifica-se na tipologia de Longa Duração e Manutenção (ULDM) (279 dos 316 novos lugares), representando 51,3% do total de camas existentes na RNCCI.
- As 279 camas da tipologia de Longa Duração e Manutenção representam 88% do total das novas camas contratadas.
- Houve diminuição de 39 camas de Convalescença (19 no Norte e 20 no Algarve)
- Na evolução por tipologia e região o Norte cresceu mais Paliativos (23%), e o Alentejo em ULDM (34%). Em relação ao crescimento percentual regional, o Alentejo foi a região que mais cresceu – 16,4% - à custa das camas de ULDM.
- Em relação a cobertura populacional, verifica-se que em relação a camas de Convalescença a maior cobertura populacional existe na região do Alentejo
- Em relação a camas de Média Duração e Reabilitação, a região que apresenta maior cobertura é a região Centro, situação já existente em 2011.
- Em relação a camas de Longa Duração e Manutenção, Paliativos e total Nacional, o Alentejo tem a maior cobertura.
- A região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) tem a menor cobertura populacional em todas as tipologias, exceto em UCP, apresentando também a menor cobertura global, mostrando a necessidade de crescimento de respostas em LVT.
- No que respeita às equipas referenciadoras hospitalares - Equipas de Gestão de Altas (EGA), mantém-se a cobertura total dos hospitais existentes. Em relação à referenciação pelos Centros de Saúde – Equipas Referenciadoras dos Centros de Saúde, existem 405 (293 em



- 2011) a nível nacional, representando um crescimento de 38% em relação a 2011, sendo o Alentejo a região que mais cresceu, seguida do Norte. LVT diminuiu 2,3%
- Em relação ao ano de 2011 houve acréscimo de 1 ECL no Alentejo mantendo-se as restantes regiões inalteradas.
 - Em relação ao número de ECCI, existe uma diminuição nas regiões do Centro (-11%), em LVT (-7%) e Norte (-2%). O Alentejo manteve-se inalterado e o Algarve aumentou 1 ECCI. A diminuição a nível nacional é de 4%
 - A capacidade das ECCI, refletida em número de lugares domiciliários na Rede, diminuiu 2%
 - As Equipas de suporte em cuidados paliativos distribuem-se pelas Intra-hospitalares (EIHSCP) e Comunitárias de Suporte em cuidados paliativos (ECSCP). Distribuem-se pelas regiões da seguinte forma:
 - O Norte tem 4 EIHSCP, das quais 2 efetuam também cuidados domiciliários – ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP. Assim existem 3 ECSCP
 - O Centro tem uma EIHSCP que atua também como ECSCP
 - LVT tem 11 EIHSCP e 1 ECSCP
 - Alentejo tem 7 EIHSCP das quais 2 atuam também como ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP, existindo assim 3 ECSCP
 - Algarve tem 2 EIHSCP, que atuam também como ECSCP. Adicionalmente existe 1 ECSCP, existindo assim 3 ECSCP.
 - A nível nacional existem 25 EIHSCP e 11 ECSCP.
 - O **Centro** refere 20 ECCI que prestam Ações Paliativas, **6** das quais prestam Cuidados Paliativos, que juntamente com a EIHSCP/ECSCP perfaz **7 equipas**. **LVT** refere que as ECCI prestam Ações Paliativas. No **Alentejo 20** ECCI prestam Cuidados Paliativos, que juntamente com as **3** ECSCP perfaz **23 equipas**. As ECSCP prestam suporte a todas as ECCI No **Algarve** as ECSCP prestam suporte a todas as ECCI. O **Norte** não forneceu informação relativa a ECCI que prestam Cuidados Paliativos.



7.1.2 Referenciação para a RNCCI

- A nível nacional o tempo de referenciação à identificação de vaga decresce de 6,81 dias em 2011 para 5,95 em 2012
- O total de utentes referenciados para a Rede durante 2011 foi de 30.103 utentes. Há um decréscimo em 2012 com 29.790 utentes referenciados, representando 1%.
- O Norte aumentou em 7,5% a referenciação a partir dos Centros de saúde e o Algarve em 7,6%. Todas as restantes regiões diminuíram, com LVT a ter uma diminuição de 24% em relação a 2011.
- Em relação a referenciação Hospitalar todas as regiões diminuíram, exceto o Norte com crescimento de 4% em relação a 2011. A região que mais decresceu foi LVT com uma diminuição de 19%, seguida do Algarve com menos 17,5% e o Alentejo com menos 10,1%
- Verifica-se a mesma percentagem de referenciação entre Centros de Saúde e Hospitais relativamente a 2011 – 66% a partir dos Hospitais e 34% a partir dos Centros de Saúde.
- O Norte foi a região que mais referenciou, representando 41,9% dos utentes referenciados em 2012. A referenciação hospitalar no Norte foi responsável por 31% do total de referenciados a nível nacional.
- O Alentejo foi a região em que a referenciação a partir dos Centros de Saúde foi maior em relação aos referenciados em cada região, tendo referenciado 47% dos seus utentes a partir dos Centros de Saúde, seguido do Centro com 40%.
- O Alentejo e Centro são as regiões do País em que os Centros de Saúde assumem um maior peso percentual na referenciação para ECCEI, relativamente ao total dos referenciados para esta tipologia na região – 67%, seguido do Centro com 65%.
- 27,2% (23,1% em 2011) dos utentes referenciados a nível nacional foram para ECCEI, assumindo esta tipologia de cuidados o maior peso a nível Nacional, seguida da Convalescença com 24,8%.
- Em relação ao total dos referenciados por região, o Algarve referencia 53,1% (44,3% em 2011) dos seus utentes para ECCEI, sendo a região do País com maior percentagem.
- 92% dos utentes referenciados tinham condições de ingresso na RNCCI, a mesma percentagem de 2011. Foram admitidos 98% dos utentes com condições de ingresso na Rede (97 % em 2011).
- A 31.12.2012 existiam 1.010 utentes em espera. Como já foi referido LVT tem a menor cobertura populacional em todas as tipologias, exceto em UCP, apresentando no entanto



também o maior número de utentes a aguardar vaga para esta tipologia, representando 88% dos utentes a nível nacional.

- LVT é também a região com mais utentes a aguardar vaga, em todas as tipologias – 57% do total.
- Entre os motivos das propostas de referenciação de utentes para a RNCCI, a *Dependência de AVD* é a nível nacional o principal motivo de referenciação seguido de *Ensino utente/Cuidador informal*.
- A distribuição por sexo e grupo etário é sobreponível a anos anteriores: 56% sexo feminino e 44% sexo masculino. Os utentes da Rede com idade superior a 65 anos, têm tido valores sempre próximos de 80%, sendo em 2012 - 81,3%. 42,1% dos utentes referenciados em 2012 tem mais de 80 anos.

7.1.3 Atividade Assistencial da RNCCI

- O número de utentes assistidos em 2012 inclui, para além dos referenciados em 2012, os utentes transitados de 2011 (a quem já se prestavam cuidados em UCCI ou ECCI), os admitidos em 2012 cujas referenciações ainda tinham sido efetuadas em 2011, os que estavam em avaliação na ECL em final de 2011 e foram posteriormente admitidos em Unidades/Equipas da RNCCI em 2012.
- O número de utentes assistidos em 2012, cresceu de 32.713 em 2011 para 39.663.
- O Norte é a região que mais utentes assistiu em todas as tipologias.
- Do total de utentes assistidos em ECCI, o Norte e LVT contribuíram com 63% do total nacional.
- Do total de assistidos por região o Algarve assistiu 54,4% dos seus utentes em ECCI, LVT 38,8% e o Norte 30%.
- 30,1% dos utentes assistidos a nível nacional foram em ECCI, e que é a tipologia que tem a maior percentagem de utentes assistidos.
- Em Convalescença foram assistidos 22,7% dos utentes, em UMDR 22,3%, em ULDM 20,1% e em UCP 4,7%.
- Os utentes com necessidade de Cuidados Paliativos podem ser admitidos diretamente nas EIHS CP e ECSCP, tendo assim um circuito preferencial. Em 2012, com estes circuitos preferenciais, 31% dos utentes com necessidade de cuidados ou ações paliativas tiveram admissão direta através das EIHS CP. 45% dos utentes foram assistidos em UCP e 24% noutras tipologias da RNCCI, significando que 55% dos utentes tiveram resposta fora das



UCP. O conjunto das admissões diretas efetuadas pelas EIHS CP com os assistidos em EC CI significa que 40,6% dos utentes com necessidades em cuidados paliativos foram assistidos em equipas com prestação deste tipo de cuidados. As regiões apresentam perfis diferentes nesta repartição, com a região Centro a assistir 75% dos seus utentes em UCP e com o Algarve a assistir 45% dos seus utentes em Equipas e LVT a assistir 43%.

- O terem sido atingidos os objetivos terapêuticos mantém-se como principal motivo de alta da RNCCI – 78% (71% em 2011) do total dos utentes com alta.
- 77% (70% em 2011) dos utentes tiveram alta para o domicílio e 10,5% (18% em 2011) para respostas sociais.
- Os utentes incapazes e dependentes na admissão em 2012 representam 95% (94% em 2011)
- A evolução da autonomia física global (todas as tipologias) na RNCCI mostra melhoria em 50% (45% em 2011) utentes com alta.
- A prevalência de úlceras de pressão na RNCCI foi de 18%, (16% em 2011) mas a incidência foi de 4% (10% em 2011), significando que uma percentagem elevada existia na admissão na Rede
- A prevalência de quedas é de 17% (21% em 2011)
- A taxa de mortalidade na Rede foi de 11,7% (10% em 2011) e 23% nos primeiros 10 dias após admissão (24% em 2011)

7.2 Análise adicional

7.2.1 Taxa de ocupação

A nível nacional, as unidades de internamento possuem uma taxa de ocupação elevada, destacando-se a tipologia de longa duração e manutenção (96%). A unidade de cuidados paliativos, apresenta a taxa mais baixa (87%), sendo que na região Norte situa-se abaixo dos 80%, mostrando capacidade para maior referenciação frente aos recursos disponíveis.

Centrando a análise a nível regional, o Algarve apresenta a taxa de ocupação mais elevada para todas as tipologias (UC – 98%; UCP – 87%; UMDR – 97%; ULDM – 99%).

Da comparação das tipologias de UMDR e ULDM, verifica-se uma variação da taxa de ocupação baixa, rondando os 2%, à exceção da região de LVT que apresenta uma variação de 5%.



Na tipologia **ECCI**, existe uma baixa taxa de ocupação em todas as regiões, sendo o Alentejo que melhor taxa de ocupação apresenta, e o Centro a mais baixa, como acontecia em 2011. Como já referido em 2010 e 2011, atendendo à taxa de ocupação em ECCI, deve existir por parte das regiões uma sensibilização dos Hospitais e Centros de Saúde para a disponibilidade de cuidados domiciliários, ou verificar-se se a dotação de lugares é a adequada para a capacidade de resposta.

TAXA DE OCUPAÇÃO 2012						
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	Nacional
UC	91%	93%	91%	91%	98%	94%
UCP	78%	86%	92%	92%	98%	87%
UMDR	94%	95%	93%	94%	97%	94%
ULDm	95%	96%	98%	96%	99%	96%
ECCI	57%	37%	51%	70%	60%	54%

Tabela 14: Taxa de ocupação

Na figura seguinte encontra-se a variação da taxa de ocupação de ECCI de 2010, 2011 e 2012, onde se evidencia uma taxa de ocupação sobreponível no Centro e Algarve, com crescimento da taxa de ocupação no Alentejo e Norte, mas com vagas disponíveis. LVT foi a única região que diminuiu a taxa de ocupação em relação a 2011.

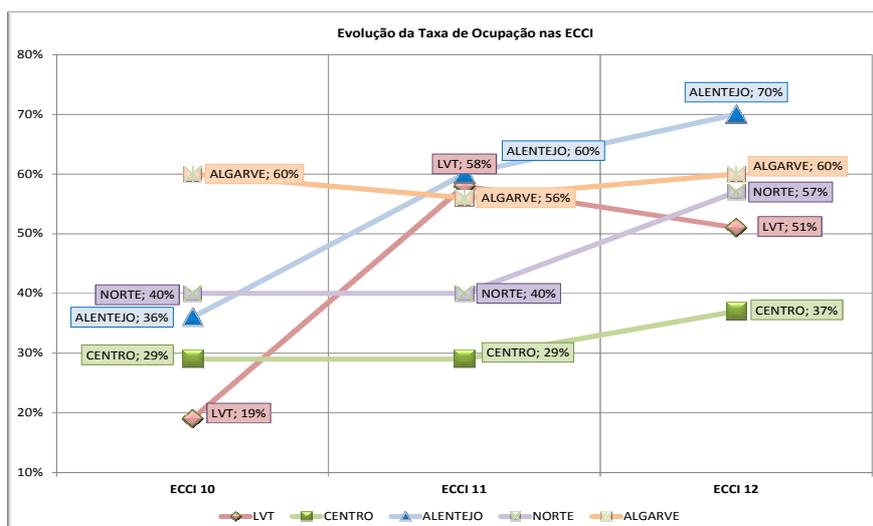


Figura 1: Taxa de ocupação ECCI



7.2.2 Demora Média

A demora média (número médio de dias de internamento/tratamento dos utentes com alta da Rede) nas diferentes respostas da RNCCI cresceu em UMDR em todas as regiões em relação a 2011, em Convalescença cresce em todas as regiões exceto no Centro, sendo de 67 dias em LVT e 61 dias no Alentejo.

Em UMDR o Alentejo tem uma demora média de 148 dias e no Algarve 143 dias.

Em ULDM o Alentejo passou de uma demora média de 135 para 248 dias, LVT de 207 para 322 dias e no Norte de 169 para 248 dias.

As transferências na RNCCI - Mobilidade da Rede - são também uma das formas de adequar os cuidados, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade de vida, podem ainda integrar estes pedidos a proximidade com a família/cuidadores.

As transferências para outras tipologias, diminuiu em 2012 em todas as regiões o que se pode relacionar com a demora média.

Globalmente, a alta para resposta social em 2012 diminuiu 42% em relação a 2011. Atendendo ao elevado grupo etário da população assistida o ingresso em respostas sociais é um contexto esperado.

Assim, atendendo às características da população, o crescimento de lugares na RNCCI deveria ser acompanhado de crescimento de respostas institucionais a nível social, bem como de maior apoio aos cuidadores (formação, grupos de entreajuda, pagamentos pela prestação de cuidados, etc.) e do fortalecimento dos serviços domiciliários de saúde e de apoio social para permitir uma resposta de continuidade de cuidados.

Limitações na continuidade de cuidados interferem também com a demora média.

O crescimento adequado da RNCCI para se atingir a cobertura adequada do País, permitirá também uma resposta e rotatividade adequadas na RNCCI.

7.2.3 Evolução da Autonomia Física

O grupo etário com idade superior a 65 anos representa **81,3%** dos utentes referenciados em 2012, e o grupo etário acima dos 80 anos **42,1%**. Este elevado grupo etário condiciona a obtenção de melhoria na autonomia, associado ao grau de incapacidade/dependência na admissão. Este grau de incapacidade/dependência na admissão em 2012 foi de **95%**, um dos mais altos desde o início dos registos e sobreponível a 2010, conforme figura seguinte:

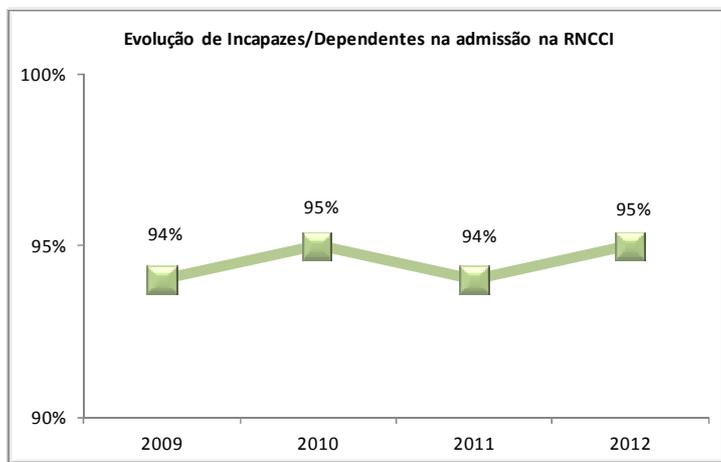


Figura 2: Evolução de incapazes/dependentes na admissão na RNCCI global

Nas diferentes tipologias a incapacidade/dependência na admissão mostra que em Convalescença o valor foi de 93% (92% em 2011), 96% em Média Duração e Reabilitação (95% em 2011), 97% em Longa Duração (98% em 2011) e de 92% em ECCI valor igual a 2011.

A evolução de autonomia em ECCI tem melhorado ao longo dos anos, sendo assim em 2012 o melhor, com um valor de 29%, superior aos valores obtidos em Longa Duração (11%), contudo, salvaguarda-se que o objetivo desta tipologia é a manutenção de capacidades e não de ganho de autonomia.

Globalmente na RNCCI, em 2012, houve melhoria em 50% dos casos e a evolução nos últimos anos está presente na figura seguinte:

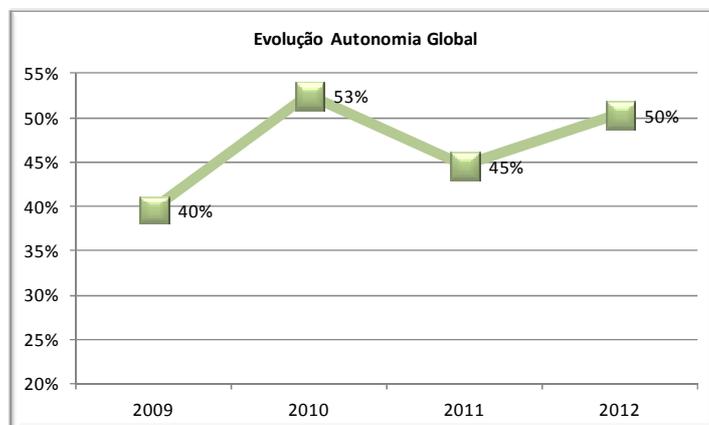


Figura 3: Percentagem de utentes que melhoraram a autonomia física na RNCCI



A evolução em Convalescença, a tipologia de Reabilitação por excelência, verifica-se uma evolução positiva ao longo dos anos, conforme figura seguinte:

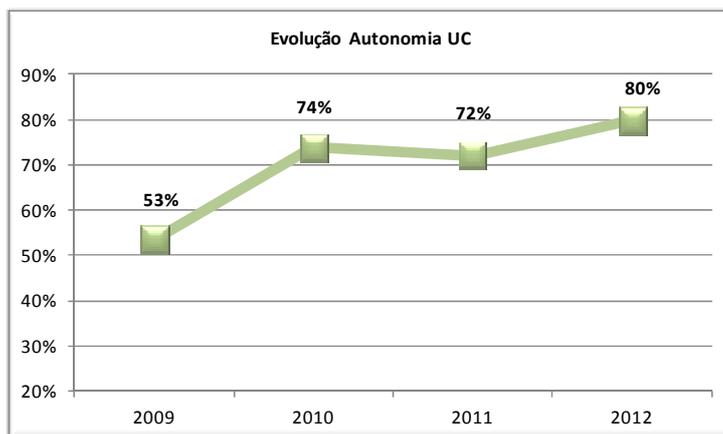


Figura 4: Percentagem de utentes que melhoraram a autonomia física em Convalescença



8 FORMAÇÃO

Considerando a importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da RNCCI desenvolveram-se, desde o início da Rede, várias ações de formação ao nível da coordenação, monitorização, referenciação e prestação de cuidados.

Desta forma, realizaram-se várias ações de formação da responsabilidade da UMCCI, administrações regionais de saúde, Instituto da Segurança Social, EP e Centros Distritais.

A formação ministrada, com diferentes abordagens pedagógicas, abrangeu 14.088 formandos e totalizou 7.926 horas de formação em conformidade com tabela seguinte.

Ano	Ações de Formação	Horas de Formação	Formandos
2007	75	345	3312
2008	246	1752	1842
2009	110	908	2756
2010	138	1208	2331
2011	141	2238	2404
2012	67	1475	1443
Total	777	7.926	14.088

Tabela 15: Formação desde o início da RNCCI

Da formação realizada destacam-se as temáticas seguintes:

- Competências e estratégias no desenvolvimento da RNCCI
- Comunicação e Competências nas Equipas Multidisciplinares da RNCCI
- Jornadas regionais para disseminação da filosofia e modelos de cuidados continuados integrados
- GestCare CCI – Utilização da Plataforma de Monitorização da Atividade da RNCCI
- Metodologias de trabalho em Cuidados Continuados Integrados: Instrumento de Avaliação Integrado (IAI); Plano Individual de Intervenção (PII; utilização de escalas de avaliação no âmbito da RNCCI
- Organização e Coordenação da RNCCI
- Organização e funcionamento das unidades/equipas RNCCI; Unidades de Internamento e Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Prestação de Cuidados
- Bioética
- Estágios profissionais, em unidades de internamento de referência, no âmbito da prestação de Cuidados Continuados Integrados



- Implementação da Lei da Condição de Recursos à RNCCI
- Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados
- Referenciação RNCCI
- Transição do cálculo de comparticipação dos utentes
- Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI
- Melhoria contínua da qualidade em Cuidados Continuados Integrados
- As demências na RNCCI
- Saber Cuidar no âmbito dos CCI
- Avaliação e intervenção em maus tratos a idosos
- Cuidados Continuados Integrados: saber para melhor cuidar
- Cuidar em Humanidade Cuidados Paliativos: Intervenção no Luto e na Perda
- O Respeito pela Dignidade Humana em RNCCI
- Dor Crónica
- Estudo Nacional de Prevalência de infeção (ENPI) em Cuidados Continuados Integrados
- Formação Clínica em Síndromes Geriátricas
- Geriatria e Gerontologia
- Violência e Maus Tratos a Pessoas Vulneráveis
- Violência contra mulheres Idosas em Contexto das Famílias
- Formação específica para Auxiliares de Saúde
- Gestão do Risco Clínico em CCI
- Prevenção e Controlo da Infeção nas Unidades CCI no âmbito do Estudo Nacional de Prevalência de Infeção em CCI – ENPI CCI 2012
- Tratamento de Feridas / Úlceras de Pressão
- Tratamento de Feridas e Terapia Compressiva
- Ventilação Não Invasiva

A diminuição das horas de formação em 2012 relaciona-se com vários fatores, por exemplo muitas das ações de formação são do âmbito do POPH e em 2012, na sequência da reprogramação do QREN, o POPH só notificou as entidades sobre a aprovação das candidaturas em meados do 2º trimestre de 2012, facto que atrasou a execução da formação e implicou, nalguns casos, a reprogramação das ações para 2013. Por outro lado, houve um decréscimo de aprovações entre 2011 e 2012 e o investimento nalgumas áreas de



formação, relacionados com a coordenação e o funcionamento da Rede, vão diminuindo à medida que a Rede se vai consolidando. O atual contexto financeiro e as limitações nos recursos humanos condicionam também a realização de formação. Um dos cursos que não foi sugerido para 2012 em algumas regiões foi o dirigido a auxiliares das unidades de CCI (Saber para Melhor Cuidar), na medida em que a maior parte dos profissionais já fizeram essa formação e durante esse ano não se previa a abertura de muitas mais unidades, facto que veio a confirmar-se.



9 INDICADORES NACIONAIS E REGIONAIS EM CCI

Visão, Missão, Valores

A mudança de paradigma operado pela RNCCI na organização e prestação de cuidados, aliada à sua intersecção com os vários níveis do SNS, implica uma monitorização continua a diferentes níveis com o objetivo de cumprir a sua Visão, Missão e Valores, que são partilhados por todos os intervenientes.

Visão: implementar um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, através de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e 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, em quantidade, dimensão e distribuição geográfica adequadas.

Missão: garantir a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

Com os **Valores:**

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; da Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; da Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede;
- Participação e corresponsabilização da família e/ou dos cuidadores principais na prestação dos cuidados e da Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados



Os **Objetivos da RNCCI** enquadram:

- Apoiar os familiares ou cuidadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados
- Garantir a referenciação adequada
- Garantir a mobilidade nas diferentes respostas da Rede
- Melhorar continuamente a qualidade da RNCCI
- Integrar a oferta de cuidados com os diversos serviços e equipamentos do sistema de Segurança Social
- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sustentada numa oferta de tipologias de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas.

Os **fatores chave de sucesso** para a atividade da Rede incluem:

- 1 Envolvimento de familiares e cuidadores informais;
- 2 Habilitações e competências dos diversos níveis da RNCCI;
- 3 Intervir com base no PII;
- 4 Correta e atempada referenciação;
- 5 Correta e atempada avaliação e intervenção multidisciplinar;
- 6 Monitorização do cumprimento de normas e orientações;
- 7 Excelência de Resultados dos prestadores;
- 8 Satisfação dos utentes;
- 9 Articulação Saúde / Segurança Social;
- 10 Desenvolvimento e consolidação dos cuidados domiciliários e desenvolvimento de respostas em ambulatório;
- 11 Parceria para respostas adequadas da RNCCI;
- 12 Desenvolvimento de lugares de internamento;
- 13 Desenvolvimento de Cuidados Paliativos;
- 14 Desenvolvimento de Respostas para a Demência;

OBJECTIVOS	FACTORES-CHAVE	INDICADORES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
			Norte	Norte	Centro	Centro	LVT	LVT	Alentejo	Alentejo	Algarve	Algarve	Nacional	Nacional
Apoiar os familiares ou cuidadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados	Envolvimento de familiares e cuidadores informais	Taxa de familiares, cuidadores informais, utentes a quem é ministrado ensino	90%	73%	73%	60%	79%	68%	78%	60%	87%	53%	83%	66%
	Habilitações e competências dos diversos níveis da RNCCI	Nº de horas de formação e treino	556,5	772	438,5	159	407	128	696,5	297,5	139,5	118,5	2238	1475
Garantir a referência adequada	Correcta e atempada referência	N.º de utentes com condições de ingresso na RNCCI / N.º de utentes referenciados	91%	92,8%	88%	93,5%	97%	84,2%	95%	92,4%	96%	99,8%	92%	92%
		N.º de utentes admitidos / N.º de utentes com condições de ingresso na RNCCI	96%	99,3%	95%	98,5%	87%	95,9%	95%	95,6%	99%	98,2%	97%	98%
		Tempo da referência à identificação de vaga	4,84	5,95	8,43	10,01	21,85	22,6	12,8	13,1	2,95	1,17	6,81	5,95
Garantir a mobilidade nas diferentes respostas da Rede	Correcta e atempada avaliação e intervenção multidisciplinar	Numero de utentes referenciados	11.424	12.330	6.205	6.095	6.847	5.959	3.133	2.933	2.494	2.473	30.103	29.790
		Nº transferencias efectuadas/nº total de transferencias solicitadas	95%	74%	95%	73%	95%	66%	95%	72%	95%	76%	95%	72%
Melhorar continuamente a qualidade da RNCCI	Excelencia de Resultados dos prestadores	Numero de utentes assistidos	12.189	15.379	7.169	7.885	6.034	7.633	3.238	4.286	4.083	4.480	32.713	39.663
		Taxa de Incapazes e Dependentes na admissão na RNCCI	98%	96%	97%	95%	97%	95%	94%	93%	91%	89%	94%	95%
		Evolução do Grau de autonomia	55%	64%	30%	34%	34%	40%	39%	49%	44%	49%	45%	50%
		Taxa de utentes assistidos com avaliação de Dor	80%	73%	75%	77%	60%	57%	60%	54%	49%	46%	69%	66%
		Taxa de doentes com quedas	28%	15%	19%	20%	17%	18%	25%	17%	10%	14%	21%	17%
		Prevalencia de ulceras de pressão	18%	20%	16%	17%	19%	18%	25%	16%	10%	11%	16%	18%
		Demora media UC	27	36	39	26	57	67	46	61	35	44	43	45
		Demora media UMDR	69	89	81	92	87	100	81	148	72	143	88	89
		Demora media ULDM	169	248	169	118	207	322	135	248	213	116	163	193
		Demora media ECCI	59	257	86	43	89	94	73	180	94	150	74	110
		Demora media UCP	22	42	40	98	42	85	54	15	19	106	30	59
		Taxa de mortalidade	9%	10,3%	9%	9,4%	11%	10,6%	10%	9,7%	8%	8,7%	10%	9,9%
Taxa de mortalidade nos primeiros 10 dias após admissão	28%	25%	24%	24%	19%	21%	22%	22%	23%	16%	24%	23%		
Taxa de altas por obtenção de objectivos terapeuticos	76%	82%	66%	75%	67%	71%	64%	75%	67%	73%	71%	78%		
Integrar a oferta de cuidados com os diversos serviços e equipamentos do sistema de Segurança Social	Articulação Saúde / Segurança Social	Taxa de utentes que ingressam em respostas sociais pós alta da RNCCI	15%	8%	26%	18%	22%	10%	30%	12%	5%	8%	18,0%	10,5%
Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sustentada numa oferta de tipologias de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas.	Desenvolvimento e consolidação dos cuidados domiciliários	Evolução do numero de ECCI	86	84	45	40	58	54	35	35	29	30	253	243
		Evolução N.º de lugares domiciliários contratados por 100.000 habitantes com idade > 65 anos (CENSOS 2011)	262	273	385	357	298	280	478	451	1629	1.685	376	368
	Parcerias para respostas adequadas da RNCCI	Nº de contratos estabelecidos.	86	90	73	75	49	51	31	35	17	16	256	267
	Desenvolvimento de lugares de internamento	Evolução N.º de camas contratadas.	1.784	1.883	1.607	1.666	1.188	1.267	603	702	413	393	5.595	5911
		Número de camas contratadas por 100.000 habitantes com idade > 65 anos (CENSOS 2011)	281	297	407	421	169	180	467	544	467	445	287	303
Desenvolvimento de Cuidados Paliativos	Evolução do numero de camas UCP	43	53	45	45	75	68	17	17	10	10	190	193	

Tabela 16: Indicadores RNCCI

O número de utentes assistidos em 2012 inclui, para além dos referenciados em 2012, os utentes transitados de 2011 (a quem já se prestavam cuidados em UCCI ou Equipas), os admitidos em 2012 cujas referências ainda tinham sido efetuadas em 2011, os que estavam em avaliação na ECL em final de 2011 e foram posteriormente admitidos em Unidades/Equipas da RNCCI em 2012.



10 EXECUÇÃO FINANCEIRA DA RNCCI

A RNCCI iniciou-se em 2006 com experiências piloto em diversos pontos do País. A coordenação, através da UMCCI, foi nomeada em dezembro de 2006 e foram assinados os primeiros contratos em 2007 com os gestores das instalações públicas, sociais e privadas onde são prestados os serviços de saúde e apoio social.

10.1 Estrutura Física

A prestação de Cuidados Continuados Integrado é efetuada em instalações, construídas especificamente ou adaptando edifícios já existentes, propriedade de investidores privados, de IPSS ou do Estado (SNS), denominadas Unidades.

Consoante o período previsto de internamento dos utentes, foram criadas diferentes tipologias: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). A situação comparativa entre as experiências piloto e o final de 2012 encontra-se na tabela seguinte:

FINAL DAS EXPERIENCIAS PILOTO a FINAL DE 2012		
Região de Saúde	Lugares Internamento	
	Exp Piloto	2012
Convalescença	321	867
Média Duração e Reabilitação	242	1820
Longa Duração e Manutenção	312	3031
Paliativos	23	193
TOTAL	898	5911

Tabela 17: Lugares de internamento nas Experiencias Piloto e em final de 2012

No que diz respeito a Equipas domiciliárias, conforme anteriormente referido dependem dos Cuidados Primários de Saúde. No período das experiências piloto foi efetuado fortalecimento de 162 equipas de Centros de Saúde, ao nível de recursos humanos e equipamentos. Com a Reforma que entretanto ocorreu ao nível destes cuidados, as ECCI iniciaram uma implementação efetiva a partir de 2009, conforme referido em relatórios anteriores da RNCCI. Os lugares domiciliários representam 55% dos lugares disponíveis, priorizando assim os cuidados domiciliários.



10.2 Fontes de Financiamento

O financiamento da prestação de Cuidados Continuados Integrados foi efetuado, através da utilização de verbas provenientes dos Jogos Sociais, pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS)

A repartição de verbas entre os dois Ministérios é efetuada em função da intervenção dos dois setores, diretamente proporcional à natureza dos serviços prestados: o MS paga os encargos relacionados com cuidados de saúde e o MSSS paga o diferencial entre os encargos relacionados com apoio social e o valor a pagar pelo utente, definido em função dos rendimentos do agregado familiar.

10.3 Contratualização

A relação jurídica com as unidades prestadoras é formalizada através de contratos, denominados “Acordos”, onde são definidas as condições gerais de funcionamento e de financiamento, os requisitos de qualidade e o rácio de recursos humanos.

O método de definição do preço é o Preço Fixo, compreensivo, por dia e por utente, tendo os montantes, para cada tipologia, sido aprovados pela Portaria nº 1087 – A/2007, de 5 de setembro. Os preços são revistos anualmente, em função da taxa de inflação do ano anterior.

Foi entendimento da UMCCI que as verbas oriundas dos Jogos Sociais só podem ser utilizadas para os fins definidos na Lei. Deste modo considerou que todas as verbas transferidas para as ARS são “consignadas” e embora em poder da ACSS ou das ARS a sua titularidade pertence à RNCCI.

10.4 Execução Financeira 2012

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados teve uma execução orçamental na componente Saúde de 138.045.223,06€ em 2012.

A Região com o maior valor é o Norte com 41.900.822,46€ seguindo-se o Centro e Lisboa e Vale do Tejo, correspondendo ao grau de implementação da Rede a nível regional.

As Regiões com menores valores são o Algarve e o Alentejo o que é consonante com o menor número de unidades em consequência da menor população das mesmas, o que se traduz numa menor necessidade do nº de lugares da RNCCI em termos absolutos.

EXECUÇÃO FINANCEIRA DA RNCCI



Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Relatório Final

As despesas de funcionamento da RNCCI em 2012 correspondem a 117.665.183,75€, enquanto as despesas de investimento ultrapassaram os 20 milhões de euros, sendo o Modelar 1 - 13.686.535,83€ e o Modelar 2 com 6.665.629,38€ as suas principais componentes.

EXECUÇÃO FINANCEIRA DA RNCCI 2012						
	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	Alentejo	Algarve	Total
Despesas de Funcionamento	36.362.793,71	35.524.374,09	23.768.325,27	13.187.791,83	8.821.898,85	117.665.183,75
1. Aquisição de bens de consumo						
2. Aquisição de serviços	36.362.793,71	35.524.374,09	23.768.325,27	13.187.791,83	8.821.898,85	117.665.183,75
2.1. Transporte de utentes	90.951,00	51.227,46	243.875,75	44.000,09	14.694,67	444.748,97
2.2. Formação						
2.3. Auditorias						
2.4. Serviços de saúde	36.271.842,32	35.473.146,63	23.524.449,52	13.143.791,74	8.807.204,18	117.220.434,39
UC	9.265.115,92	9.129.442,43	5.881.348,95	4.987.417,00	2.771.996,09	32.035.320,39
UMDR	15.013.235,03	16.924.400,43	9.332.654,74	4.047.977,69	2.970.995,80	48.289.263,69
ULDM	11.091.174,72	7.745.256,12	6.728.510,54	3.503.332,73	2.573.280,99	31.641.555,10
UCP	902.316,65	1.674.047,82	1.581.935,29	605.064,32	490.931,30	5.254.295,38
UDPA						
ECCI						
2.5. Serviços diversos						
Despesas de Investimento	5.516.487,32	4.986.291,65	7.506.080,36	1.510.154,75	839.483,80	20.358.497,88
3. Subsídios ao investimento						
3.1. Modelar 1	3.581.397,48	3.872.313,69	4.498.540,42	1.503.822,08	230.462,16	13.686.535,83
3.2. Modelar 2	1.935.089,84	1.113.977,96	3.007.539,94		609.021,64	6.665.629,38
4. Aquisição de bens de capital				6.332,67		6.332,67
4.1. Projeto incentivo à qualidade						
4.2. Investimentos em ECCI						
4.3. Investimentos no SNS	21.541,43					21.541,43
Total	41.900.822,46	40.510.665,74	31.274.405,63	14.697.946,58	9.661.382,65	138.045.223,06

Tabela 18: Execução Financeira RNCCI 2012



Execução Financeira da RNCCI ISS,IP - Centros Distritais 2012				
Região	Distritos	UMDR	ULDM	Total
Norte	Braga	369.060,68 €	1.865.359,02 €	2.234.419,70 €
	Bragança	98.775,91 €	839.786,78 €	938.562,69 €
	Porto	863.092,26 €	1.936.305,96 €	2.799.398,22 €
	Vila Real	413.674,06 €	768.162,61 €	1.181.836,67 €
	Viana do Castelo	188.280,12 €	444.428,91 €	632.709,03 €
	Total Norte	1.932.883,03 €	5.854.043,28 €	7.786.926,31 €
Centro	Aveiro	410.580,37 €	674.076,41 €	1.084.656,78 €
	Castelo Branco	223.083,45 €	673.399,14 €	896.482,59 €
	Coimbra	815.932,95 €	2.301.767,99 €	3.117.700,94 €
	Guarda	274.311,84 €	529.006,35 €	803.318,19 €
	Leiria	482.344,74 €	693.909,04 €	1.176.253,78 €
	Viseu	226.243,54 €	993.593,42 €	1.219.836,96 €
	Total Centro	2.432.496,89 €	5.865.752,35 €	8.298.249,24 €
LVT	Lisboa	664.418,69 €	1.318.838,37 €	1.983.257,06 €
	Santarém	485.253,70 €	1.411.672,71 €	1.896.926,41 €
	Setúbal	468.926,87 €	1.632.086,85 €	2.101.013,72 €
	Total LVT	1.618.599,26 €	4.362.597,93 €	5.981.197,19 €
Alentejo	Beja	170.124,76 €	577.316,26 €	747.441,02 €
	Évora	211.377,12 €	417.772,58 €	629.149,70 €
	Portalegre	172.717,77 €	894.063,47 €	1.066.781,24 €
	Total Alentejo	554.219,65 €	1.889.152,31 €	2.443.371,96 €
Algarve	Faro	427.573,13 €	1.519.520,49 €	1.947.093,62 €
	Total Algarve	427.573,13 €	1.519.520,49 €	1.947.093,62 €
Total Nacional		6.965.771,96 €	19.491.066,36 €	26.456.838,32 €

Tabela 19: Execução Financeira RNCCI – ISS, IP - 2012

A RNCCI teve uma execução orçamental na componente de apoio social de 26.456.838,32€ em 2012.

A Região com o maior valor é o Centro 8.298.249,24€ seguindo-se do Norte. Os montantes apresentados relativos ao apoio social não correspondem exclusivamente ao grau de implementação a nível regional, dado que a segurança social tem um modelo específico de financiamento diferenciado à família.

Este modelo procura ser uma proteção social mais justa, mais sustentada e mais eficaz, uma vez que se centra nos beneficiários e no princípio da diferenciação positiva, através do qual se define a atribuição de uma contribuição, maior ou menor, em função do conhecimento da realidade social e económica do indivíduo e do seu contexto familiar.



Deste modo, a comparticipação tem lugar sempre que o valor determinado a pagar pelo utente, não assegure a totalidade dos encargos definidos para a prestação dos cuidados de apoio social, sendo que a mesma é consubstanciada por intermédio do pagamento da segurança social ao utente, via prestador de cuidados.

10.5 Execução Global 2006-2012- Componentes Saúde e Segurança Social

No que se refere à evolução dos custos desde o início da RNCCI verifica-se um valor acumulado que ultrapassa os 500.000.000€, considerando as componentes Saúde e Segurança Social.

Em 2012 a execução orçamental da RNCCI totalizou 164.502.063,38€

Ano	N.º camas	MSS	MS investimento	MS Funcionamento	MS Total	Total (MS e MSS)
2006	646	€ 24.072,96	€ 2.650.284,00	€ 587.566,00	€ 3.237.850,00	€ 3.261.922,96
2007	1.902	€ 2.238.497,99	€ 2.170.309,00	€ 12.620.966,00	€ 14.791.275,00	€ 17.029.772,99
2008	2.870	€ 9.696.869,13	€ 2.094.051,00	€ 21.241.799,00	€ 33.335.850,00	€ 43.032.719,13
2009	3.938	€ 14.845.754,77	€ 10.700.655,55	€ 49.489.661,36	€ 60.190.316,91	€ 75.036.071,68
2010	4.625	€ 19.565.858,14	€ 29.840.297,00	€ 83.647.837,32	€ 113.488.134,32	€ 133.053.992,46
2011	5.595	€ 25.207.680,27	€ 23.804.062,82	€ 88.418.597,02	€ 112.222.659,84	€ 137.430.340,11
2012	5.911	€ 26.456.838,32	€ 20.380.039,31	€ 117.665.185,75	€ 138.045.225,06	€ 164.502.063,38
Total		€ 98.035.571,58	€ 91.639.698,68	€ 373.671.612,45	€ 475.311.311,13	€ 573.346.882,71

Tabela 20: Evolução das verbas RNCCI - Saúde e Segurança Social



11 A RNCCI E CUMPRIMENTO DOS PRESSUPOSTOS DO DEC-LEI 101/2006

O Dec-Lei 101/2006 de 6 de Junho define como meta a instauração de **políticas de saúde**, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de **políticas de segurança social** que permitam:

- Desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência
 - *Neste âmbito apostou-se nas respostas de proximidade dispersas pelo território nacional, assim como a prioridade dos cuidados domiciliários, que representam 55% dos lugares disponíveis da RNCCI.*

- Investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial
 - *A tipologia de Longa Duração e Manutenção (ULDM) representa 51,3% do total de camas existentes na RNCCI.*

- Qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.
 - *foram desenvolvidas a nível nacional, desde o início da RNCCI diversas atividades de formação, num total de 777 ações, que correspondem a 7.926 horas de formação, dirigidas a 14.088 participantes.*
 - *O envelhecimento populacional tem associado o isolamento e nesta área cerca de 20% dos utentes referenciados para a Rede vivem sós, dando a Rede resposta nesta área*
 - *O desenvolvimento de ECCI no âmbito dos Centros de Saúde para prestação de cuidados domiciliários foi priorizado como resposta da Rede*
 - *No envelhecimento, o impacto das demências levou à formação dos profissionais das ECCI e Unidades de internamento.*

- A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição 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.



- A intervenção integrada Saúde - Segurança Social consubstancia-se na presença de elementos de ambas as áreas em todos os níveis da Rede
- A participação dos parceiros na Rede é ilustrada pelo desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base:
 - No estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), estas representam 71% do total de acordos celebrados, e a contratação de 4.042 camas, representando 68,4% da oferta.
 - O SNS abrange 11 % do total de acordos celebrados, com a contratação de 8,1% da capacidade instalada da RNCCI (480 camas).
 - Com as Entidades privadas com fins lucrativos foram celebrados 18% de acordos com 1.389 camas contratadas, representando 23,5 % da capacidade instalada da RNCCI.

Entidade Prestadora	N.º de acordos celebrados		% total acordos celebrados	N.º de camas contratadas		% camas por acordos celebrados
	31.12.12			31.12.12		
SNS	29		11%	480		8,1%
IPSS	SCM	134	50%	2.795		47,3%
	OUTRAS	55	21%	1247		21,1%
TOTAL IPSS	189		71%	4.042		68,4%
PRIVADA com fins lucrativos	49		18%	1389		23,5%
TOTAL	267			5.911		

Legenda: IPSS - SCM: Santa Casa da Misericórdia; IPSS - Outras: Instituição Particular de Solidariedade Social; SNS: Serviço Nacional de Saúde

Tabela 21: Acordos celebrados com entidades prestadoras

Nos seus objetivos:

1— Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

- Cerca de 20% utentes têm idade <65 anos e cerca de 42% têm acima de 80 anos e os utentes com idade superior a 65 anos têm representado cerca de 80% do total.
- Os utentes incapazes e dependentes na admissão, em 2009 representavam 94%, em 2010 representavam 95%, em 2011 representavam 94% e em 2012 representavam 95%.



2— Constituem objetivos específicos da Rede:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social

- *Os dados da evolução da autonomia da Rede mostraram numa população envelhecida e com elevada incapacidade/dependência na admissão mas sendo o principal motivo de alta da RNCCI a obtenção dos objetivos terapêuticos previstos.*
- *Apesar da incapacidade e dependência na admissão, a evolução de autonomia física mostra melhorias de 40% em 2009, 53% em 2010, 45% em 2011 e 50% em 2012*

b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida

- *A maior disponibilidade de lugares domiciliários em relação aos de internamento cumpre este objetivo*
- *77% dos utentes tiveram alta da RNCCI para o domicílio e destes 79% com necessidade de suporte*

c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação

- *A diversidade de respostas da RNCCI com tipologias de internamento adequadas a diferentes necessidades – Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos*
- *A diversidade de respostas da RNCCI através de equipas – ECCI, ECSCP, EIHSCP*
- *Bem como as programadas Unidades de Dia e Promoção de Autonomia*

d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social

- *O modelo de Qualidade da Rede tem como ações: Definição de standards mínimos; Formação; Acompanhamento; Auditorias organizacionais; Auditorias dos processos individuais; Medidas corretivas; Auditorias para verificação; Monitorização contínua*
- *No cumprimento da Estratégia para a Qualidade, definida para a RNCCI, têm vindo a ser implementadas ações que visam a melhoria contínua. Assumem particular*



importância as visitas de acompanhamento realizadas pelas ECL, apoiadas numa Grelha de Acompanhamento, e que visam a avaliação do cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades

- *Uma baixa incidência de úlceras de pressão, com valores que têm diminuído ao longo do tempo. A prevalência de Úlceras de pressão na RNCCI a nível nacional em 2012 é de 18%. Este valor associa a incidência de úlceras de pressão com as que existiam na admissão. A percentagem de úlceras de pressão na admissão na RNCCI foi de 75%. Esta % foi sobreponível nas diferentes regiões. A incidência nacional é de 4,4%. A incidência nas unidades e ECCI é sobreponível – 4,4% nas Unidades e 4,6% nas ECCI*

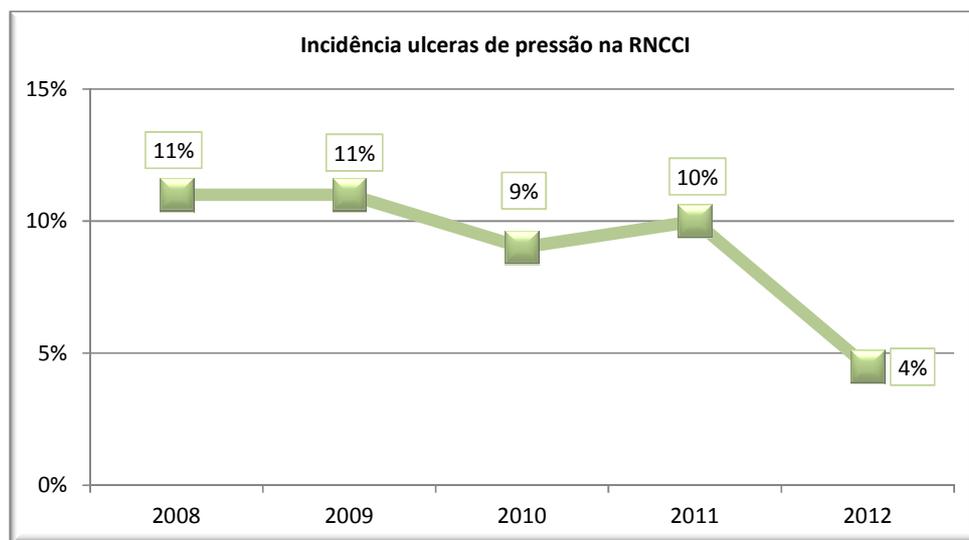


Figura 5: Incidência de úlceras de pressão na RNCCI



- Uma baixa prevalência de quedas, com valores que têm diminuído ao longo do tempo

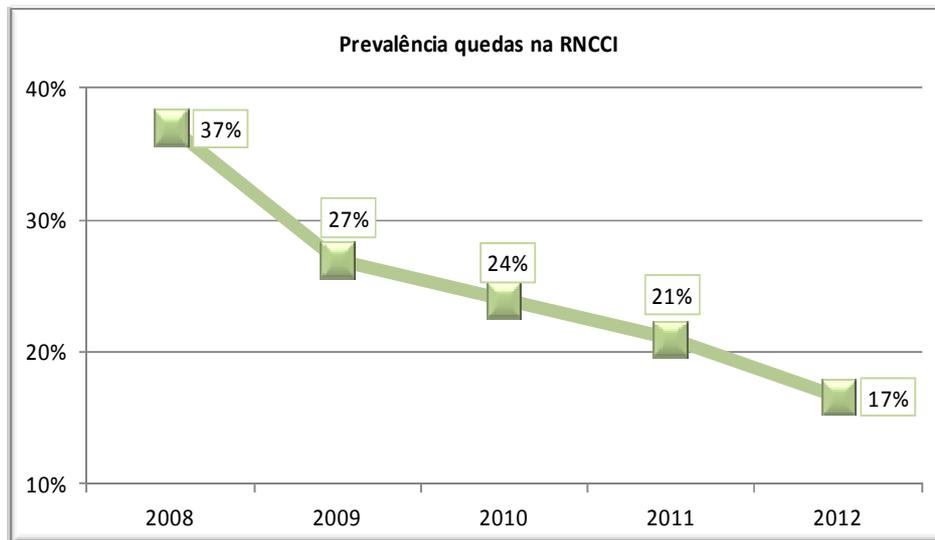


Figura 6: Prevalência de quedas na RNCCI

e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados

- O "Ensino utente/Cuidador informal" é o segundo motivo de referência superado pela "dependência de AVD" o principal motivo de referência e objetivo número 1 da Rede

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação

- A presença de EGA em todos os Hospitais e Equipas Referenciadoras nos Centros de saúde/ACES
- O aplicativo informático da Rede
- As EIHS CP como suporte a nível Hospitalar e a prestadores da Rede com admissão direta de utentes com necessidade de cuidados paliativos em circuito preferencial
- O acompanhamento em permanência por parte das ECL, ECR e Coordenação Nacional da RNCCI



g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos

- *O aumento progressivo da cobertura populacional em lugares e com mais lugares de apoio domiciliário do que respostas de internamento. A cobertura populacional da Rede em lugares de internamento e domiciliários mostra que:*
 - *O Norte tem uma cobertura em camas sobreponível à média nacional. O Alentejo tem a maior cobertura a este nível.*
 - *LVT apresenta a menor cobertura populacional em lugares de internamento reforçando a necessidade de um aumento do número de respostas*
 - *O Algarve é a região do País com maior cobertura em lugares domiciliários*
 - *O Algarve e o Alentejo são as regiões com maior cobertura global*

FINAL DE 2012 - COBERTURA POPULACIONAL COM POPULAÇÃO CENSOS 2011							
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Nº de Camas	N.º Camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12.12	Nº Lugares ECCI	N.º Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12.12	Nº Lugares TOTAIS	N.º Lugares TOTAIS por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12.12
Norte	634.756	1.883	297	1.730	273	3.613	569
Centro	395.294	1.666	421	1.412	357	3.078	779
LVT	702.070	1.267	180	1.969	280	3.236	461
Alentejo	129.033	702	544	582	451	1.284	995
Algarve	88.404	393	445	1.490	1.685	1.883	2.130
TOTAL	1.949.557	5.911	303	7.183	368	13.094	672
		45%		55%			

Tabela 22: Número de lugares de internamento e ECCI e cobertura populacional por região

- *O número total de utentes referenciados desde o início da RNCCI é de 135.047 utentes. O número de assistidos desde o início de RNCCI é de 129.780 utentes, significando que a Rede assistiu até final de 2012 é de 96,1% dos utentes referenciados. O Algarve é a região do País que deu resposta a maior percentagem da sua população, seguida pelo Alentejo. LVT é a região que menos população assistiu.*



- *Um desenvolvimento de Cuidados Paliativos e a aprovação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos em 2010 que levou a OMS a referir que: “...teve oportunidade de acompanhar a evolução dos serviços de CP no âmbito da RNCCI e, à luz das experiências internacionais, destaca-se o avanço que Portugal realizou nos últimos três anos, tendo em conta uma situação de partida de grande escassez de recursos de CP no território nacional e que este desenvolvimento se iniciou no final de 2006”. Neste âmbito, em relação às 322 camas como mínimo previsto para o final de implementação da RNCCI, as camas de UCP na Rede representam 60% desta meta, sendo assim a tipologia que maior % de cobertura tem em relação ao previsto, dado que as camas de UC representam 31% das metas, as de UMDR 57% das metas e as de ULDM 38% das metas. Em relação à resposta dada pela RNCCI aos utentes com necessidades de Cuidados Paliativos, ela é superior à dada pela Rede na sua globalidade.*
- *Os utentes com necessidade de Cuidados Paliativos podem ser admitidos diretamente nas EIHSCP e ECSCP, tendo assim um circuito preferencial. Estas transferem diretamente os seus utentes para outras tipologias da RNCCI de acordo com as necessidades dos utentes. Por outro lado estas equipas dão assessoria às outras respostas da Rede, seja no domicílio seja nos internamentos da Rede, situação bem desenvolvida no Alentejo e Algarve. Por outro lado a prestação de ações paliativas noutras tipologias da RNCCI, previstas no PNCP, permite uma resposta diversificada para responder a estas necessidades.*

A criação da RNCCI preencheu assim uma lacuna e não duplicou serviços ou prestação de cuidados.

A Rede tem assim outros fatores subjacentes conforme evidenciado pelo Dec-Lei 101/2006:

“Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.



Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Antes da criação da RNCCI não existia uma resposta sistémica estruturada a este problema.

A criação de respostas adequadas pela Rede, permitiu o desenvolvimento de um novo nível de cuidados com filosofia bio-psico-social, mudando paradigmas, modernizando o Sistema de Saúde e Segurança Social e a Sociedade Portuguesa, para uma Sociedade mais justa e solidária.

A informação sobre a existência da RNCCI, seus objetivos e como aceder, é em geral ainda débil e pouco divulgada na sociedade em geral, nas famílias, no sistema de saúde, hospitais e centros de saúde. Este é um ponto fraco da RNCCI o que provoca racionamento no acesso dos cidadãos a este novo direito de promoção de autonomia, de recuperação global, independentemente da idade e da doença.



12 ANEXOS

12.1 Estudos Externos promovidos pela UMCCI

A UMCCI promoveu a realização de vários estudos/avaliações externas com a finalidade de se obterem dados para melhoria contínua.

12.1.1 Avaliação da Satisfação dos utentes

Com vista a perceber a satisfação dos utentes, em colaboração com o ISCTE, foi criado e ministrado um questionário aplicado aos Utentes da RNCCI em amostra aleatória simples com grau de confiança de 95%, distribuídos pelas cinco regiões NUTS II. Os resultados de 2008 obtiveram-se no primeiro semestre de 2009, sendo possível a partir daí a sua comparabilidade com 2007, ano da primeira avaliação.

É de realçar que as respostas com a classificação de “muito boa”, referentes a “avaliação global da unidade”, evoluíram de 25 para 45%, e que os valores de Bom e Muito Bom se situaram acima dos 90%.

A percentagem que refere considerar-se melhor desde que está na Unidade, foi de 80%, em ambos os anos. A % de quem recomendaria a Unidade manteve-se em cerca de 98%, em ambos os anos.

Estes dados evidenciam o elevado grau de satisfação dos utentes com as Unidades da RNCCI.

12.1.2 Avaliação da Satisfação dos profissionais

A avaliação dos profissionais das Unidades de Internamento decorreu durante o ano de 2008 e teve como objetivo:

1. Conhecer os respetivos graus de satisfação, e
2. Identificar possíveis áreas de intervenção da UMCCI, com a consequente melhoria da prestação de cuidados aos utentes.

Para tal procedeu-se à elaboração de um questionário estruturado, que contemplou as seguintes dimensões:

- Trabalho desenvolvido na unidade
- Instalações e equipamentos



- Formação
- Comunicação e informação

As respostas foram anónimas, não sendo possível qualquer tipo de identificação pessoal, nem institucional. As respostas válidas para uma amostra aleatória simples apresentam um grau de confiança de 95%.

Os profissionais que se referiram como Completamente Satisfeito, Muito Satisfeito e Satisfeito representam 91%. Nas razões para satisfação, destacou-se o bom ambiente de trabalho, logo seguido da realização pessoal e boas condições de trabalho.

12.1.3 Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento pelas Equipas de Melhoria da Rede

Iniciou-se projeto-piloto em Agosto de 2008, para avaliação da qualidade das unidades de internamento na vertente organizacional e de processo. O ano de 2009 foi um ano de consolidação com a conclusão do projeto-piloto e o alargamento a todas as unidades da RNCCI em todo o país. O ciclo de auditorias para avaliação da qualidade das Unidades de Internamento foi adjudicado pela Administração da Saúde da cada região, sob a coordenação geral da UMCCI

Em termos de metodologia, realizaram-se 2 visitas, a primeira de diagnóstico e a segunda de avaliação, tendo sempre em vista uma atitude pedagógica e de colaboração para a melhoria contínua junto das unidades de internamento e permitindo um primeiro contacto das unidades com esta forma de avaliação, seus requisitos e objetivos.

Foram realizadas 174 visitas de avaliação da qualidade que envolveram 43 profissionais das áreas médica, enfermagem e social, externos e independentes face à rede, aos quais foi dada formação específica sobre a RNCCI, a sua filosofia e princípios, sobre qualidade e técnicas de auditoria.

O referencial de avaliação foi constituído por 2 partes. A primeira destinou-se a avaliar a prestação de cuidados de saúde e reabilitação e serviços aos utentes de acordo com a respetiva tipologia e filosofia dos cuidados continuados nas vertentes de acesso e continuidade de cuidados e serviços, Plano Individual de Intervenção, gestão do processo de cuidados e da informação, informação e comunicação com a/o utente, direitos da/o utente e promoção da autonomia, cuidados à/ao utente e serviços à/ao utente.

Os critérios de qualidade estabelecidos nos diferentes grupos que constituem a parte da prestação de cuidados de saúde e apoio social apresentaram um grau de cumprimento de 80%.



A segunda parte do referencial de avaliação destinou-se a avaliar a organização e funcionamento da unidade ao nível da organização, melhoria, recursos instalações, e funcionamento nas vertentes de Organização, Garantia da Qualidade, Medicação, Recursos Humanos, Instalações e Equipamentos, Segurança das Instalações e Controlo de Infeção e Gestão de Resíduos. Esta parte de organização e funcionamento apresentou um grau de cumprimento de 78%.

12.1.4 Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A UMCCI solicitou ao Instituto Nacional de Administração (INA, I.P.) e UNL-FCM para efetuar um estudo de caracterização dos utentes admitidos em 2008 nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo sido os resultados publicados em 2009.

Os resultados mostraram, entre outros, que de forma geral, os utentes da tipologia de longa duração são os que têm pior classificação nas diversas variáveis. Nesta tipologia todos os utentes apresentam incapacidade. O estado cognitivo é idêntico nas tipologias de convalescença e de média duração, sendo avaliado como bom até aos 79 anos e como mau a partir desta idade. No entanto, na longa duração, a avaliação negativa está presente em todos os grupos de utentes.

Em algumas dimensões de análise (Queixas de saúde, Locomoção, Autonomia física e Autonomia instrumental), a classificação é feita com base na menor pontuação obtida nos itens avaliados. Noutros casos, a classificação corresponde à média das pontuações em todos os itens. O método de avaliação baseado na menor pontuação tem como resultado um enviesamento, com tendência para produzir resultados mais negativos.

12.1.5 Auditorias de âmbito clínico

A UMCCI solicitou a realização externa de Auditoria do Processo Clínico, Plano de Cuidados e de Enfermagem, Reabilitação e Práticas Farmacêuticas, em uso nas Unidades da RNCCI nas Regiões de Saúde em Portugal Continental. Todas as auditorias foram efetuadas durante o ano de 2009.

O ciclo de auditorias clínicas foi adjudicado pela Administração de Saúde de cada região, sob a coordenação geral da UMCCI.



Foram efetuadas auditorias clínicas a 33 instituições, que incluíram 24 Unidades de Longa Duração e Manutenção, 16 Unidades de Média Duração e Reabilitação, 9 Unidades de Convalescença e 3 Unidades de Cuidados Paliativos.

No que diz respeito aos Planos Individuais de Intervenção, evidenciou-se um esforço na sua implementação. Quase metade das Unidades auditadas (48%) aplica algum Plano Individual de Intervenção (PII). Recomendação definida: O estabelecimento de objetivos comuns e a programação de reavaliações periódicas, adequadas às patologias e à situação individual de cada utente é essencial.

Verificou-se na grande maioria das Unidades (76%) a existência de uma revisão da terapêutica farmacológica. Verificou-se também em grande parte das Unidades (67%) uma ausência de discrepâncias entre a prescrição e a dispensa da medicação ao utente.

Nas práticas farmacêuticas, nomeadamente as condições ambientais do armazenamento (um espaço adequado, controlo das condições físicas e uma organização logística racional), os aspetos relacionados com o prazo de validade de medicamento (seguir o princípio primeiro entrado/primeiro saído e efetuar um controlo do prazo de validade) e o manter do princípio da rastreabilidade do medicamento (indicar sempre o nome, lote e validade do medicamento) careciam de atenção.

Das Instituições que têm uma vertente de reabilitação por excelência, caso da Média Duração e Reabilitação (UMDR), Convalescença (UC) ou ambas, 86% tinham acesso aos serviços de um médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação. No entanto, verificou-se que cerca de metade destes profissionais não faz registos, não participa na elaboração do Plano Individual de Intervenção ou não faz parte da equipa multidisciplinar. Recomendação definida: A avaliação clínica e funcional, prescrição de um programa de reabilitação adequado a cada situação, com prognóstico funcional e objetivos temporais a médio e longo prazo, devem fazer parte do plano multidisciplinar de intervenção.

12.1.6 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Financiamento Direto às Famílias (FDF)

No sentido de otimizar o Processo de Financiamento Direto às Famílias, o ISS,IP solicitou à Accenture a realização de um estudo com o objetivo de efetuar a reengenharia operacional do FDF nas vertentes de processos, organização, recursos humanos e sistema de informação, de forma a garantir a conceção de um modelo que, no plano administrativo reduza a complexidade burocrática e a demora associada aos procedimentos inerentes ao processo.



A partir deste estudo pretendeu-se ainda definir um novo Modelo de FDF que respeite, no plano técnico, a natureza local e regional que deve presidir à identificação e acompanhamento das pessoas em risco, em alinhamento com as necessidades de proximidade exigidas neste tipo de processos; promover a proximidade às populações com uma permanente adequação dos sistemas e serviços; aumentar a qualidade final do serviço social prestado, promovendo a atualização e sistematização da informação para o correto mapeamento entre a realidade social dos cidadãos e a adequação das respostas sociais.

Para a melhoria do FDF foram efetuadas recomendações que apontam para a:

- Desmaterialização, automatização e desburocratização do processo;
- Definição de critérios e ponderadores multidimensionais de gestão da lista de espera;
- Centralização do processo de receção e conferência de faturas;
- Definição de procedimentos sistemáticos e aleatórios de fiscalização às unidades prestadoras.

12.1.7 Sistema de gestão do financiamento Direto à Família (SGFDF)

O Modelo de Financiamento Direto às famílias no âmbito da RNCCI pressupõe a existência de um sistema integrado de informação capaz de suportar os processos da exclusiva competência da Segurança Social – cálculo da comparticipação ao utente.

Em articulação com o Instituto de Informática (II,IP) foi desenvolvida uma ferramenta integrada de suporte à atividade da Segurança Social, com o objetivo de possibilitar a consulta direta a outros sistemas de informação internos, bem como a diferentes bases de dados externas.

Pretende-se que através do SGFDF seja possível efetuar uma monitorização efetiva para avaliar globalmente o funcionamento do sistema, nas suas múltiplas dimensões: financeira, clientes, processos e recursos humanos.

Foram identificadas as seguintes vantagens:

- Maior rigor e uniformização procedimentos;
- Agilização dos procedimentos de trabalho dos técnicos da SS (melhorias processuais e tecnológicas, bem como um aumento da eficácia e eficiência do trabalho desenvolvido pelos Técnicos);
- Incremento da comodidade dos utentes/ famílias, a quem se dispensa da entrega de comprovativos de rendimentos;



- Garantia da proteção dos dados relativos aos rendimentos do utente e respetivo agregado familiar.

Esta parceria com o II, IP decorreu entre 2009 e o ano 2010, tendo sido realizado um piloto em Dezembro de 2010, com a participação das ECL. Contudo, este sistema não entrou em produção devido à publicação do Decreto-Lei 70/2010 de 16 de Junho – Condição de Recursos. A entrada em vigor deste normativo veio alterar os pressupostos do cálculo da comparticipação da Segurança Social aos utentes internados nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da RNCCI que se encontra sujeita aos requisitos subjacentes à condição de recursos.

12.1.8 Recursos humanos

A Rede definiu a sua composição através de um modelo de respostas diversificadas com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados. Este desenvolvimento conduziria à criação de novos postos de trabalho. Este pressuposto necessitava de evidência. Nesse sentido a Unidade de Missão solicitou ao Instituto Nacional de Administração (INA) um estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI, com o objetivo de efetuar um diagnóstico de caracterização do capital humano da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e avaliar se a Rede tem contribuído para a criação de emprego.

Em Setembro de 2009, num universo estudado de 166 unidades de internamento com um total de 4842 profissionais, evidenciou-se que de acordo com as respostas dadas ao questionário, existem profissionais que desempenham funções em mais de uma tipologia.

No que diz respeito ao vínculo contratual, a situação de maior estabilidade de emprego verificou-se nas regiões do Norte e Alentejo, onde aproximadamente metade dos profissionais possuía um contrato a tempo indeterminado e são menos os que se encontravam em prestação de serviço. Ao contrário, o Algarve é a região onde predominava o recurso ao contrato de prestação de serviços, e onde era menos frequente o contrato a tempo indeterminado.

Considerando que a RNCCI arrancou em Novembro de 2006, constata-se que as Unidades de Internamento cresceram bastante ao longo dos anos de adesão à Rede, em termos de recursos humanos.

Tendo em conta que os questionários recebidos foram preenchidos entre Setembro e Novembro de 2009 e que a RNCCI arrancou em Novembro de 2006, através das respostas dos inquiridos/as à antiguidade



no posto de trabalho, verifica-se que a maioria dos respondentes só começou a trabalhar nas respetivas Unidades, depois de estas terem aderido à Rede.

Consequentemente, partindo dos resultados o INA inferiu que a RNCCI contribuiu significativamente para a criação de empregos, dado que **36,6% de profissionais declarou ser este o seu primeiro emprego**.

Em termos absolutos, i.e., número de novos postos de trabalho, o Norte, seguido do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo foram as regiões que mais empregos criaram. No Alentejo e no Algarve, a criação de novos postos foi menos acentuada. No entanto, em termos relativos, i.e., número médio de postos de trabalho criados por Unidade, foi o Norte e o Algarve que mais contribuíram para a criação de emprego, tendo sido no Alentejo que essa tendência menos se fez sentir.

12.1.9 Demências

Em relação às demências foi produzido um documento da UMCCI em Julho de 2007, imediatamente a seguir ao terminar das experiências piloto da RNCCI. Foi equacionado o cenário de respostas específicas para este fim. Foi solicitado um estudo à Universidade Católica sobre Demências e Alzheimer, com conclusões em 2009. Foram efetuadas visitas internacionais a respostas para demências. Efetuou-se reunião sob a égide do Ministério da Saúde para articulação dos diferentes sectores, a este respeito, com o pressuposto que estas respostas devem ser ambulatoriais e que a institucionalização é sempre o fim de linha, devendo focar-se o planeamento em serviços baseados na comunidade e não em instituições.

O estudo evidenciou uma necessidade de identificação das demências nas fases mais precoces – formas ligeiras/1º período da doença e formas moderadas/2º período da doença, que representam cerca de 66% do total - e a necessidade de treino dos profissionais, situação que em relação à RNCCI levou à sua inserção nas necessidades de formação, que incluem: cuidados centrados na pessoa com demência - cuidar em contexto; aspetos técnicos fundamentais e específicos dos cuidados no quotidiano; a saúde do cuidador familiar.

A nível internacional e todos os países nos seus planos mais recentes para demência colocam ênfase neste âmbito, com a necessidade de formação e envolvimento dos cuidados primários de saúde, porque as respostas de ambulatório devem ser no âmbito da reabilitação psico-cognitiva das fases mais precoces e para isso os doentes devem estar identificados e referenciados. Internacionalmente as melhores estimativas assumem que só 50% dos doentes estão diagnosticados.

Segundo o estudo da Universidade Católica as 3 formas da demência têm implicação nos cuidados:



- Formas ligeiras/1º período da doença - cerca de 27% dos doentes encontram-se nessa fase.
- Formas moderadas/2º período da doença - cerca de 40%
- Formas graves/3º período da doença - cerca de 33% - é nestes casos que a institucionalização se equaciona.

O mesmo estudo afirma que existem em Portugal cerca de 50.000 a 90.000 casos, referindo o mesmo que se trata de uma aproximação grosseira, mas que os dados não permitem maior precisão.

As Unidades de dia e promoção de autonomia são Unidades para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ocupando um papel central na prestação de cuidados à demência, através de estimulação psico-cognitiva e sensorial no âmbito de demências leves/moderadas.

No âmbito das respostas em ambulatorio foi regulamentada a criação unidades de dia e promoção de autonomia, com equipa multidisciplinar específica para realizar estimulação psico-cognitiva, para entrarem em experiencia – piloto na RNCCI, 20 unidades com 600 lugares de capacidade, que não foram implementadas até ao momento por limitações de recursos.

Em 2012 a O.M.S. publicou documento sobre Demências, *“Dementia - A public health priority”* que refere que as necessidades de Saúde e Sociais dos idosos frágeis e dependentes, cujo número está em crescimento rápido, deve ser um assunto de grande preocupação em todos os Países. Assim, face ao crescimento do número de situações, este estudo aponta para:

- a necessidade de criação de circuitos e serviços integrados e coordenados saúde-social;
- os custos de cuidados informais representam 45%, os cuidados sociais formais representam 40% e os custos médicos diretos, 15%;
- a necessidade de melhorar o suporte comunitário para apoiar famílias e atrasar institucionalização.
- as áreas prioritárias incluem:
 - Melhorar o alerta e conhecimentos do público e profissionais,
 - Diagnostico precoce,
 - Qualidade para doentes e cuidadores,
 - Suporte aos cuidadores e Treino dos Profissionais.



A estratégia definida pela RNCCI para esta área está em consonância com as recomendações internacionais mais recentes.

12.1.10 Perfil de Cuidados Continuados- Região Norte

Em Junho de 2011 foram publicados os resultados do estudo efetuado pela IASIST, realizado na região Norte, comparando 2009 e 2010, cujos objetivos foram avaliar a classificação de diferentes tipos de doentes e disponibilizar informação sobre a complexidade, a eficiência e a qualidade dos serviços prestados aos utentes internados mediante um *benchmarking* interno, bem como facultar o apoio externo de profissionais especializados em análise da informação para identificar áreas de melhoria.

Os resultados mostraram que:

- Na distribuição por RUG, todos os episódios aparecem classificados no grande grupo da Reabilitação ficando a intensidade desta relacionada com a tipologia. Verificou-se também que à medida que se avança da UC para a ULDM, o tipo de incapacidade evolui de leve para severa.
- Os indicadores de Avaliações adequadas conforme a tipologia e Episódios com melhoria no índice de Katz registam melhorias face a 2009 em todas as tipologias.
- A distribuição de utentes por grupos Katz na admissão e na alta mostra melhores níveis de independência funcional em 2010 face a 2009. Em termos gerais, os ganhos médios em 2010 por atividade considerada por Katz foram superiores aos de 2009.
- Aproximadamente 80% dos pacientes recuperam das úlceras de pressão. Esta percentagem melhora em 2010 face a 2009.
- A maioria das Instituições apresenta em 2010 Ganhos Médios no índice de Katz e Avaliações adequadas superiores a 2009.
- Tendência geral de melhoria em todos os indicadores de qualidade dos dados em 2010 face a 2009.
- No que diz respeito às Instituições, observa-se uma grande preocupação na exaustividade da avaliação dos utentes, principalmente no momento da admissão.



12.1.11 *Estudo do acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de Saúde*

A Entidade Reguladora da Saúde efetuou estudo sobre acesso, tendo sido publicado o relatório em Março de 2011.

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

O conceito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde evidencia-se pelas condições que devem ser satisfeitas e pelas barreiras que devem ser transpostas para os utentes obterem cuidados de saúde. O acesso tem dois componentes: o acesso potencial, que depende da satisfação de condições e da transposição de barreiras, e o acesso realizado, que equivale à efetiva utilização dos cuidados de saúde.

Outra definição conceptual refere-se ao acesso equitativo, o qual ocorre quando os serviços de saúde estão distribuídos de acordo com as necessidades das pessoas, isto é, quando há um acesso igual para todas as pessoas que têm necessidades idênticas.

Verificou-se que a prestação de cuidados continuados de internamento cumpre com as normas da qualidade previstas, pelo que, globalmente, o acesso dos utentes aos cuidados continuados de internamento equivalerá ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

O maior crescimento em termos de número de unidades de internamento entre Fevereiro e Novembro de 2010 verificou-se nos cuidados paliativos, tendo o número de unidades aumentado 19%. O menor crescimento foi o dos cuidados de convalescença, tendo o número das respetivas unidades de internamento aumentado 6%.

A cobertura populacional estimada, considerando áreas de captação até meia hora de viagem em estrada em torno dos estabelecimentos e os dados de população residente, é de cerca de 96%, sendo que a população mais idosa, com idade igual ou superior a 65 anos, tem associada uma cobertura de aproximadamente 94%.

Numa análise espacial conjunta, considerando as duas dimensões espaciais do acesso – proximidade e capacidade –, identificaram-se quatro regiões cujas populações enfrentarão as maiores barreiras espaciais ao internamento nas unidades da RNCCI, designadamente Bragança, Coruche, Guarda e Moura.

No que diz respeito à avaliação da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde pelas unidades de internamento, foram considerados os seguintes fatores: gestão de informação, instalações e equipamentos e melhoria da qualidade.



A maioria dos prestadores tem um cuidado especial com a informação dada ao doente, parecendo ser evidente que a preocupação com as questões da humanização dos cuidados constitui uma prioridade. As unidades demonstraram grande preocupação no planeamento dos cuidados a ter com os doentes, bem como na necessidade de manter os registos atualizados. No que se refere a procedimentos de transferência e alta, nota-se uma preocupação em fazer acompanhar os utentes com a informação clínica adequada.

Em termos gerais, considera-se que a prestação de cuidados continuados integrados cumpre com as normas da qualidade previstas, pelo que, globalmente, o acesso dos utentes aos cuidados continuados de internamento equivalerá ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

12.1.12 Estudo - Diretório de competências, necessidades formativas, bases para o plano de formação

Na sequência dos balanços realizados regularmente entre a UMCCI e a ACSS, ao longo de 2009 e início de 2010, foram analisados os resultados da formação desenvolvida junto dos profissionais, bem como os resultados e as necessidades mais prementes das Equipas e Unidades da Rede.

A partir do diagnóstico efetuado foi apresentada uma candidatura ao POAT/FSE, de modo a serem obtidos recursos financeiros de apoio à execução de um estudo que permitisse caracterizar e antecipar as principais necessidades de formação em cuidados continuados integrados.

A Faculdade de Ciências Médicas da UNL foi selecionada para a realização deste estudo, tendo, publicado os resultados em 2011.

O objeto do estudo consistiu em identificar as competências chave de profissões clínicas que atuam na RNCCI: Médico, Enfermeiro, Psicólogo e Fisioterapeuta.

Como conclusões o estudo refere alguns desafios:

- Profissionalizar a RNCCI,
- Simplificação da governação e da organização, aproximando e dando feedback,
- Contratualização de carteiras de serviços e cuidados e por resultados, estimulando a autoavaliação dos profissionais e das equipas,
- Pensar e avaliar a RNCCI “ de fora para dentro”,
- Investir na qualificação das lideranças e na cooperação e parcerias horizontais (inter equipas e unidades)
- Programar e preparar a formação à luz do “triângulo virtuoso” da inovação nos CCI: investigação CCI – ensino superior CCI – Carteiras de serviços CCI,



- Desenhar os circuitos e a organização a partir do “ciclo de vida do cidadão na Rede”,
- Convocar e responsabilizar parceiros sociais e redes locais,
- Construir redes locais de elevada confiança, que protejam a criação de redes locais de cuidadores informais,
- Desmaterializar procedimentos e rotinas e apostar em SI que dê feedback, promova a responsabilização e a contratualização,
- Dinamizar comunidades de práticas nos CCI e criar “bancos” de práticas de referência em CCI



12.2 Publicações produzidas pela UMCCI

Disponíveis para consulta em www.rncci.min-saude.pt

[Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no âmbito das experiências piloto – Resumo, 2006](#)

[Standards Unidades Cuidados Continuados Integrados](#)

[Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados](#)

[Recomendações para a Melhoria Contínua - Manual do Prestador](#)

[Recomendações para Unidades de Internamento da RNCCI: Exames Auxiliares de Diagnóstico + Material para Tratamento de Úlceras de Pressão](#)

[Prontuário RNCCI - 2010 - Recomendações para a utilização de fármacos](#)

[Importância da avaliação nutricional em cuidados continuados](#)

[Problemas relacionados com medicamentos no idoso](#)

[Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados](#)

[UMCCI Úlceras de Pressão](#)

[UMCCI Unidades de Reabilitação de AVC - resumo executivo](#)

[UMCCI Unidades Reabilitação de AVC](#)

[Orientações para a constituição de equipa de Cuidados Continuados Integrados](#)

[Orientações para o armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos no âmbito da RNCCI](#)

[Política e Estratégia da Qualidade - Março 2009](#)

[Cuidados Continuados - Desafios, 2009](#)

[Integrated Care – Public Service Review: Health 21, 2009](#)

[The continuity of healthcare...and social support for Portuguese citizens..., 2009](#)

[Post Acute and Long Term Care: online web based system of data management](#)

[Outcomes of physical autonomy in Post Acute and Long Term Care](#)

[Post Acute and Long Term Care: instrument for evaluating outcomes](#)



12.3 Legislação, Diretivas Técnicas e Notas Informativas e outras orientações publicadas

A Legislação relevante no âmbito da RNCCI, Diretivas Técnicas, Notas informativas e Outras Orientações encontra-se no *site* da RNCCI www.rncci.min-saude.pt em <http://www.rncci.min-saude.pt/Paginas/Legislacao.aspx> e <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/profissionais/Paginas/dirtecnicas.aspx>

12.3.1 Legislação

1. Atribuição de Apoios Financeiros - Programa Modelar

[Portaria n.º 578/2009. DR 105 SÉRIE I de 2009-06-01](#)

Ministério da Saúde. Altera o Regulamento do Programa Modelar, aprovado pela Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio

[Despacho n.º 3986/2009. DR 22 SÉRIE II de 2009-02-02](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Fixação do montante financeiro disponível para as administrações regionais de Saúde atribuírem apoios financeiros ao abrigo do Programa Modelar, aprovado pela Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio - candidaturas realizadas em 2008

[Portaria n.º 376/2008. DR 99 SÉRIE I de 2008-05-23](#)

Ministério da Saúde. Aprova o Regulamento da Atribuição de Apoios Financeiros pelas Administrações Regionais de Saúde, IP, a Pessoas Coletivas Privadas sem Fins Lucrativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, designado por Programa Modelar

[Decreto-Lei n.º 186/2006. DR 176 SÉRIE I de 2006-09-12](#)

Ministério da Saúde. Estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros pelos serviços e organismos do Ministério da Saúde a entidades privadas sem fins lucrativos



2. Comparticipação

[Decreto-lei n.º 133/2012, de 27 de junho](#)

Altera os regimes jurídicos de proteção social nas eventualidades de doença, maternidade, paternidade e adoção e morte previstas no sistema previdencial, de encargos familiares do subsistema de proteção familiar e do rendimento social de inserção, o regime jurídico que regula a restituição de prestações indevidamente pagas e a lei da condição de recursos, no âmbito do sistema de segurança social, e o estatuto das pensões de sobrevivência e o regime jurídico de proteção social na eventualidade de maternidade, paternidade e adoção no âmbito do regime de proteção social convergente

[Decreto-Lei n.º 70/2010. DR 115 SÉRIE I de 2010-06-16](#)

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de proteção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para a atribuição de outros apoios sociais públicos, e procede às alterações na atribuição do rendimento social de inserção, tomando medidas para aumentar a possibilidade de inserção dos seus beneficiários, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 164/99, de 13 de Maio, à segunda alteração à Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio, à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2003, de 2 de Agosto, à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 283/2003, de 8 de Novembro, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril

[Despacho normativo n.º 34/2007. DR 181 SÉRIE II de 2007-09-19](#)

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete do Ministro. Definição dos termos e condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

3. Ministério da Saúde

[Decreto-Lei n.º 124/2011. DR n.º 249, Série I de 2011-12-29](#)

Aprova a nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde

4. Preços

[Portaria n.º 220/2011. DR n.º 106, Série I de 2011-06-01](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde



Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a praticar no ano de 2011

[Despacho n.º 12082/2010. DR 144 SÉRIE II de 2010-07-27](#)

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social
Fixa o valor diário a pagar pela segurança social, por utente, às unidades de longa duração e manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas

[Portaria n.º 189/2008. DR 35 SÉRIE I de 2008-02-19](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde
Altera a Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, que fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstos no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI. Revoga a Portaria n.º 994/2006, de 6 de Setembro

[Declaração de Retificação n.º 101/2007. DR 208 SÉRIE I de 2007-10-29](#)

Presidência do Conselho de Ministros - Centro Jurídico. Retifica a Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), publicada no suplemento ao Diário da República, 1.ª série, n.º 171, de 5 de Setembro de 2007

[Portaria n.º 1087-A/2007. DR 171 SÉRIE I, 1º SUPLEMENTO de 2007-09-05](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde
Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI. Revoga a Portaria n.º 994/2006, de 6 de Setembro



5. Programa Nacional de Cuidados Paliativos

[Despacho n.º 28941/2007. DR 245 SÉRIE II de 2007-12-20](#)

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Cria o grupo de trabalho que operacionalizará os objetivos contidos no Programa Nacional de Cuidados Paliativos

6. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

[Despacho n.º 16635-C/2012, de 31 de Dezembro de 2012](#)

Ministérios da Saúde, da Solidariedade e Segurança Social e Finanças – Autoriza o Instituto da Segurança Social, IP e as Administrações Regionais de Saúde, a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados com as entidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

[Despacho n.º 7968/2011. DR n.º 107, Série II de 2011-06-02](#)

Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. Determina que em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem de existir uma equipa de gestão de altas (EGA) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)

[Despacho n.º 6359/2011. DR n.º 73, SÉRIE II de 2011-04-13](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Cria uma equipa coordenadora local (ECL), para a coordenação operativa da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), em cada agrupamento de centros de saúde (ACES), e em cada unidade local de saúde, que não tenha ACES constituído

[Despacho n.º 3730/2011. DR n.º 40, Série II de 2011-02-25](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Identificação das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010 e 2011

[Despacho n.º 3020/2011. DR 30, Série II de 2011-02-11](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Determina que as equipas coordenadoras da RNCCI garantem, nas unidades de internamento de longa duração e manutenção (ULDM), a admissão prioritária de utentes provenientes diretamente de lares de idosos com acordos de cooperação com a Segurança Social, até ao máximo de 10 % da sua capacidade



[Declaração de retificação n.º 2605/2010, DR n.º 243 SÉRIE II de 2010-12-17](#)

Retifica o despacho n.º 6132/2010, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 67, de 7 de Abril de 2010, que identifica as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

[Decreto-Lei n.º 131/2010. DR n.º 240, SÉRIE I de 2010-12-14](#)

Introduz o mecanismo do anúncio voluntário de transparência, modifica o regime da invalidade de atos procedimentais de formação de contratos administrativos, clarifica a aplicação de regras do Código dos Contratos Públicos, procede à quinta alteração ao Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro, e transpõe a Diretiva n.º 2007/66/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Dezembro, que altera as Diretivas n.os 89/665/CEE, do Conselho, de 21 de Dezembro, e 92/13/CEE, do Conselho, de 25 de Fevereiro, no que diz respeito à melhoria da eficácia do recurso em matéria de adjudicação de contratos públicos

[Despacho n.º 6132/2010. DR n.º 67, Série II de 2010-04-07](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Identifica as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

[Despacho n.º 2732/2009. DR 14 SÉRIE II de 2009-01-21](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Identificação das unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

[Despacho n.º 1408/2008. DR 8 SÉRIE II de 2008-01-11](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Identificação das unidades que integram a RNCCI, com efeitos a 1 de Julho de 2007

[Despacho n.º 19040/2006. DR 181 SÉRIE II de 2006-09-19](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Define a constituição, organização, e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível regional e a nível local

[Decreto-Lei n.º 101/2006. DR 109 SÉRIE I-A de 2006-06-06](#)

Ministério da Saúde. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



Saúde Mental

[Portaria n.º 183/2011. DR n.º 87, Série I de 2011-05-05](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde
Define os preços dos cuidados continuados integrados de saúde mental prestados pelas unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário

[Portaria n.º 149/2011. DR n.º 70, Série I de 2011-04-08](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental

[Decreto-Lei n.º 22/2011. DR n.º 29, Série I de 2011-02-10](#)

Ministério da Saúde. Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro

[Despacho n.º 15229/2010. DR n.º 195, SÉRIE II de 2010-10-07](#)

Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Estabelece as competências, no âmbito da UMCCI, da equipa de projeto encarregue da prossecução das incumbências relativas às respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental

[Decreto-Lei n.º 8/2010. DR 19 SÉRIE I de 2010-01-28](#)

Ministério da Saúde. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência

7. Transporte

[Despacho n.º 7861/2011. DR n.º 105, Série II de 2011-05-31](#)

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Aprova o Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde



8. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

[Deliberação n.º 2020/2012. DR 245 SÉRIE II de 2012-12-19](#)

Ministério da Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Conclusão do processo de fusão UMCCI/ACSS, IP

[Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010. DR 94 SÉRIE I de 2010-05-14](#)

Presidência do Conselho de Ministros. Prorroga por quatro anos o mandato da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de Dezembro, e atribui-lhe competências no âmbito das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental

[Despacho n.º 10963/2008. DR 74 SÉRIE II de 2008-04-15](#)

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Subdelegação de competências do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde na Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

[Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006. DR 241 SÉRIE I de 2006-12-18](#)

Presidência do Conselho de Ministros. Cria uma estrutura de missão para os cuidados continuados integrados

9. Unidades Privadas de Saúde

[Decreto-Lei n.º 279/2009. DR 193 SÉRIE I de 2009-10-06](#)

Ministério da Saúde. Estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde

12.3.2 Diretivas Técnicas

2012

[Diretiva Técnica n.º 7, UMCCI, setembro 2012](#) - Consentimento informado e termo de aceitação

[Diretiva Técnica n.º 6, UMCCI, agosto 2012](#) - Módulo do aplicativo GestCare - "Reações adversas medicamentosas"

[Diretiva Técnica n.º 5, UMCCI, agosto 2012](#) - Esclarecimento adicional - Diretiva Técnica n.º 2/UMCCI/2012, de 11.04 quanto à referência de doentes para unidades de longa duração e manutenção



[Diretiva Técnica n.º 4, UMCCI, julho 2012](#) - Celebração de acordos no âmbito da RNCCI

[Diretiva Técnica n.º 3, UMCCI, junho 2012](#) - Período de vigência dos acordos celebrados no âmbito da RNCCI

[Diretiva Técnica n.º 2, UMCCI, abril 2012](#) - Esclarecimento sobre os critérios gerais de referenciação de doentes para unidades internamento, de ambulatório e equipas RNCCI

[Diretiva Técnica n.º 1, UMCCI, março 2012](#) - Unidade preferencial

2011

[Diretiva Técnica n.º 3, UMCCI, agosto 2011](#) - Cuidados Paliativos - Registos na plataforma da RNCCI

[Diretiva Técnica n.º 2, UMCCI, agosto 2011](#) - Módulo/Escala de Edmonton

[Diretiva Técnica n.º 1, UMCCI, março 2011](#) - Utentes referenciados para unidades de internamento da RNCCI à espera de vaga

2010

[Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2010](#) - Módulos de preenchimento obrigatório

2009

[Diretiva Técnica n.º 3/UMCCI/2009](#) - Modelo de Referenciação de Utentes

[Modelo de referenciação RNCCI](#)

2008

[Diretiva Técnica n.º 5/UMCCI/2008](#) - Processo Individual de Cuidados do Utente da RNCCI

[Diretiva Técnica n.º 4/UMCCI/2008](#) - Consentimento Informado e Termo de Aceitação de Internamento

[Diretiva Técnica n.º 2/UMCCI/2008](#) - Manual de Planeamento e Gestão de Altas

[Manual de Planeamento e Gestão de Altas](#)

[Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008](#) - Critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e equipas da RNCCI



12.3.3 Notas Informativas

2012

[Nota Informativa n.º 8, UMCCI, novembro 2012](#) - Ligação da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - "Gestcare CCI" à Plataforma de Dados da saúde

[Nota Informativa n.º 7, UMCCI, outubro 2012](#) - Celebração de acordos no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Esclarecimento adicional

[Nota Informativa n.º 6, UMCCI, julho 2012](#) - Retificação do ofício circular n.º 72-2009 de 10 de Fevereiro - Admissão de Utentes em Unidades da RNCCI

[Nota Informativa n.º 5, UMCCI, junho 2012](#) - Informação adicional - Transporte não urgente de doentes no âmbito da RNCCI

[Nota Informativa n.º 4, UMCCI, junho 2012](#) - Transporte não urgente de doentes no âmbito da RNCCI

[Nota Informativa n.º 3, UMCCI, março 2012](#) - Utilização de desfibrilhação automática externa

[Nota Informativa n.º 2, UMCCI, março 2012](#) - Administração endovenosa de fármacos - Esclarecimento às entidades prestadoras da RNCCI

[Nota Informativa n.º 1, UMCCI, março 2012](#) - Prontuário RNCCI - Recomendação para a utilização de fármacos

2011

[Nota Informativa n.º 5, UMCCI, agosto 2011](#) - Transporte de utentes não urgentes no âmbito da RNCCI

[Nota Informativa n.º 4, UMCCI, junho 2011](#) - Transporte de utentes não urgentes no âmbito da RNCCI

[Nota Informativa n.º 3, UMCCI, abril 2011](#) - Regras previstas pelo Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, para efeitos de comparticipação da segurança social aos utentes, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

[Nota Informativa n.º 2, UMCCI, março 2011](#) - Encargos dos beneficiários da ADSE na RNCCI

[Nota Informativa n.º 1, UMCCI, janeiro 2011](#) - Transporte de utentes no âmbito da RNCCI - Esclarecimento adicional

2010

[Nota Informativa n.º 2-A, UMCCI, setembro 2010](#) – Doentes do foro mental - tipologias de resposta específicas

[Nota Informativa n.º 3, UMCCI, agosto 2010](#) - Esclarecimento sobre a reserva de lugares em unidades de cuidados continuados integrados



[Nota Informativa n.º 2, UMCCI, julho 2010](#) - Doentes do foro mental - tipologias de resposta específicas

[Nota Informativa n.º 1, UMCCI, junho 2010](#) – Esclarecimento sobre a faturação aos subsistemas públicos

2008

[Nota Informativa n.º 1, UMCCI, agosto 2008](#) – Transportes de utentes no âmbito da RNCCI

12.3.4 Ofícios

2011

[Ofício n.º 77/2011, de 14 de junho](#) - Procedimentos de registo e de transferência de utentes pelas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

2010

[Ofício n.º 207/2010, de 8 de setembro](#) - Esclarecimento adicional à Nota Informativa n.º 2-A-UMCCI, Setembro 2010 - doentes do foro mental - tipologias de respostas específicas

[Ofício n.º 185/2010, de 15 de julho](#) - Período de internamento

[Ofício n.º 172/2010, de 8 de julho](#) – Referenciação de Utentes com Úlceras de Pressão

[Ofício n.º 173/2010, de 7 de julho](#) – Programa Consulta a Tempo e Horas

[Ofício n.º 156/2010, de 23 de junho](#) – Submissão a visto prévio do Tribunal de Contas dos Acordos da RNCCI que, pela Lei do Orçamento de Estado de 2010, são excecionados de fiscalização prévia

[Ofício n.º 59/2010, de 29 de março](#) – Descanso do principal cuidador

[Ofício n.º 60/2010, de 24 de março](#) - Escolha da tipologia

2009

[Ofício n.º 306/2009, de 11 de novembro](#) - Reserva de lugar em unidades de internamento da RNCCI

[Ofício n.º 270/2009, de 1 de outubro](#) - Unidade preferencial

[Ofício n.º 235/2009, de 7 de setembro](#) - Unidade preferencial

[Ofício n.º 73/2009, de 10 de fevereiro](#) - Admissão de utentes em Unidades da RNCCI

[Ofício n.º 52/2009, de 19 de janeiro](#) - Faturação de cidadãos estrangeiros internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados no âmbito da RNCCI



[Ofício n.º 08/2009, de 7 de janeiro](#) - Atualização dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da RNCCI - Tabela de Preços que constitui o Anexo II à Portaria n.º 1087/A/2007, de 5 de Setembro

2008

[Ofício n.º 487/2008, de 22 de setembro](#) - Reserva de lugar em unidades de internamento da RNCCI

[Ofício n.º 425/2008, de 18 de julho](#) - Reserva de lugar em unidades de internamento da RNCCI

[Ofício n.º 357/2008, de 9 de maio](#) - Terceiro responsável

[Ofício n.º 1/2008, de 15 de janeiro](#) - Atualização dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da RNCCI - Tabela de Preços que constitui o Anexo II à Portaria n.º 1087/A/2007, de 5 de Setembro