

ENQUADRAMENTO DAS UNIDADES DE CONVALESCENÇA NA RNCCI NO ÂMBITO DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO



RESUMO

2006

Índice

1. O conceito das unidades de convalescença: Uma visão internacional.....	3
2. Situação portuguesa	8
3. A definição das unidades de convalescença em Portugal	14
4. Tipologias de utentes e critérios de admissão	15
5. Objectivos das unidades de convalescença	17
6. Tipologias de cuidados	18
7. Características gerais das Unidades de convalescença.....	19
7.1 Âmbito de referência	19
7.2 Localização	19
7.3 Articulação	21
7.4 Metodologia de trabalho das unidades de convalescença	23
7.5 Modelos de Gestão	24
7.6 Recursos Económicos.....	26
8. Bibliografia	27

1. O conceito das unidades de convalescença: Uma visão internacional

Já nos séculos XVIII e XIX foram criadas estruturas denominadas de convalescença, que se destinavam à prestação de cuidados básicos de alimentação e higiene. Esta concepção evoluiu ao longo do tempo e não tem relação com aquilo que se entende actualmente por Unidade de Convalescença.

Não existe um consenso de definição internacional para este tipo de unidades, encontrando-se sob a mesma designação conceitos diversos.

O termo “*convalescent homes*” é frequentemente utilizado como sinónimo de *nursing homes* ou *rest homes*, sendo que existem diferenças significativas entre estas instituições. As *convalescent homes* são desenhadas de forma a recriar um ambiente similar ao do domicílio e destinam-se a doentes que recuperam de uma doença de evolução prolongada. Muitos dos residentes destas instituições regressam ao seu domicílio após a recuperação mas alguns deles podem permanecer nestas instituições até ao fim da sua vida.

É, pois, importante desenvolver quer o seu percurso ao longo do tempo, quer os seus diferentes enquadramentos.

Na história do seu desenvolvimento, cabe destacar a contribuição de Marjory Warren que, na década de 40, no West Middlesex Hospital, Inglaterra, demonstrou que se podiam reverter algumas situações de dependência de doentes idosos crónicos e dependentes, mediante a avaliação geriátrica e uma reabilitação integral. (Matthews DA. *Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. J Am Geriatr Soc* 1984;32 (4):253-8). A actividade desta instituição pioneira desenvolveu-se no âmbito dos cuidados de longa duração, em doentes com perda funcional potencialmente reversível, baseando-se no trabalho em equipa multidisciplinar, na realização de planos terapêuticos individualizados e obtendo como resultado melhoras funcionais significativas que permitiram que uma importante percentagem de doentes regressasse ao seu domicílio.

Os cuidados de convalescença recebem distintas denominações nos vários países. Assim, por exemplo:

- Nos EUA e países anglo-saxónicos denominam-se “*Geriatric Assessment Units (GAU)*” ou “*Geriatric Rehabilitation Units*” (Applegate WB, *J Am Geriatric Soc.*, 1983;31:206-210)
- Na França denominam-se “*Moyen Sejour*” (Métayer, *Techniques Hospitalières*, 1988, nº509:19-22).

- Na Catalunha denominam-se “Unitats de Convalecencia” (*Programa Vida Als Anys, Servei Català de la Salut, 1986*) e no resto da Espanha “Unidades de Media Estancia” (*Carbonell A, Revista Esp. Geriatriae Gerontologia, 1986; 21:309-315*). Neste caso as unidades abrangem doentes com processos de recuperação de curta duração (postagudos) e de media duração.

Poderão ainda denominar-se como unidades de *cuidados intermédios* – “Intermediate Care”, unidades de subagudos – “Post-Hospital sub-acute care unit” – ou unidades de transição – “Transitional Care Unit”- (*Von Stenberg, J Am Geriatric Soc, 1997; 45: 87-91*).

O conceito de *intermediate care* como sinónimo de convalescença é um conceito emergente. Não é consensual a definição dos serviços de *intermediate care*. Segundo a definição mais abrangente, da responsabilidade do Royal College of Physicians of London, são os serviços de saúde que não carecem dos recursos de um hospital de agudos mas que estão para além dos tradicionalmente disponíveis nos cuidados primários. (*René J F Mails, Marcel G M Lode Racket, Stuart G Parker and Monique I J van Liken. What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. BMJ 2004;329:360-361*)

Andrea Steiner refere oito definições de *intermediate care*, cinco das quais contemplam o favorecimento da transição do hospital para o domicílio. Outros objectivos contemplados neste conceito são evitar o internamento hospitalar e proporcionar a melhoria dos cuidados pré e pós episódio agudo.

Definições encontradas na bibliografia internacional sobre o tema de *intermediate care* (Medline e CINAHL) descrevem como cuidados continuados domiciliários de enfermagem – “Nursing Home Care” –. Esta definição deriva provavelmente da existência de instituições de cuidados continuados nos Estados Unidos e Japão que fazem recordar as *nursing homes*. As dificuldades surgem quando alguns autores utilizam, a título individual, o mesmo termo para descrever um tipo de cuidados intensivos menos avançado. (*BMJ 14 August 2004;329:360-361*)

Definições de <i>intermediate care</i>	
British Geriatrics Society	Abordagem que visa facilitar a transição dos doentes da doença à recuperação, ou prevenir o seu internamento numa instituição, quando se verifica uma situação de incapacidade crónica no domicílio, ou favorecer o bem-estar e conforto possíveis a pessoas com doenças terminais. Compreende uma gama de serviços que visa a facilitar a transição do hospital para o domicílio e da dependência para a independência funcional. Os objectivos dos cuidados são sobretudo a reabilitação e a recuperação global da saúde Estes serviços não necessitam dos recursos de um hospital de agudos e estão para além dos serviços tradicionalmente prestados pelas equipas de cuidados primários. Incluem “cuidados substitutivos” e “cuidados a pessoas com necessidades complexas”. Esta é a definição do Royal College of Physicians of London.
Medical subject heading (MeSH)	As instituições que prestam <i>intermediate care</i> são instituições que prestam cuidados de saúde e serviços a indivíduos que não requerem o tipo de cuidados prestados nos hospitais ou em <i>skilled nursing institutions</i> mas que, de pela sua condição física ou mental requerem cuidados e serviços para além dos hoteleiros (“ <i>room and board</i> ”)
CINAHL subject headings	<i>Intermediate care</i> são os cuidados prestados a doentes agudos que estão medicamente estabilizados mas demasiado instáveis para serem tratados em contextos alternativos tais como o domicílio, ambulatório ou em residências de cuidados especializados de longa duração – “ <i>traditional skilled long term care</i> ”-
<i>Fonte: René J F Melis, Marcel G M Olde Rikkert, Stuart G Parker and Monique I J van Eijken. What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. BMJ 2004;329:360-361 (14 August)</i>	

O termo “*intermediate*” é habitualmente utilizado de uma forma confusa e é aplicado em diferentes momentos sobre diferentes serviços, contextos ou papéis. (*Audit Commission, 2000, p. 21*) Assim existe uma confusão considerável entre os profissionais da saúde sobre o que é realmente o *intermediate care*. (*Stevenson and Spencer, 2002, p. 5*)

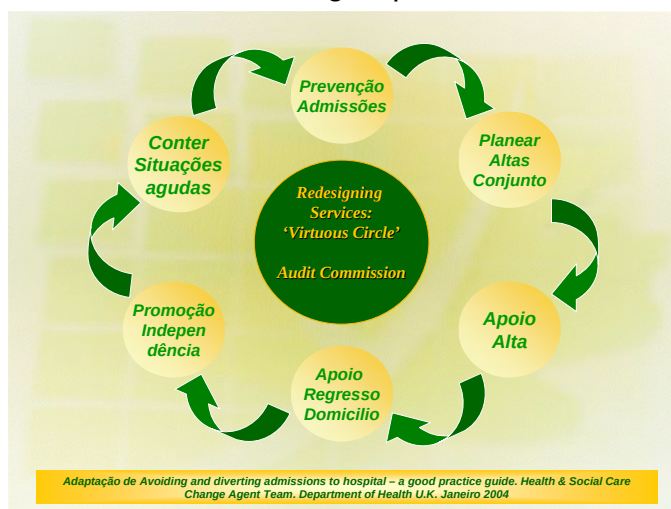
À medida que a rede de cuidados continuados no NHS (Reino Unido) foi sendo desenvolvida, o termo “*intermediate care*” alargou-se também às estruturas das redes de serviços locais de cuidados de saúde e de apoio social. A prestação de cuidados individuais de curta duração aos doentes, com o objectivo de prevenir internamentos desadequados em serviços de agudos ou em

instituições de cuidados de longa duração, envolve a promoção da alta hospitalar, sobretudo, pela facilitação da independência das pessoas no seio da sua comunidade.

Numa revisão bibliográfica sobre o intermediate care realizada em 1997, Steiner concebeu um modelo de articulação de serviços que foram classificados como *Intermediate care*.

A Audit Commission demonstrou que, sem serviços preventivos, de reabilitação e de cuidados domiciliários adequados, as pessoas idosas eram internadas no hospital desnecessariamente e permaneciam aí mais tempo que o necessário. Esta situação conduzia, a piores resultados, por facilitar contrair infecções, síndromas de desorientação em pessoas com deficiências cognitivas, quebra das redes de suporte social. Esta constatação conduziu à necessidade de uma intervenção urgente no que a Audit Commission designa por “círculo vicioso”, tendo como objectivo a criação de recursos que possam constituir alternativas à utilização de camas de agudos ou a admissões desnecessárias em lares.

A Audit Commission, em Janeiro de 2004, definiu o “círculo virtuoso” com a finalidade de reorientar o processo de cuidados pós-hospitalares,



No NHS (Reino Unido), foram definidas as unidades de *Intermediate care* como um serviço específico destinado a responder às necessidades das pessoas que podem beneficiar, após avaliação, de um período de cuidados prestados por uma equipa de profissionais das áreas da saúde, da reabilitação e social. São elegíveis para este serviço, todos aqueles que necessitem de cuidados, após internamento hospitalar ou que apresentem patologia ou perda de mobilidade que, não justificando hospitalização, tenha um impacto significativo na sua capacidade para realizar as actividades básicas da vida diária.

Com o enquadramento de conceitos internacionais mais recentes, podemos considerar as unidades de convalescença como: **Unidades destinadas a pessoas que apresentam uma doença crónica, ou se encontram em fase de recuperação de um processo agudo com perda de autonomia potencialmente recuperável.**

- Estão orientadas para o restabelecimento das funções, actividades ou capacidade alteradas em consequência de processos patológicos prévios (médicos, cirúrgicos ou traumatológicos)
- São utilizáveis para a recuperação de situações agudas e nos casos de reagudização de processos crónicos.
- Trabalham coordenadamente e articulam-se preferencialmente com os hospitais de agudos e os centros de saúde, assim como com os outros tipos de serviços de cuidados continuados, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados aos utentes atendidos.

Como já vimos, existem diferenças entre as várias concepções de unidades de convalescença nos diferentes países com existência de diferentes critérios de admissão, também quanto à proximidade dos hospitais de agudos, à disponibilidade de outros tipos de recursos de longa duração ou de cuidados continuados, ao papel dos cuidados primários e/ou à dotação de pessoal. Contudo, os resultados e benefícios obtidos são semelhantes entre países. Os benefícios estão principalmente relacionados com a recuperação funcional, a mortalidade e a diminuição da institucionalização (*Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomised clinical trial. N.Engl.J.Med 1984;311:1664-70. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. N Engl J Med 1990;322:1572-1578.*)

A existência de necessidades crescentes de cuidados a doentes crónicos e pessoas idosas, assim com os bons resultados obtidos pelas unidades de convalescença, constituem factores que desencadearam uma maior pressão para referenciar doentes em situação subaguda para este tipo de unidades. Neste sentido, existem várias experiências publicadas que confirmam a eficácia das suas intervenções ao nível da melhoria funcional e de outros resultados. (ver bibliografia)

Uma unidade de convalescença possibilita a realização de avaliações integrais e multidisciplinares mais completas, com intervenções reabilitadoras que nos hospitais de agudos. Possibilita simultaneamente a prestação de uma maior intensidade de cuidados que os prestados no domicílio ou em outro tipo de resposta da rede de cuidados continuados.

2. Situação portuguesa

Estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia (U.E.) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050; que entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará (de 16,9% da população para 31,9%) (Fonte: Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Censos 2001: Destaque do INE: Recenseamento Geral da População e Projeções de População 2000-2050) Em 2050, Portugal será o 4º país dos 25 da U.E., com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%), associado à realidade dos países mediterrâneos continuarem a verificar uma baixa Taxa de Natalidade, conjugada com uma longa esperança de vida. (Fontes: **Revista de Estudos Demográficos**, n.º 36, 41 Ar Artig tigo o 3º. Instituto Nacional de Estatística, Gabinete do Presidente/ Departamento de Estatísticas Sociais. Eurostat. *Key data on health 2000*. Luxemburg: European Commission; 2001).

O impacto financeiro do envelhecimento na saúde é significativo. Assim:

- O consumo de Cuidados de Saúde em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é 3,2 vezes superior ao do resto da população (*OECD Health Data 2000*).
- Em relação a uma pessoa de 25 anos, estima-se que uma pessoa de 75 anos:
 - o Aumenta o gasto hospitalar em 700 %,
 - o O gasto ambulatorio e domiciliário em 100 %
 - o O gasto farmacêutico em 72 %.

Mas nas idades superiores a 65 anos coexistem varias patologias que originam dependência:

- Em cada 100 idosos 10 apresentam Pluripatologia e Dependência
- Destes, 10% são doentes terminais
- Em cada 100 idosos entre 10 a 15 têm Demência

Em 2003 um quarto das altas hospitalares deveram-se a patologias crónicas conducentes a dependências (24,2%: 253.004 altas). (Fonte: Documento de Relatório final de diagnóstico da situação actual. Comissão Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Setembro 2005, segundo dados da Direcção Geral da Saúde: Base Dados AIH 2003)

Mas a velhice tem também impacto nos hospitais portugueses. As pessoas com mais de 65 anos representaram em 2003:

- 3 em cada 10 ALTAS (32,3 % do total)
- 5 em cada 10 reinternamentos (48,7 % do total de reinternamentos)
- 53 % dos internamentos de mais de 20 dias
- 49,3 % dos internamentos de mais de 30 dias.

Em 2003 as altas de mais de 20 dias foram de 63.097, representavam 8,1% do total de altas (52,8% de pessoas com mais de 65 anos) com custos médios por cama de cerca de 897 Euros por dia (Fontes: Contabilidade Analítica 2003 Hospitais centrais e Hospitais Distritais Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde Departamento de Gestão Financeira. IGIF, Novembro de 2004. Documento de Relatório final de diagnóstico da situação actual. Comissão Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Setembro 2005, segundo dados da Direcção Geral da Saúde)

Cerca de 58 % Portugueses morre em estabelecimento de saúde com internamento. (Fonte: INE, Estatística de Saúde 2001 e Direcção Geral da Saúde 2003)

Dadas as projecções populacionais, a recente evolução de mortalidade no país e os dados das prevalências das doenças crónicas, espera-se uma tendência ao aumento de incidências de doenças crónicas e incapacitantes nos próximos anos. Este dado indica a necessidade de reorientar o papel das respostas de saúde e sociais, para poder garantir uma oportuna cobertura das necessidades do novo perfil epidemiológico.

Os dados de actividade e produção (demoras médias obtidas, taxas de ocupação, índices de rotação), reinternamentos e análise de altas com demora superior a 7 dias, sugerem o grande potencial que existe ainda nos centros hospitalares para melhorar a sua eficiência e centrar os seus serviços nos utentes internados com necessidade de recursos hospitalares.

Num Sistema de Saúde adaptados às necessidades do cidadão e centrado no doente, este deve aceder aos cuidados necessários, no tempo certo, no local certo, pelo prestador mais adequado

A prossecução de tal desiderato pressupõe de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

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

A composição da RNCCI é definida no Decreto: “constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.”

Os objectivos estabelecidos para a RNCCI são definidos no Artigo 4.º do Decreto –Lei.

Artigo 4.º

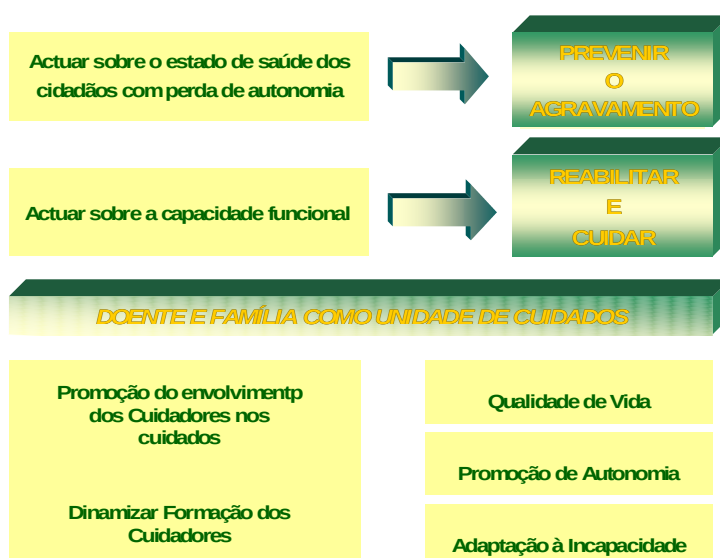
Objectivos

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

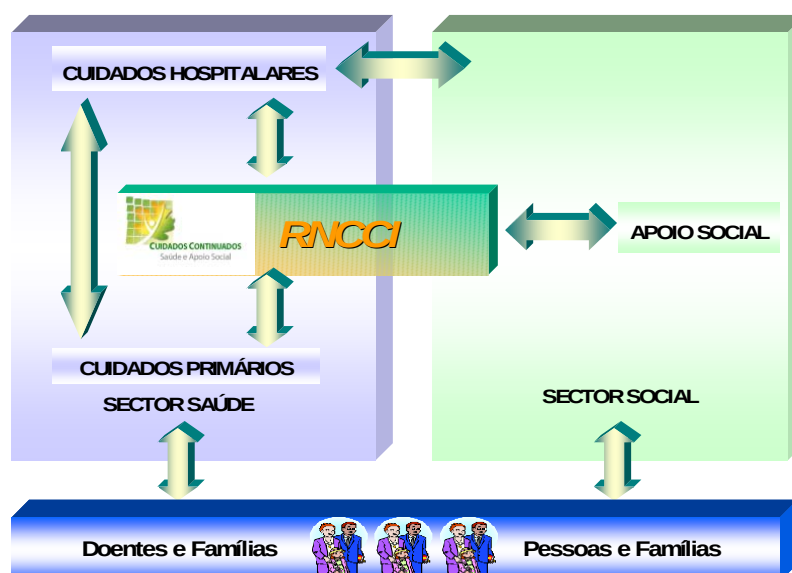
2 - Constituem objectivos específicos da Rede:

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

Os princípios do funcionamento da RNCCI encontram-se resumidos na figura seguinte, assente sob os princípios de ser: **Integral, Global, Interdisciplinar, Harmónico e Equitativo e inserido na Comunidade.**



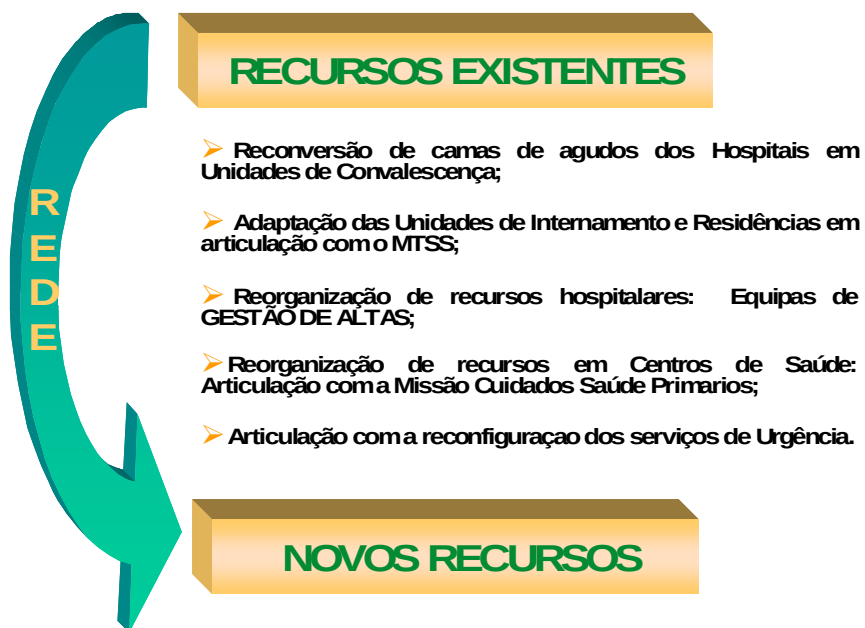
A existência da Rede pressupõe um contínuo de cuidados articulados, com partilha de informação, com envolvimento dos cidadãos e família.



A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados permite:



Linhas orientadoras da Implementação da Rede



No Artigo 12.º do Decreto-Lei são definidas as diferentes tipologias

Artigo 12.º

Tipos de serviços

1 - A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- a) Unidades de internamento;
- b) Unidades de ambulatório;
- c) Equipas hospitalares;
- d) Equipas domiciliárias.

2 - Constituem unidades de internamento as:

- a) Unidades de convalescença;
- b) Unidades de média duração e reabilitação;
- c) Unidades de longa duração e manutenção;
- d) Unidades de cuidados paliativos.

3 - Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

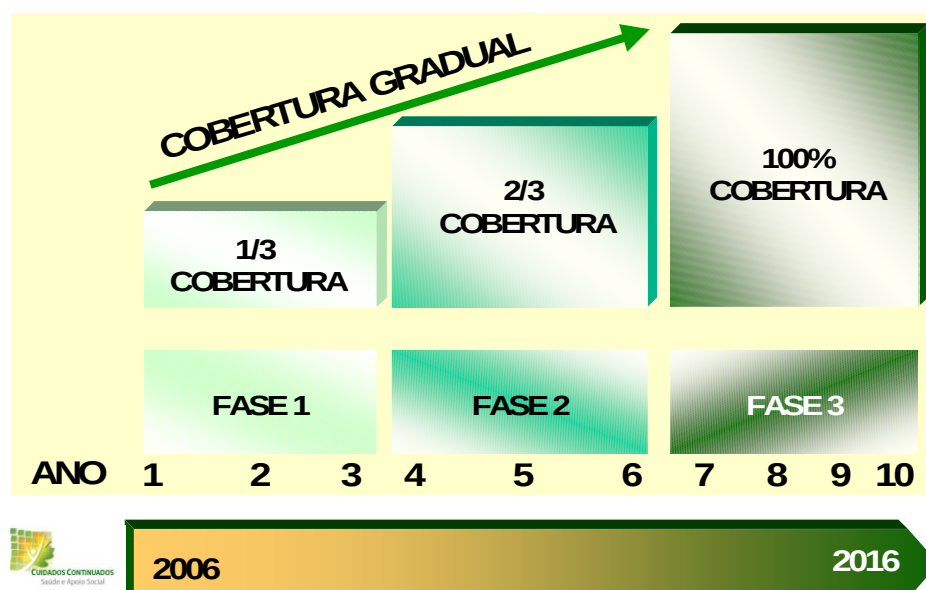
4 - São equipas hospitalares as:

- a) Equipas de gestão de altas;
- b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

5 - São equipas domiciliárias as:

- a) Equipas de cuidados continuados integrados;
- b) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Prevê-se a implementação da RNCCI em 10 anos por 3 Fases:



3. A definição das unidades de convalescença em Portugal

O Decreto - Lei que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados em Portugal define no seu artigo 13 as Unidades de Convalescença:

1 - A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

2 - A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

3 - A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.

4 - A unidade de convalescença pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

Fonte: Artigo 13 do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 109 SÉRIE I-A de Terça-feira, 6 de Junho de 2006

As Unidades de Convalescença devem entender-se como uma resposta organizacional complementar do conjunto de oferta de cuidados que contemplam a rede do SNS.

Em função da existência de mais ou menos tipologias de internamento para Cuidados Continuados e do seu número na RNCCI, assim como da capacidade de resposta dos Cuidados de Saúde Primários, as Unidades de Convalescença poderão diferenciar-se para uma resposta adaptada e específica às necessidades de cada região.

4. Tipologias de utentes e critérios de admissão

As unidades de convalescença estão essencialmente orientadas para a prestação de serviços a doentes dependentes por **perda transitória de autonomia**, isto é, a pessoas que apresentam uma doença de base e que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico e que têm uma perda de autonomia **potencialmente recuperável e não precisam de internamento hospitalar mas que ainda requerem cuidados e tratamento clínico intenso**. Exemplos: Pós-cirurgia, traumatismos e fracturas, AVC, doença crónica com descompensação.

Assim, a **população alvo** para esta tipologia de unidades abrange doentes que sofreram uma perda recente de autonomia ou agravamento da sua dependência devido a um processo agudo ou a uma reagudização de um processo crónico.

Consequentemente, os **critérios de internamento** ou inclusão nesse tipo de recurso baseiam-se em seis conceitos:

- **Dependência recente** susceptível de melhora, com doença de base, compensada, que apresente alguma das seguintes condições:
- **Necessidade permanente de cuidados de enfermagem;**
- **Necessidades de aplicação de técnicas clínicas:**
 - Reabilitação,
 - Aspiração de secreções,
 - Alimentação por sonda nasogástrica,
 - Tratamento de úlceras e feridas,
 - Estomaterapia,
 - Tratamento parentérica,
 - Oxigenoterapia.
- **Necessidade de ajuste farmacológico/administração de terapêutica com supervisão contínua;**
- **Existência** de algum dos seguintes **síndromas geriátricos**: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial, quedas de repetição e doença crónica estável com alto risco de descompensação.

Previsibilidade do tempo de internamento: Possibilidade de estabelecer objectivos terapêuticos definidos temporalmente. No caso da Rede Nacional de CCI em Portugal, a previsão de internamento nestas unidades está definida até 30 dias consecutivos, salvo em situações excepcionais, criteriosamente avaliadas e justificadas pela unidade do ponto de vista clínico autorizadas, mediante proposta da Equipa Coordenadora Local, pela respectiva Equipa Coordenadora Regional.

A problemática social não deverá ser critério de exclusão para internamento em unidades de convalescença.

Alguns estudos (*Geriatría XXI*, 2002) realizados em Espanha, indicam que a primeira causa de internamento neste tipo de unidades é o AVC, seguida da fractura do colo de fémur. Estimam que aproximadamente 60 % dos doentes

têm alta para o domicílio (Sabartés O, *Revista de Gerontologia*, 1995;5: 160-165. Diestre G. *Revista de Gerontologia*, 1995; 5:361-366.)

Consideram-se critérios gerais de exclusão:

- Utente com episódio de doença em fase aguda;
- Previsão de dependência do utente que requeira internamento que ultrapasse os 30 dias;
- Utente que requeira exclusivamente Cuidados Paliativos;

Todos os doentes com uma doença avançada sem expectativas de recuperação devem ser cuidados sob critérios de cuidados paliativos. Estes cuidados são responsabilidade de um conjunto de profissionais, tendo um papel importante a desempenhar os profissionais de Cuidados Primários e das diferentes respostas de cuidados continuados. Por isso é preciso promover a capacidade de resolução destas situações através de informação e formação dos profissionais envolvidos, para prestação de cuidados articulados e coordenados. No processo de cuidados destes doentes, pela sua complexidade, requer serviços específicos de cuidados paliativos no domicílio do doente ou em regime de internamento.

Nas primeiras etapas de desenvolvimento da Rede Nacional de CCI, não existe ainda uma oferta e cobertura, em todo o território, de recursos específicos para doentes em situação avançada ou terminal que necessitem de controlo sintomático ou tratamentos continuados em regime de internamento. Será necessário que algumas das Unidades de Convalescença prestem cuidados a este tipo de doentes.

Neste sentido, deverão estabelecer-se procedimentos de articulação específicos para esta tipologia de doentes, entre as respostas da RNCCI na área dos Cuidados Paliativos e as equipas profissionais das Unidades de Convalescença, para concretizar em que casos e circunstâncias a Unidade pode admitir estes doentes.

- Utente que aguarda a resolução de um problema unicamente de apoio social;
- Utente com patologia que não implique perda de autonomia ou dependência funcional,
- Utente cujo objectivo do internamento seja a avaliação diagnóstica;
- Recusa para o internamento nesta tipologia de resposta, por parte do utente e/ou família

A demência por si não é critério de exclusão mas a presença de distúrbios severos do comportamento poderá ser um factor limitativo no acesso a unidades de convalescença (estes casos seriam candidatos a internamento em unidades específicas de psiquiatria de média ou longa duração).

5. Objectivos das unidades de convalescença

As unidades de convalescença têm como objectivo prioritário a **recuperação funcional** dos doentes com incapacidade ou deterioração inicialmente reversível; mas também prestam cuidados dirigidos à **adaptação dos doentes à incapacidade**, ao **envolvimento e aprendizagem** dos familiares no cuidado das pessoas, ao cuidado e cicatrização de úlceras e feridas, à **planificação do destino do doente** (domicílio, lar, outro recurso) à **alta do internamento da unidade**, à **avaliação dos síndromas geriátricos** e **inclusivamente à estabilização clínica** de doenças em fase subaguda.

Objectivos chave de uma unidade de convalescença:
1. Restabelecer a função tanto quanto possível 2. Favorecer a adaptação à nova situação de dependência 3. Controlar ou estabilizar sintomas ou sequelas 4. Facilitar e potenciar a reinserção familiar e social 5. Potenciar a formação e educação de profissionais e cuidadores.

Em função destes objectivos podem definir-se as funções gerais das unidades de convalescença:

1. Diagnóstico e avaliação complementar de doentes;
2. Reabilitação funcional;
3. Tratamento e controlo de sintomas e/ou sequelas do processo agudo;
4. Coordenação inter e multidisciplinar com os diferentes recursos, intra ou extra-hospitalares;
5. Formação aos diferentes profissionais;
6. Educação para a saúde a cuidadores sobre abordagem de problemas específicos: mobilização, actividades da vida diária;
7. Investigação clínica.

6. Tipologias de cuidados

O Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no seu artigo 14 estabelece a prestação da seguinte tipologia de cuidados:

- a) Cuidados médicos diários;**
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;**
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;**
- d) Prescrição e administração de fármacos;**
- e) Cuidados de fisioterapia;**
- f) Apoio psicossocial;**
- g) Higiene, conforto e alimentação;**
- h) Convívio e lazer.**

Assim, estas unidades necessitam de cuidados de enfermagem efectivas e de uma equipa de reabilitação eficaz para que o doente possa recuperar ao máximo as suas capacidades e ser dada alta para o seu núcleo familiar.

7. Características gerais das Unidades de convalescença

7.1 Âmbito de referência

As unidades de convalescença devem entender-se como uma das respostas do conjunto de tipologias de cuidados que contemplam a Rede Nacional de CCI em cada área territorial e como um recurso intermédio de apoio à recuperação pós-hospitalar.

Em função da existência de mais ou menos tipologias de respostas e em função do volume das mesmas (portanto, do grau de desenvolvimento da rede de cuidados continuados) e do nível resolutivo dos cuidados de saúde primários, estas unidades poderão oferecer respostas diferentes e específicas em cada território, devendo adaptar-se gradualmente tanto ao nível do perfil dos doentes como em relação à sua localização.

Geralmente as unidades de convalescença são definidas para uma área geográfica concreta (um distrito ou ULS, por exemplo) e como apoio de referência de um Hospital ou de um grupo de hospitais.

Os rácios aplicados nos diferentes países para definir a oferta de recursos foram construídos com base nas prevalências estimadas de pluripatologia e dependência relativas às pessoas com mais de 65 anos.

Assim o standard geral a atingir situa-se entre:

1,3 -1,8 Camas por 1000 habitantes > 65 anos

7.2 Localização

A localização preferencial das unidades de convalescença é determinada pela sua própria finalidade e objectivos a atingir. Assim as localizações preferenciais podem definir-se como:

- Unidade específica de convalescença num centro próprio;
- Unidade de convalescença independente, integrada num centro de cuidados continuados onde sejam prestados outras linhas de cuidados (por exemplo, média duração, cuidados paliativos);
- Unidade de convalescença independente, integrada num centro que preste cuidados de reabilitação;
- Unidade de convalescença independente, integrada num centro hospitalar.

Para a boa persecução dos seus objectivos não é aconselhável que a sua localização seja partilhada com serviços de urgências ou centros de alta tecnologia.

Em relação à possibilidade da sua **localização ser partilhada com centros hospitalares**, a experiência adquirida em países com uma longa tradição na prestação de cuidados de convalescença aconselha a ter em consideração os seguintes aspectos:

A efectividade dos cuidados prestados pelas unidades de convalescença está vinculada à visão integral e global do doente na perspectiva da reabilitação global e ao desenvolvimento de um trabalho baseado na multidisciplinaridade e no trabalho em equipa.

Por sua vez, os cuidados prestados nos centros hospitalares centram a sua acção no tratamento específico de problemas segundo tipologias de patologias e aparelhos, isto é, a abordagem do doente é classicamente parcializada e centrada no problema que causa a desestabilização ou a crise.

Assim, quando na mesma estrutura física coabitam uma unidade de convalescença e um centro hospitalar de agudos é necessária a existência de uma diferenciação clara não apenas ao nível dos espaços físicos mas também ao nível da abordagem do doente e da prática clínica desenvolvida.

O risco de absorção das dinâmicas hospitalares é grande; devendo-se evitar que as unidades de convalescença alterem a sua finalidade em detrimento da adopção de modos funcionais subjugados à função do hospital de agudos, como por exemplo, constituir-se como unidades de retaguarda do hospital, centrar-se no atendimento de casos clínicos complexos, desenvolver uma organização que não seja favorável à prestação de cuidados integrais.

Assim, as unidades de convalescença deverão ter a garantia de um funcionamento autónomo com uma organização e administração própria e diferente à do centro hospitalar; com uma direcção clínica específica e uma equipa de profissionais definidos e exclusivos da unidade. No caso queda sua localização ser partilhada com a de um centro hospitalar, poder-se-ão combinar com este alguns serviços tais como os de limpeza, serviços hoteleiros e meios complementares de diagnóstico.

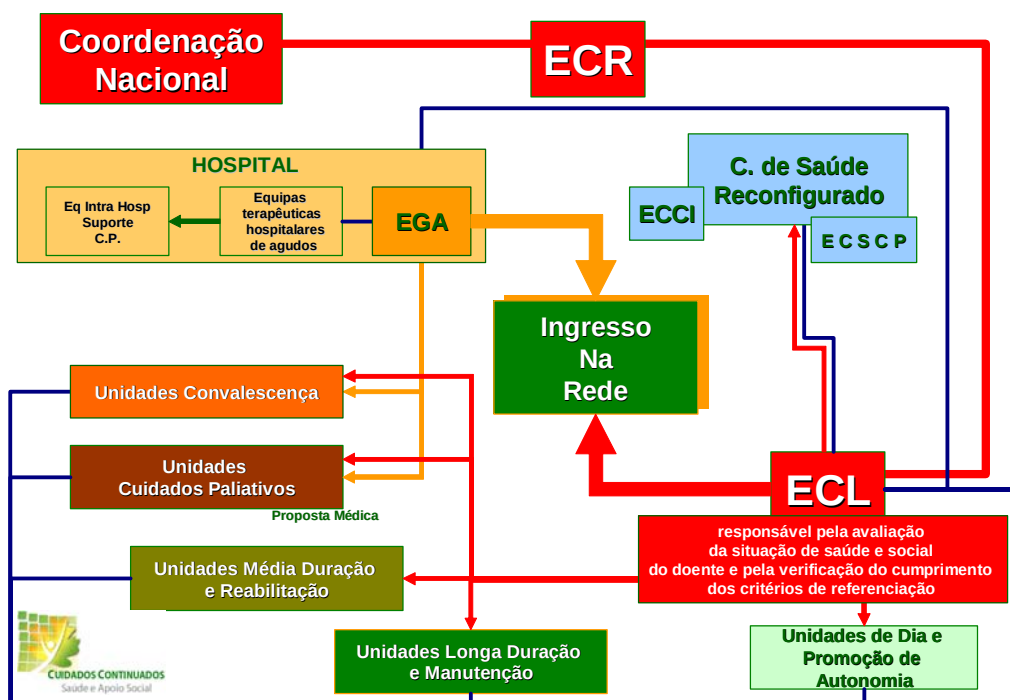
No caso em que a unidade esteja localizada noutra espaço físico, deverá ser preservado o papel que tem definido e o seu financiamento há-de ser específico e reconhecido formalmente através de um contrato (contrato de gestão, protocolo, contrato programa, etc. segundo a natureza jurídica da instituição prestadora dos cuidados) estabelecido com a Administração Regional de Saúde (ARS) correspondente.

7.3 Articulação

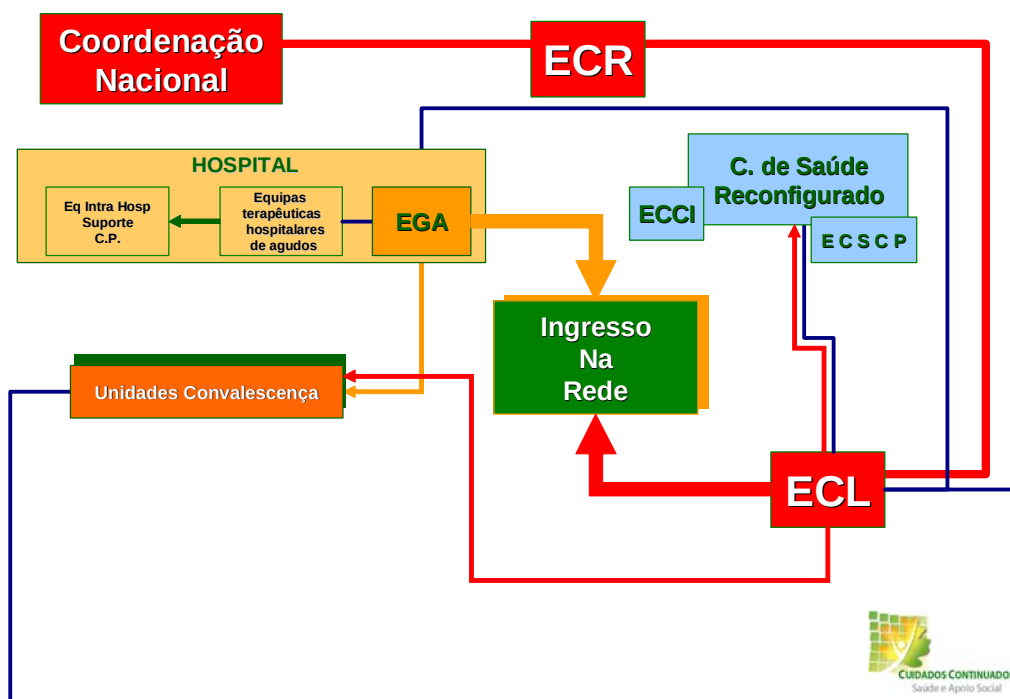
Os **mecanismos de articulação** são peça fundamental na prestação de cuidados e na sua continuidade. Neste sentido, devemos destacar a importância de estabelecer procedimentos de coordenação entre a unidade de convalescença e o hospital de referência de modo a organizar circuitos de referência específicos para os doentes da unidade de convalescença que necessitem de reinternamento e/ou consulta no hospital.

Os fluxos de doentes entres os diferentes tipos de respostas da Rede Nacional de CCI definidos até o momento pela da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, inclui-se como parte do documento de Manual de Gestão de Altas. A seguir apresentamos no esquema 1 os fluxos definidos para as unidades de internamento da Rede e no esquema 2 a especificação dos fluxos para as unidades de convalescença.

Esquema 1: Fluxo de Referência em internamento para a Rede Nacional de CCI



Esquema 2: Fluxo de Referência das Unidades de Convalescença



- O ingresso na Rede faz-se através das EGA e ECCL, esta através da ECL
- A articulação entre entidades coordenadoras, unidades e equipas, está representada por linha azul de ligação, sem setas, atendendo a que corresponde à circulação de informação, indispensável para o funcionamento da rede, para que possam ser exercidas as competências inerentes a cada uma delas
- Cada entidade – coordenação, unidades e equipas – com capacidade de referenciação, tem seta com a cor correspondente a essa entidade
- Todas as questões relacionadas com admissão de utentes, critérios de admissão e exclusão, que sejam passíveis de arbitragem, são de decisão das entidades que exercem coordenação - ECL e ECR

7.4 Metodologia de trabalho das unidades de convalescença

As bases do trabalho e cuidados a prestar nas unidades de convalescença radicam no desenvolvimento de uma **avaliação completa, integral e interdisciplinar** de cada doente deverá dar origem ao desenho de um **plano individual de cuidados** adaptado às necessidades de cuidados e com a identificação de **objectivos terapêuticos para cada doente**.

Assim, a avaliação deve contemplar os aspectos médicos e de enfermagem, os funcionais e a detecção de necessidades sociais.

O **trabalho em equipa entre os diferentes profissionais** deve contemplar reuniões periódicas para análise conjunta de casos sendo um elemento chave para atingir os objectivos definidos para cada doente.

Os **cuidados de enfermagem** e os **planos terapêuticos de reabilitação** devem orientar-se no sentido de atingir o máximo de autonomia possível do doente.

Outros aspectos chaves são o acompanhamento e monitorização do progresso do estado funcional para o desempenho das **actividades da vida diárias** (AVD's) e o **estado mental**.

Outro aspecto essencial é a **adequação do nível da intensidade terapêutica**, avaliando a relação benefício/risco e evitando assim as intervenções iatrogénicas e respeitando os desejos e expectativas dos doentes e/ou familiares.

O **planeamento e a preparação da alta**, orientada ao regresso ao domicílio com o envolvimento dos familiares e cuidadores do doente ou a procura da localização mais apropriada para o doente no momento da alta da unidade é fundamental. Neste sentido, a comunicação fluida e a coordenação com os médicos e enfermeiros dos Cuidados Primários (centros de saúde) é um aspecto básico para assegurar a continuidade dos cuidados quando seja necessário.

A **elaboração sistemática** para cada doente de **notas de pré-alta e alta** com o resumo dos aspectos biomédicos, os cuidados de enfermagem, e a detecção de necessidades sociais envolventes ao doente são chaves.

7.5 Modelos de Gestão

Entende-se aqui por modelo de Gestão as diferentes relações que se estabelecem entre as entidades prestadoras de serviços (provedores) e a estrutura administrativa ministerial (seja central ou regional) que compra e financia a prestação dos serviços. São operacionalizadas e formalizadas através de diferentes fórmulas jurídicas de contratação (convénio, contrato de gestão, contrato programa, etc.) segundo a natureza jurídica das partes, que facilitando a introdução de técnicas de gestão modernas e adequadas a cada tipo de linha de cuidados que seja contratada.

O desejável é que os Modelos internos de gestão das diferentes unidades contratualizadas se assemelhem, independentemente da fórmula jurídica que baseie o modelo de cuidados em base aos critérios definidos de qualidade e eficiência para cada linha de cuidados.

O processo de implementação e desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados dentro do marco do Sistema Nacional de Saúde inclui conceptualmente a sua construção através de diversidade de tipologias de prestadores. Assim o **Decreto-Lei n.º 101/2006 que** cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados define:

Artigo 36.º

Entidades promotoras e gestoras

1 - As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;*
- b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;*
- c) Entidades privadas com fins lucrativos;*
- d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.*

2 - O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

Artigo 37.º

Obrigações das entidades promotoras e gestoras.

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social, as constantes do modelo de contratualização a aprovar e, ainda, designadamente:

- a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas da Rede;*
- b) Facultar, às equipas coordenadoras da Rede, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;*
- c) Remeter à equipa coordenadora regional da Rede os mapas das pessoas em situação de dependência de forma anónima, por tipologia de resposta, o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;*
- d) Comunicar à coordenação regional da Rede, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas em situação de dependência.*

Assim foi já definido um modelo de contrato para a operacionalização da prestação dos serviços de convalescença. O modelo inclui:

- o Objecto do contrato
- o Admissão de utentes
- o Serviços a prestar e a produção contratada e o Período de internamento
- o Procedimentos de alta
- o Condições prévias da instituição
- o Obrigações das partes
- o Normas de Segurança e Qualidade
- o Pagamento à instituição dos serviços prestados e o mecanismo de Facturação e pagamento
- o Acompanhamento e avaliação com os dados mínimos e relatório de acompanhamento mensal a apresentar. Neste sentido serão estabelecidas prioridades de acompanhamento e controle segundo as fases de implantação da unidade, prevendo-se, por exemplo, especial monitorização nas fases iniciais sobre os temas de prestação de cuidados de reabilitação, medicação, estrutura de pessoal.
- o Os aspectos chave da organização interna e condições mínimas da prestação dos serviços
- o Aspectos administrativos de Revisão do contrato, Cessação, Vigência.

7.6 Recursos Económicos

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde definida através Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, prevê uma implementação progressiva e concretiza-se, no primeiro ano de vigência do referido diploma, através de experiências piloto. Neste contexto, são definidos os preços “provisórios” para o financiamento dos serviços em regime de experiências piloto, que serão formalizados numa Portaria conjunta dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

O preço definido fixa o valor da diária de internamento por utente.

O valor previsto é de:

83,30 Euros por utente e dia de internamento.

O preço da diária de internamento compreende todos os serviços previstos, prestados directamente ou mediante contratos com terceiros.

Os cuidados prestados pelas unidades de convalescença são cuidados de saúde na sua globalidade pelo que o custo será integralmente suportado pelo sector da Saúde.

Para a determinação do preço, teve-se como referência preços médios validados e publicados internacionalmente bem como a utilização “adjuvante” de dados nacionais, nomeadamente relativos a rácios recomendados de pessoal.

8. Bibliografia

Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990;322:1572-1578

Audit Commission. Avoiding and diverting admissions to hospital – a good practice guide. Health & Social Care Change Agent Team. Department of Health U.K. Janeiro 2004

Baztán Juan J.; Domenech Juan R.; González, M.; Forcano S.; Morales C; Ruipérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 355-366. N.º 3 - Mayo-Junio 2004

Bronagh Walsh, Andrea Steiner, Ruth M Pickering and Jilly Ward-Basu. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330;699. Março 2005

Carbonell A, *Revista Esp. Geriatriae Gerontologia*, 1986; 21:309-315.

Cervera, JA. Material do Seminário 9 de junho de 2006 sobre Definição de recomendações para a implementação de unidades de convalescença. Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência. Lisboa

Castells X.; Mercadé Ll.; Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. *Informe SESPAS 2002. Capítulo 23: 496-510.*

Comissão Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Documento de Relatório final de diagnóstico da situação actual. Setembro 2005,

Decreto 242/1999 de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña. DOGC n.º 2973 de 13/9/1999.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 109 SÉRIE I-A de Terça-feira, 6 de Junho de 2006

Department of Health (2001a). HSC 2001/01: LAC (2001)1 *Intermediate Care*. London: Department of Health 2001

Department of Health (2001b) *National Service Framework for Older People*. London: Department of Health. 2002 paragraph 3.13 e 3.12

Department of Health (2002b) *National Service Framework for Older People – Supporting Implementation. Intermediate Care: Moving Forward*. London: Department of Health.

Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da saúde, *Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados* (Agosto 2006/Rev.2)

Eurostat. *Key data on health 2000*. Luxemburg: European Commission; 2001.

Federation of Medical Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom. Medical aspects of intermediate care Report of a Working Party. December 2002. Publications Department of the Royal College of Physicians.

Griffiths, PD, Edwards MH, Forbes, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College London, Waterloo Road, London, UK. Cochrane Database Syst Rev.2004 Oct; (4): CD002214

Health and Local Authority Circular HSC 2001/01: LAC (2001)1.

<http://www.barking-dagenham.gov.uk/6-social-services/ss-intermediate-care.html>. How the Government defines intermediate-care services

Iain Carpenter, John R. e Colaboradores. Clinical and research challenges of intermediate care. *Age and Ageing* 2002; 31:97-199. British Geriatrics Society. 2002

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Contabilidade Analítica 2003 Hospitais centrais e Hospitais Distritais. Departamento de Gestão Financiera. IGIF, Novembro de 2004.

Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Censo 2001 Projeções de População Residente, segundo o sexo e grandes grupos etários, Portugal e NUTS III (NUTS 2001), 2000-2050, CENÁRIO BASE.

Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Censo 2001. Destaque do INE: Recenseamento Geral da População e Projeções de População 2000-2050 Insalud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Insalud;1996.

Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Revista de Estudos Demográficos, nº 36, 41 Ar Artig tigo o 3º. Instituto Nacional de Estatística, Gabinete do Presidente/ Departamento de Estatísticas Sociais.

Matthews DA. Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 1984;32(4):253-8

Métayer, *Tecniques Hospitalières*, 1988, nº509:19-22

OECD. *OECD Health Data 2000*. (CD-ROM). OECD; 2000.

Petch, A. (2003). *Intermediate Care: What Do We Know about Older People's Experiences?* York: Joseph Rowntree Foundation.

Plochg T, Delnoij DM, van der Kruk TF, Janmaat TA, Klazinga NS. Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. BMC Health Serv. Res. 2005 May 24;5(1):38.

René J F Melis, Marcel G M Olde Rikkert, Stuart G Parker and Monique I J van Eijken. What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. BMJ 2004;329:360-361 (14 August)

Royal College of Physicians What does the NSF say about Intermediate Care? http://www.rcplondon.ac.uk/college/statements/statements_elderly_care.htm

Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomised clinical trial. N.Engl.J.Med 1984;311:1664-70.

Sabartés O, Miralles R, García-Palleiro P, Esperanza A, De Vicente I, Muniesa JM, Vernhes MT, Cervera AM. Análisis descriptivo y factores pronósticos de un grupo de doentes ancianos ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica. Rev Gerontol 1995;5:160-65.

Salvá A, Aloy J, Castro D, Faustino A, Fábregas N, Petit TM, Sabater MF, Viñals O. La evaluación geriátrica en una unidad de convalecencia. Análisis descriptivo de la actividad de un año. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996;31(4):205-10.

Salvá,A; Vallés,E; Llevadot,D; Martínez,F; Albinyana,C; Miró, M.; Llobet,S; Rodes,R. Una experiencia de atención sociosanitaria : programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro. Revista de administración sanitaria siglo XXI 1999 ; III(11) : 37-52

Salvá,A; Martínez,F.; Llobet,S; Vallés,E; Miró, M.;Llevadot,D. Las unidades de media estancia-convalecencia en Cataluña. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2000 ; 35(supl. 6) : 31-37

Sánchez Ferrín P., Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. Rev Mult Gerontol 2005;15(1):13-15

Soria X, Aisa LI, Lozano A, Suesa T, Sánchez P. Descripción de la actividad asistencial de una unidad de convalecencia. Rev Mult Gerontol 1998;8:229-33.
Steiner, A. (1997) *Intermediate Care: A Conceptual Framework and Review of the Literature*. London: King's Fund.

Steiner, A. (1997) *Intermediate Care: A Conceptual Framework and Review of the Literature*. London: King's Fund.

Steiner A. Intermediate care- a good thing? Age and Ageing 2001 Aug;30 Suppl 3:33-9

Thomas Plochg, Diana MJ Delnoij, Tineke F van der Kruk, Tonnie ACM Janmaat, Niek S. Klazinga. Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Services Research* 2005, 5:38. 24 Maio 2005

Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM, Vernhes T, Díez A, et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gac Sanit* 2000; 14: 203-209.

Vaughan, B., Lathlean J. (1999) *Intermediate Care: Models in Practice*. London: King's Fund.

Von Stenberg, J Am Geriatric Soc, 1997; 45: 87-91.

Young JB, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E, Fear J. A whole system study of intermediate care services for older people. Age and Ageing 2005 Nov;34(6):577-83.