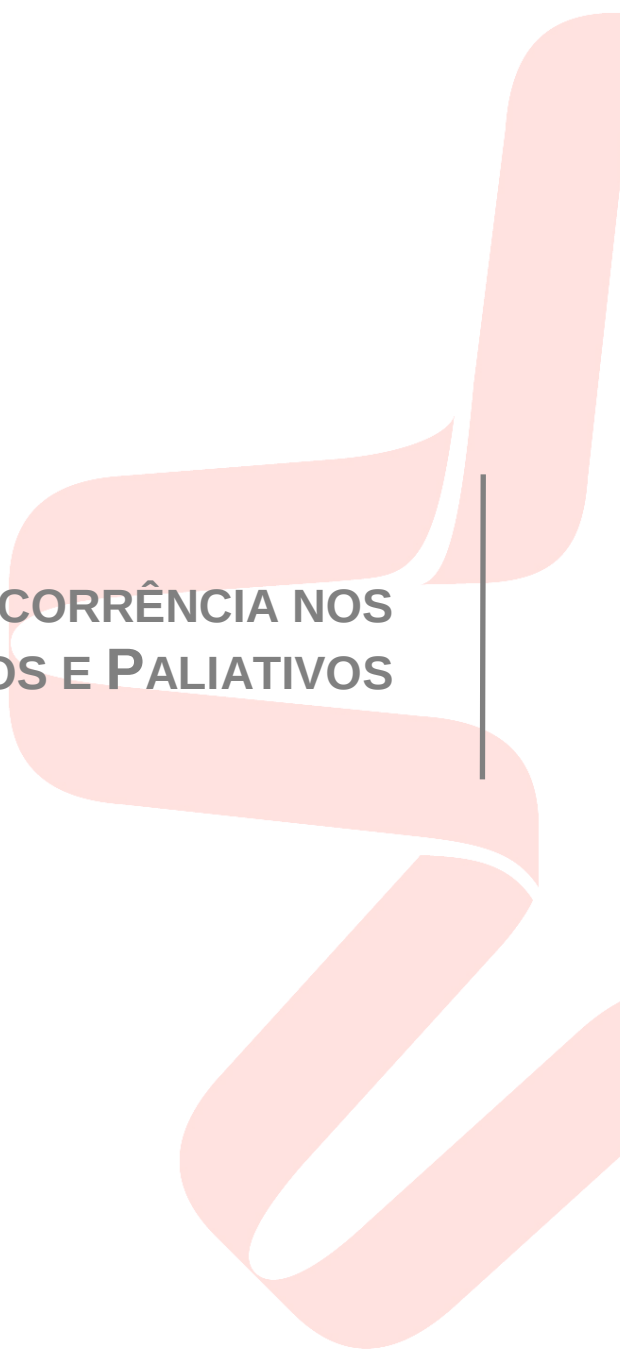




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ACESSO, QUALIDADE E CONCORRÊNCIA NOS CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS



DEZEMBRO DE 2015

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	5
2. A relevância crescente dos cuidados continuados e paliativos	7
2.1. Comparação internacional.....	7
2.2 . Projeções da procura potencial	18
3. Enquadramento histórico-legislativo	23
4. Caracterização da procura.....	45
5. Descrição da oferta.....	52
6. Acesso.....	57
6.1. Referenciação	57
6.2. Avaliação do acesso potencial	62
6.2.1. Acesso aos cuidados continuados e paliativos – todas as unidades de internamento.....	66
6.2.2. Acesso aos cuidados continuados de convalescença.....	68
6.2.3. Acesso aos cuidados continuados de média duração e reabilitação	70
6.2.4. Acesso aos cuidados continuados de longa duração e manutenção.....	72
6.2.5. Acesso aos cuidados paliativos	74
6.2.6. Conclusões da avaliação do acesso potencial	76
7. Qualidade	78
7.1. Indicadores de qualidade	80
7.2. Estudo econométrico sobre o tempo de internamento.....	89
7.3. Fiscalizações a unidades de cuidados continuados e paliativos.....	94
7.4. Reclamações sobre cuidados continuados e paliativos	108
8. Concorrência	110
9. Conclusões.....	117
Anexo I – Pedido de informação à ACSS.....	123

Índice de abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ElHSCP – Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RR – Rede de Referenciação

SCP – Serviços Comunitários de Proximidade

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDPA – Unidade de Dia e Promoção de Autonomia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UE – União Europeia

Sumário executivo

O estudo que se apresenta, realizado em concretização do Plano de Atividades da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) para o ano de 2015, tem por objetivos analisar o acesso, a qualidade e a concorrência nos cuidados continuados e paliativos. A análise incide sobre a realidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), abrangendo as unidades e equipas de cuidados paliativos.

Os cuidados continuados de saúde englobam o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, centrado na recuperação global da pessoa em situação de dependência, com vista à promoção de autonomia, melhorando a sua funcionalidade, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Os cuidados paliativos são os cuidados ativos prestados a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, assim como às suas famílias, com o objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Com base em projeções da evolução da população idosa, perspetiva-se que a procura por cuidados continuados e paliativos deverá aumentar nos próximos anos na UE28, mas especialmente em Portugal, devendo a proporção de população idosa chegar a perto de 25% até 2025. Esta perspetiva de envelhecimento da população, com consequente aumento da pressão sobre cuidados continuados e paliativos, justifica a continuação do acompanhamento da área de cuidados de saúde, na sequência dos estudos já realizados pela ERS, publicados em 2011 e em 2013.

O presente estudo encontra-se organizado em nove capítulos. O segundo sumariza o contexto internacional dos cuidados continuados e paliativos e inclui projeções da procura potencial, e o terceiro descreve cronologicamente o enquadramento histórico legislativo português. Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais. Segundo o *International Labour Office*, a escassez de trabalhadores formais configura uma limitação ao acesso a cuidados continuados de qualidade em Portugal.

Nos capítulos 4 e 5 caracteriza-se a procura e a oferta de cuidados continuados e paliativos, respetivamente. Os doentes atendidos nos diferentes tipos de equipas e unidades de internamento são principalmente idosos, com baixa escolaridade e profissão não qualificada, do género feminino e casados. A principal oferta de serviços

corresponde a cuidados de internamento, que concentra mais de 70% das admissões na rede e é composta por 319 unidades de internamento, a maioria localizada nas regiões de jurisdição das Administrações Regionais de Saúde (ARS) Norte e Centro (dados de agosto de 2015).

No capítulo 6, dedicado ao acesso, constatou-se que de uma amostra de 58 unidades da RNCCI fiscalizadas pela ERS, em 16% os contactos locais entenderam que não houve cumprimento de todos os critérios de referenciação por tipologia de unidade, indicando casos de atendimento a doentes paliativos em unidades não dedicadas a este tipo de cuidados, bem como situações de não correspondência entre os critérios clínicos registados na plataforma da rede e a situação real do utente. Em todas as regiões das ARS, a mediana do tempo desde o momento da referenciação até à identificação de vaga é inferior para a entrada em equipas de cuidados continuados integrados face às demais tipologias de unidades da RNCCI, com exceção do Algarve, no primeiro semestre de 2014. Por outro lado, as unidades a apresentar maior mediana do tempo são as unidades de média duração e reabilitação (UMDR), nas ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, e as unidades de longa duração e manutenção (ULDM), nas ARS Alentejo e Algarve.

A avaliação do acesso potencial, também apresentada no capítulo 6, relaciona a oferta de serviços com a procura potencial. Para efeitos da definição dos níveis de acesso identificados na avaliação – alto, médio e baixo – são consideradas as metas originais de rácios de camas por habitantes estabelecidas em 2007 e as que se encontram em vigor atualmente. Numa análise por tipo de internamento, identificou-se que o baixo acesso atinge desde 81% da população, no caso dos cuidados paliativos, até 95% no caso dos cuidados de convalescença. Se consideradas todas as unidades de internamento de forma conjunta, 93% da população tem um acesso baixo, com um número de camas insuficiente face às metas estabelecidas. Numa análise regional e por tipo de internamento, constata-se que as regiões com maior proporção de população com baixo acesso em quase todos os tipos de internamento são as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, sendo certo que, no caso dos cuidados paliativos, o pior acesso está nas regiões Norte e Alentejo. No Algarve toda a população tem acesso baixo e médio a todos os tipos de cuidados, exceto no caso das ULDM.

No capítulo 7, dedicado à qualidade, são analisados indicadores de estrutura, de processo e de resultado. Quanto a indicadores de estrutura, os rácios mais baixos de médicos e enfermeiros por habitantes – inferiores à média nacional – são identificados nas regiões de jurisdição das ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo. Por seu turno, todos

os tipos de internamento apresentam maiores percentagens de unidades com número de horas médicas e horas de enfermagem igual ou superior ao valor mínimo aconselhado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), e superiores às observadas no estudo anterior da ERS. As maiores percentagens de camas localizam-se nas regiões das ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, a maioria instalada em ULDM, e a menor parcela em UCP.

Relativamente a indicadores de processo constatou-se que todos os utentes referenciados entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015 para a RNCCI foram admitidos com o instrumento de avaliação integrado preenchido, e foi avaliado o risco de quedas a 84% dos utentes.

No âmbito de indicadores de resultados, o número de doentes com incapacidade ou dependentes no momento da alta é inferior ao verificado no momento da admissão em todas as unidades e regiões das ARS, com exceção das ULDM de Lisboa e Vale do Tejo, sendo mais pronunciado na região do Alentejo – indiciando uma maior taxa de recuperação dos doentes. As ULDM apresentam, globalmente, o pior desempenho. A maioria dos utentes não teve quedas, e a incidência de úlceras de pressão, durante o internamento, reduziu-se entre 2014 e o primeiro semestre de 2015. O principal motivo da alta dos utentes é terem sido atingidos os objetivos do internamento.

Do modelo econométrico empreendido para identificar o efeito de fatores relacionados com as características dos utentes, a tipologia de unidades e indicadores de qualidade na duração do tempo de internamento em unidades de cuidados continuados e paliativos, conclui-se que a ocorrência de úlceras de pressão tem um efeito positivo sobre o tempo de internamento. Foram ainda identificadas assimetrias entre equipas coordenadoras regionais e tipologia de unidades, com a ARS Alentejo e as ULDM a apresentar um efeito marginal superior no tempo de internamento.

Relativamente às conclusões das ações de fiscalização da ERS às unidades de cuidados continuados e paliativos, retira-se que não obstante a RNCCI ser de âmbito nacional, existem assimetrias entre as unidades fiscalizadas. Estas assimetrias são mais vincadas entre as unidades implementadas em 2006 a título de experiências piloto, e unidades mais recentes, com menor adequação das primeiras face aos requisitos apontados pela Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Por outro lado, no universo de reclamações rececionadas pela ERS entre os anos de 2011 e 2013, o número de reclamações enquadráveis na área de cuidados continuados e

paliativos teve uma tendência crescente face ao total de reclamações, embora nunca tenha ultrapassado 1%.

Na análise da concorrência, empreendida no capítulo 8, constata-se que existe maior concentração de mercado em zonas menos urbanas e uma mais baixa concentração, com maior diversidade de operadores, em zonas urbanas litorais, principalmente nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Os resultados da avaliação conjunta da concentração de mercado e da identificação de posição potencialmente dominante permitem destacar uma maior prevalência do risco alto de ocorrência de problemas concorrenciais, possivelmente prejudiciais para os utentes, na região do Alentejo.

O nono capítulo apresenta as conclusões do estudo, denotando a necessidade de promoção de melhorias no acesso, na qualidade e na concorrência, que favoreçam sobretudo a redução das assimetrias regionais e das assimetrias entre tipologias e entre diferentes estabelecimentos.

1. Introdução

O estudo que se apresenta, realizado em concretização do Plano de Atividades da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) para o ano de 2015, tem por objetivos analisar o acesso, a qualidade e a concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Este tema assume relevância no âmbito dos objetivos regulatórios estabelecidos nos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, em concreto de “[a]ssegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”, “[z]elar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade” e “[p]romover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este setor (cfr. alíneas b), d) e f) do artigo 10.º dos referidos estatutos).

Os cuidados continuados¹, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), podem ser definidos como um leque de serviços de que necessitam pessoas com baixo nível de capacidade funcional, física ou cognitiva, e que estão consequentemente dependentes, por um período longo de tempo, de ajuda para as atividades básicas da vida diária. Incluem-se neste âmbito cuidados de saúde tais como gestão da dor, monitorização da saúde, administração de medicação, prevenção, reabilitação ou cuidados paliativos, e cuidados pessoais.²

No contexto nacional, os cuidados continuados de saúde podem ser definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (cfr. a alínea a) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]). Os cuidados continuados integrados compreendem “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” (cfr. as alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).³

¹ Traduzido da expressão inglesa *long-term care*.

² *OECD Health Statistics 2015: Definitions, sources and methods*.

³ O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, foi alterado e republicado pelo Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Por seu turno, a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – define cuidados paliativos como “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (cfr. a alínea a) da Base II da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro).

Mas apesar de desde 2012 já existir uma Lei Base dos Cuidados Paliativos, que veio consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, e criar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), apenas com o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho “[...] as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas Redes” (cfr. preâmbulo do decreto-lei). No presente estudo, por ser recente a separação entre cuidados continuados e paliativos, os dados analisados correspondem à realidade da RNCCI em vigor antes desta alteração, pelo que são consideradas quer as equipas e unidades de cuidados continuados integrados, quer de cuidados paliativos, que estavam integradas nessa rede.

O aumento das necessidades de cuidados continuados e paliativos, designadamente associado às previsões de contínuo envelhecimento da população, justifica a continuação do acompanhamento desta área de cuidados de saúde, na sequência dos estudos já realizados pela ERS, publicados em 2011 e em 2013.

O presente estudo encontra-se organizado em nove capítulos. O segundo sumariza o contexto internacional dos cuidados continuados e paliativos e inclui projeções da procura potencial, enquanto o terceiro descreve cronologicamente o enquadramento histórico legislativo português. Os capítulos quatro e cinco caracterizam a procura e a oferta de cuidados continuados e paliativos, respetivamente. Nos capítulos seis, sete e oito são realizadas as análises de acesso, qualidade e concorrência, e o capítulo nove reúne as principais conclusões do estudo.

2. A relevância crescente dos cuidados continuados e paliativos

Nas secções deste capítulo evidencia-se a relevância crescente que os cuidados continuados assumem no panorama nacional e internacional. Para tal é apresentada uma comparação internacional ao nível da oferta destes cuidados, que permite identificar a posição relativa de Portugal face a outros países, e são realizadas projeções da procura potencial para os próximos dez anos, que possibilitam a antevisão do comportamento demográfico e de aspetos epidemiológicos da população.

2.1. Comparação internacional

A nível internacional, assistiu-se nos anos 80 ao início de uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde prestados a pessoas idosas e com dependência, com a passagem do Modelo Biomédico Tradicional, cujo foco era a alteração biológica e a doença, para um modelo de avaliação e cuidado integral, que inclui, adicionalmente, o cuidado com as funções físicas relativas à vida diária, cognitivas e emocionais, bem como uma vertente de apoio social⁴.

Apesar da disseminação deste tipo de prestação de cuidados ter ocorrido a partir dos anos 80, no início de 1940 os países escandinavos, e a Holanda nos anos 60, começaram a desenvolver sistemas de cobertura universal de cuidados continuados⁵. Porém, em meados dos anos 90 em países como a Grécia e Portugal estas estruturas eram escassas, e mesmo depois desse período um grande número de países da Europa de Leste não detinha infraestruturas de cuidados continuados⁶.

É possível identificar vários níveis de integração e cobertura de cuidados, desde sistemas com alto nível de integração – que assentam numa prestação maioritariamente pública, com alternativas privadas limitadas –, até sistemas com elevado nível de prestação privada – em que as famílias têm o papel fundamental e o

⁴ ACSS (2013), “Relatório e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Relatório final”.

⁵ Costa-Font, J. e Zigante, V. (2014), “Long Term Care Coverage in Europe: A Case for ‘Implicit Insurance Partnership’”, *The London School of Economics, Working Paper No. 37/2014*.

⁶ Comissão Europeia (2012), “Long-Term Care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries”, União Europeia, Luxemburgo.

serviço público é residual⁷. A distinção entre estes dois sistemas de prestação de cuidados continuados assenta igualmente no tipo de financiamento, sendo o primeiro caracterizado por um maior nível de financiamento do Estado e abrangência de cobertura de cuidados, e o segundo caracterizado por uma reduzida participação do Estado, em que o financiamento, na sua maioria, é assegurado pelo utente e família⁸.

A prestação de cuidados continuados na União Europeia (UE) desenvolveu-se nas últimas duas décadas no sentido da transição: de cuidados institucionalizados para cuidados no domicílio; da prestação pública para a prestação privada ou mista, com compensações monetárias para as pessoas que necessitam destes cuidados; e a favor de serviços complementares ao cuidado informal, e não substitutos⁹. Apesar destas tendências se manifestarem em todos os países, a sua evolução é díspar.

Na Europa podem identificar-se quatro grupos de países com base nas características da prestação de cuidados e do financiamento. Num extremo, surgem os países nórdicos em que prevalece a prestação pública da maioria dos cuidados formais, apesar desta se ter reduzido, designadamente em virtude das restrições orçamentais resultantes da crise financeira dos anos 90, e ter promovido o aumento do recurso aos cuidados informais prestados pela família¹⁰. Nestes países, a responsabilidade pelo bem-estar da população mais idosa divide-se entre três níveis do governo (central, regional e municipal), que têm como obrigação disponibilizar apoio social e prestam cerca de 90% dos cuidados formais.

No outro extremo em termos de financiamento e envolvimento público, encontram-se os países mediterrânicos, de que são exemplo a Espanha e a Itália, em que os cuidados continuados são providenciados maioritariamente a título informal pela família, e complementados por uma oferta institucional, com predomínio de financiamento público¹¹. Os serviços domiciliários são prestados em conjunto pelas autoridades regionais de saúde e pelos municípios, sob a alçada de um quadro normativo emanado do Governo. Estes serviços são geralmente gratuitos e, em complemento, são disponibilizados às famílias dois tipos de abonos (mediante subsídios em dinheiro ou descontos nas contribuições sociais), para compensar os

⁷ Costa-Font, J. e Zigante, V. (2014).

⁸ Carrera, F., Pavolini, E., Ranci, C. e Sabbatini, A. (2013), "Chapter 2: Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries" in C. Ranci, E. Pavolini (eds.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, Springer Science.

⁹ Comissão Europeia (2012).

¹⁰ *Idem*.

¹¹ Costa-Font, J. e Zigante, V. (2014).

cuidadores informais, mediante apresentação de certificado que ateste um grau elevado de incapacidade¹².

A organização dos cuidados domiciliários prestados em França, direcionados à população idosa, e de forma idêntica seguida pela Bélgica, oferece uma solução intermédia face aos modelos apresentados anteriormente, em que tanto o setor público como o privado têm um importante papel. O serviço público de saúde Francês oferece serviços domiciliários, médicos e de enfermagem, à população idosa, a título maioritariamente gratuito, incrementado por *vouchers* de serviço, que podem ser utilizados para contratar apoio domiciliário e cuidados de prestadores acreditados, sendo o subsídio atribuído à família mediante uma combinação de financiamento dos cuidados e isenção fiscal¹³.

Um quarto modelo de financiamento e prestação pode ser atribuído aos países do Leste da Europa, em que os cuidados domiciliários formais estão menos desenvolvidos. Dando-se o exemplo da Polónia, a prestação de cuidados a idosos é repartida entre o setor privado (família e prestadores privados), setor público (área social e de saúde, a nível central e local) e outras organizações (Organizações Não Governamentais e organizações religiosas). O modelo de cuidados é centralizado na família, os cuidados domiciliários são privilegiados e a elegibilidade para cuidados continuados públicos depende de critérios de saúde, rendimento e situação familiar da pessoa idosa. Assim, apenas uma pequena proporção da população idosa, em países com sistemas idênticos ao polaco, têm acesso a prestação pública de serviços sem contrapartida financeira, e a maioria tem de recorrer a prestadores privados ou cuidados na família¹⁴.

Com efeito, os cuidados informais prestados no domicílio por membros do mesmo agregado familiar são mais frequentes nos países do Sul da Europa¹⁵. Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais, prestados por um residente na mesma habitação, da Europa (12,4 %), e a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários (10,8 %)¹⁶. De acordo com as conclusões de um estudo empreendido em 2014¹⁷, a qualidade de vida dos cuidadores que residem na mesma habitação é mais

¹² Comissão Europeia (2012).

¹³ *Idem*.

¹⁴ *Idem*.

¹⁵ Rodrigues R., Huber M., Lamura G. (2012), "Facts and Figures on Healthy Ageing and Long Term Care." European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.

¹⁶ Barbosa, S., Matos, A. (2014), "Informal support in Portugal by individuals aged 50+", *European Journal of Ageing*, 11(4), 293-300.

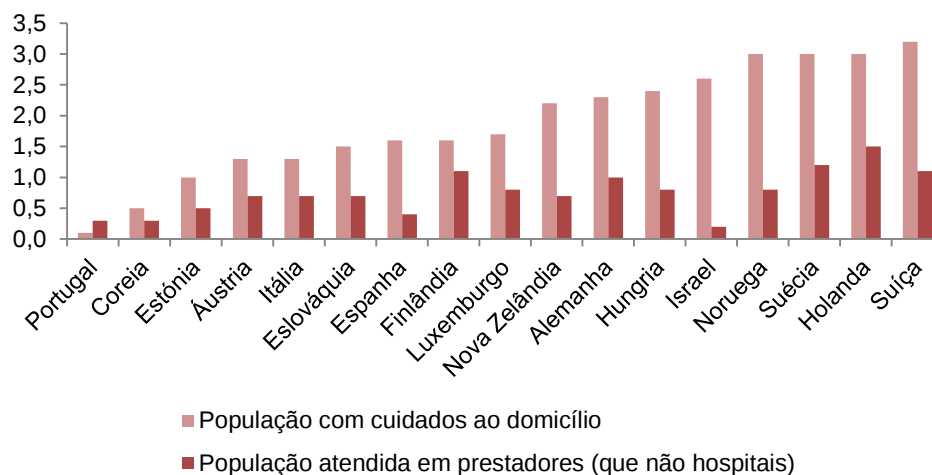
¹⁷ *Idem*.

baixa do que a dos não cuidadores, encontrando-se associada a sintomas de depressão, embora cuidados de cariz complementar, prestados uma vez por mês ou menos, tenham um impacto positivo na qualidade de vida dos cuidadores.

Em Portugal é defendido, por vários peritos na área, que o modelo de cuidados continuados deve ser misto, isto é, deve compreender cuidados residenciais flexíveis de apoio aos cuidados domiciliários¹⁸.

Uma comparação internacional da percentagem da população a que foram prestados cuidados continuados em instituições específicas de cuidados continuados, extra-hospitalar, e da percentagem da população a que foram prestados cuidados ao domicílio, no ano de 2014, encontra-se sintetizada na figura 1, e poderá constituir uma aproximação da taxa de cobertura dos cuidados formais nos países considerados. Os países com maior percentagem de população a receber cuidados domiciliários são a Suíça, Holanda, Suécia e Noruega, sendo certo que Suécia e Holanda são também os países com maior percentagem de cuidados em instituições de cuidados de longa duração (extra hospitalar), enquanto Portugal apresenta dos valores mais baixos nos dois indicadores.

Figura 1 – Percentagem de população atendida em instituições de cuidados continuados (não hospitalares), e com cuidados ao domicílio, em 2014*

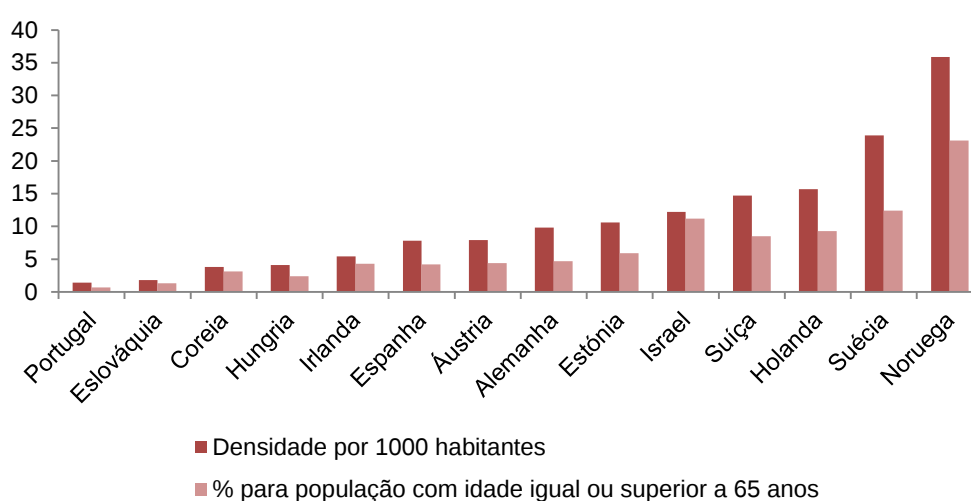


Legenda: *2014 ou 2013, em caso de não existirem dados para o ano mais recente.
Fonte: Elaboração própria com base em dados da OCDE (OECD Health Statistics 2015).

¹⁸ Ferreira, V. (2010), "Elderly care in Portugal. Provisions and providers.", External report commissioned by and presented to the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit G1 'Equality between women and men'.

Quanto à disponibilidade de recursos humanos em cuidados continuados formais (enfermeiros e outros técnicos¹⁹), que podem motivar a reduzida cobertura deste tipo de cuidados, Noruega, Suécia e Holanda encontram-se na posição cimeira e Portugal na posição mais baixa, quer no que se refere à distribuição de recursos por 1000 habitantes, quer face à percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos (*vide* figura 2).

Figura 2 – Recursos humanos em cuidados continuados formais, por mil habitantes e percentagem afeta à população com idade igual ou superior a 65 anos, em 2014*



Legenda: *2014 ou 2013, em caso de não existirem dados para o ano mais recente.
Fonte: Elaboração própria com base em dados OECD *Health Statistics* 2015.

De acordo com um recente estudo, publicado pelo *Internacional Labour Office*²⁰, a falta de trabalhadores formais em cuidados continuados na Europa resulta na exclusão do acesso a serviços de qualidade por grande parte da população idosa, encontrando-se Portugal numa das piores posições relativas quanto a este indicador, com mais de 90% da população com 65 ou mais anos sem acesso a cuidados continuados de qualidade, devido a lacunas na dotação de recursos humanos dedicados a estes cuidados.

Certo é que, segundo os resultados do Eurobarómetro 2007²¹, 58% dos entrevistados da UE27 concordam totalmente com a afirmação de que perante a necessidade de ajuda regular ou de cuidados continuados, foram disponibilizados os cuidados

¹⁹ Traduzido do inglês *personal carers*.

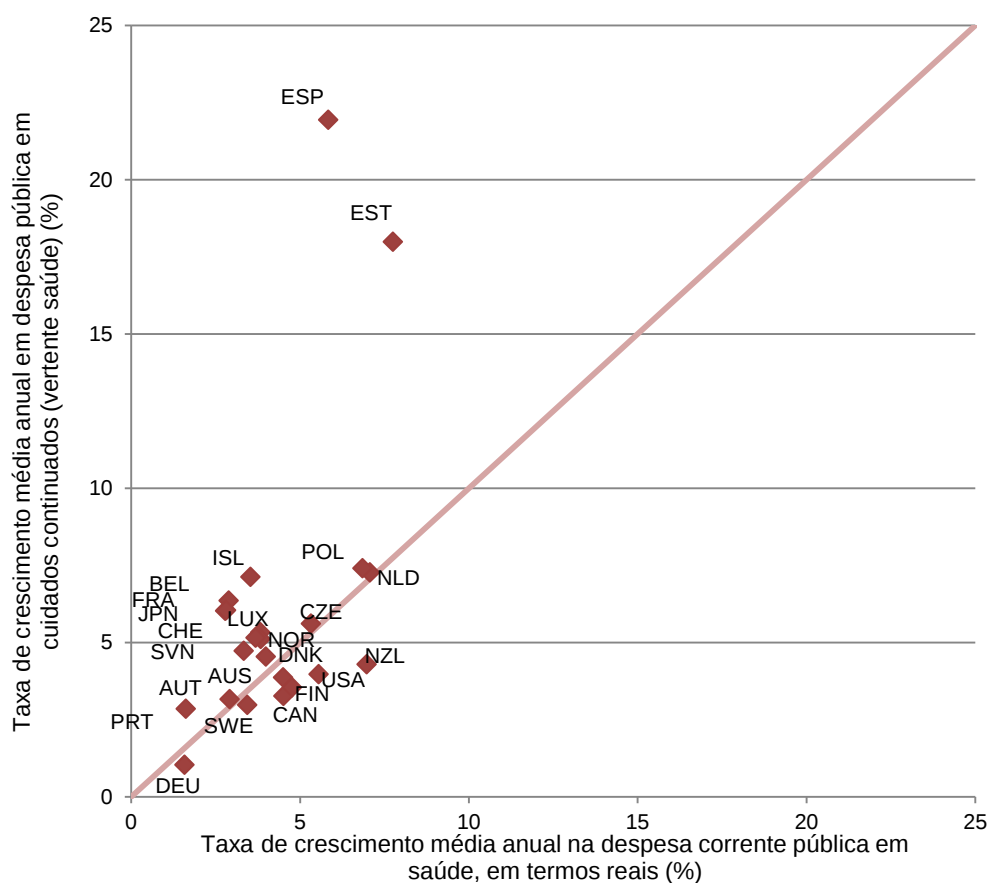
²⁰ Scheil-Adlung, X. (2015), "Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries", *ESS – Working Paper No. 50*, Geneva, International Labour Office.

²¹ Eurobarometer (2007), "Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283, 1–247)", Bruxelas, Comissão Europeia.

continuados necessários e a ajuda adequada. Relativamente a Portugal, a concordância total foi mencionada por 64% dos entrevistados, posicionando-se, assim, acima da média da UE27.

A figura 3 apresenta a relação entre a taxa de crescimento média anual de despesa pública em cuidados continuados face à taxa de crescimento da despesa pública total em saúde, representando a reta de 45° a situação de igualdade entre estas duas taxas. A maioria dos países, incluindo Portugal, posicionam-se acima da reta de 45°, o que significa que têm as despesas públicas em cuidados continuados a crescer a uma taxa superior à das despesas públicas totais em saúde. Não obstante a maior importância relativa atribuída às despesas de cuidados continuados, face ao total, nesses países, a implementação de cuidados continuados encontra-se aquém do pretendido nos países Europeus²².

Figura 3 – Taxas médias de crescimento da despesa pública em saúde e da despesa em cuidados continuados, 2000-2009*

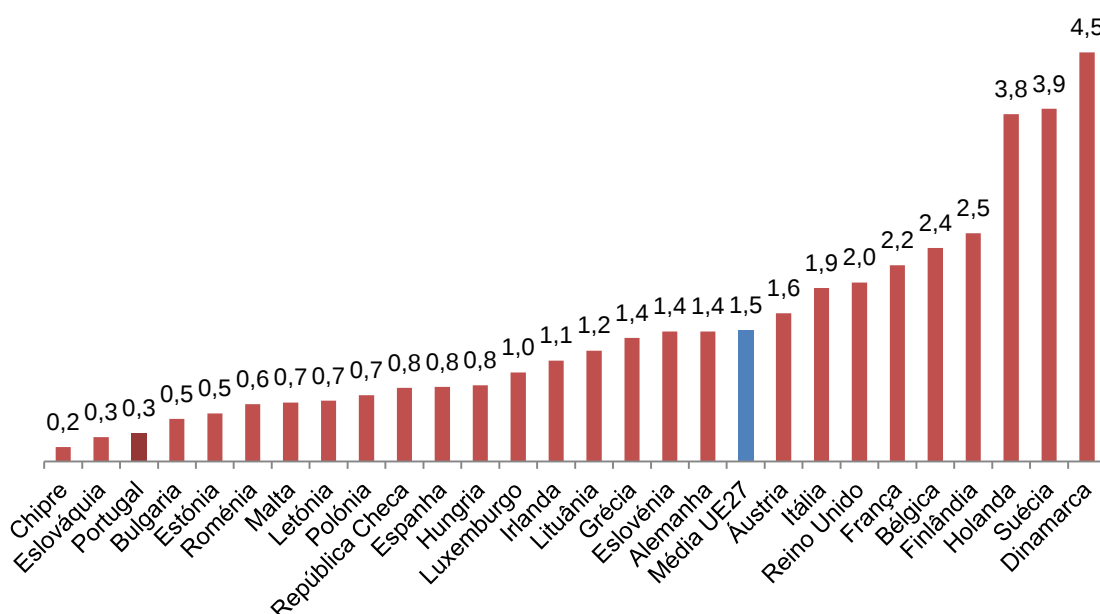


Legenda: *2009 ou ano mais próximo.
Fonte: OECD Health Data 2011.

²² Comissão Europeia (2012).

As despesas públicas em percentagem do PIB afetas a cuidados continuados na UE27, em 2010, variaram entre os 0,16% do PIB e os 4,5% do PIB, tendo Portugal estado entre os países com menor despesa, 0,31% do PIB, abaixo da média da UE27, como se retira da figura 4. Apenas nove países se posicionaram acima dessa média, tendo a Dinamarca apresentado a maior percentagem do grupo²³.

Figura 4 – Despesa pública em cuidados continuados, em percentagem do PIB, em 2010



Fonte: Elaboração própria com base em dados da Comissão Europeia (DG ECFIN), baseados em dados nacionais²⁴.

Considerando os diferentes modelos de prestação de cuidados, apresentados anteriormente, os dados relativos à despesa pública em percentagem do PIB podem ser interpretados à luz de dois pressupostos: países com um maior envolvimento do setor público (como os países nórdicos) tendem a exibir elevadas despesas em cuidados continuados, combinado com uma despesa privada residual; países de Leste e da Europa do Sul exibem reduzido desenvolvimento de financiamento por seguros públicos e privados de cuidados continuados, consistente com o papel preponderante das famílias na prestação deste tipo de cuidados²⁵. De notar que os valores referentes

²³ Lipszyc, B., Sail, E. e Xavier, A. (2012), "Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27", *Economic Papers* 469, Bruxelas, Comissão Europeia.

²⁴ Disponíveis em Lipszyc, B., Sail, E. e Xavier, A. (2012).

²⁵ Costa-Font, J., Courbage, C., Swartz, K. (2014), "Financing long-term care: ex-ante, ex-post or both?", *CESifo Working Paper* No. 5104.

à despesa da maioria dos países não contabiliza os cuidados informais prestados pela família e amigos²⁶.

É expectável que o aumento da procura deste tipo de cuidados, designadamente associado ao envelhecimento da população e a alterações sociais, promova o aumento da componente da despesa pública afeta aos cuidados continuados. De acordo com projeções publicadas pela OCDE, em 2013, num cenário de contenção de custos, é expectável que a despesa pública em cuidados continuados, em percentagem do PIB, aumente cerca de 2,5 pontos percentuais, atingindo cerca de 8% em 2060²⁷.

O financiamento das despesas de cuidados continuados pode ocorrer *ex-ante*, ou seja, antes de se efetivar a situação de dependência (de que são exemplo os seguros sociais e privados, ou a acumulação de poupanças) e *ex-post*, no momento em que surge a necessidade deste tipo de cuidados (designadamente por via de subsídios, suporte familiar e empréstimos com base nos bens detidos pelas famílias)²⁸.

Na maioria dos países da OCDE, como consta da figura 5, o financiamento é composto por uma combinação próxima dos 50% entre fontes de financiamento *ex-ante* e *ex-post*, ou por maior percentagem de financiamento *ex-post*. Como exceção figuram a Holanda, em que 90% do financiamento ocorre *ex-ante*, com base em contribuições para a segurança social, a República Checa, em que o financiamento *ex-ante* se aproxima dos 70%, totalmente através de recursos da segurança social, e a Bélgica, onde cerca de 59% do financiamento dos cuidados continuados provém de contribuições para a segurança social. Por outro lado, no Canadá, na Noruega, na Suécia e na Dinamarca a totalidade dos cuidados são financiados *ex-post*, e mais de 80% via impostos.

A percentagem de financiamento *out-of-pocket*, que corresponde ao valor pago pelo utente ou família, é resumida na figura 6. Em Portugal, a participação do agregado familiar ascende a cerca de 45% do financiamento do total da despesa, embora a maior parcela da despesa seja financiada por contribuições da segurança social (51,4%) e uma parte diminuta através de seguros privados (1,1%)²⁹. A Suíça é o país em que o peso do *out-of-pocket* é maior, correspondendo a 58% da despesa total, e

²⁶ *Idem*.

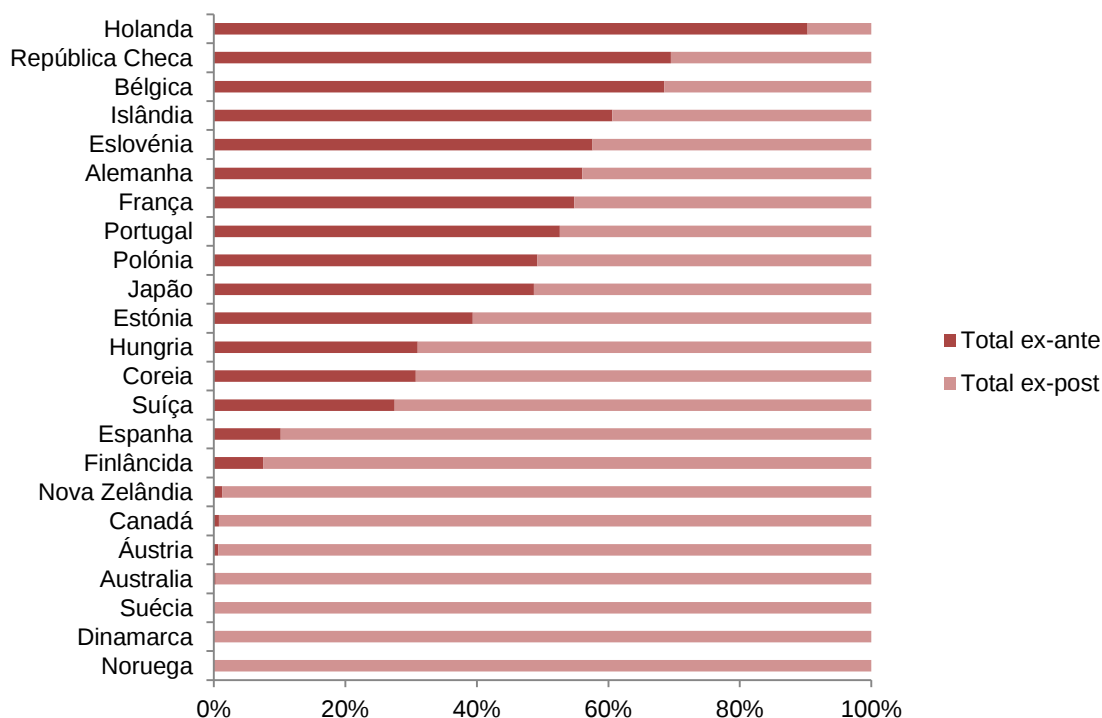
²⁷ Maisonneuve, C., Martins, J. (2013) "Public spending on health and long-term care: a new set of projections", *OECD Economic Policy Papers* No. 06.

²⁸ Costa-Font, J., Courbage, C., Swartz, K. (2014), "Financing long-term care: ex-ant, ex-post or both?", *CESifo Working Paper* No. 5104.

²⁹ *OECD Health Statistics*, 2011.

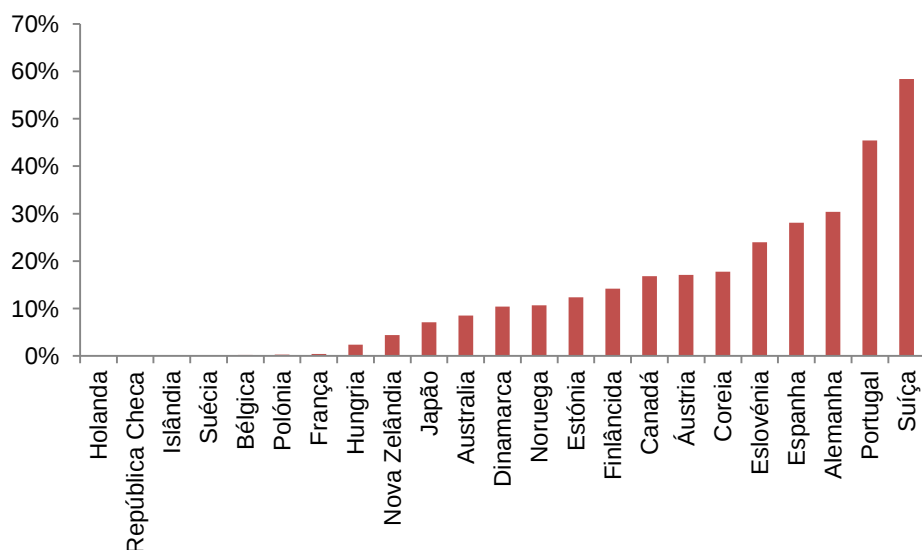
no extremo oposto encontram-se a Islândia, República Checa, Holanda, Bélgica, Polónia e França, em que não existe financiamento por *out-of-pocket*³⁰.

Figura 5 – Financiamento dos cuidados continuados *ex-ante* e *ex-post*



Fonte: Elaboração própria com base em dados da *OECD Health Statistics*, 2011.

Figura 6 – Despesa *out-of-pocket* em cuidados continuados



Fonte: Elaboração própria com base em dados da *OECD Health Statistics*, 2011.

³⁰ *Idem.*

Em Portugal a importância atribuída aos cuidados continuados, encontra-se plasmada no Programa do XIX Governo Constitucional, que definiu como medida “o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, por metas faseadas, e o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos” (cfr. Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho).

Os cuidados continuados, formais e informais, em Portugal, encontram-se assentes em três pilares: o utente e respetiva família; o Estado, com a sua função de prestador e financiador; e os prestadores privados, com e sem fins lucrativos. A prestação de cuidados continuados, em Portugal, assenta num modelo de intervenção integrado, que pressupõe uma estreita cooperação entre o setor da saúde e de apoio social, tanto ao nível da prestação como ao nível do financiamento, tendo por princípios, designadamente, a equidade no acesso, e a eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (cfr. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Enquanto os cuidados de saúde prestados na área de cuidados continuados são da responsabilidade do setor público, com algumas exceções, o mesmo não sucede com a componente social. A prestação formal de cuidados sociais, cuidados pessoais e apoio ao domicílio é essencialmente assumida por agentes privados, com ou sem fins lucrativos, sendo a participação do Governo, enquanto prestador deste tipo de cuidados, limitada³¹. Apesar da crescente participação de entidades de natureza privada com fins lucrativos, a maior componente das prestações sociais é garantida pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ao abrigo de protocolos com a Segurança Social, celebrados anualmente³², figurando o Estado no seu papel de financiador. As entidades privadas com fins lucrativos podem também estabelecer protocolos com o Estado, financiando parte dos cuidados, sendo a restante paga pelo utente³³.

Como visto anteriormente, os cuidados informais, em Portugal, representam uma componente importante, e mesmo central, da prestação social de cuidados continuados, embora as alterações demográficas e alterações sociais reduzam a disponibilidade destes tipos de cuidados, com consequente aumento da pressão sobre os cuidados formais, o que justifica o foco neste tipo de cuidados.

³¹ Santana, S., Szczygiel, N., Redondo, P. (2014), “Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms”, *International Journal of Integrated Care*, 14.

³² *Idem.*

³³ *Idem.*

A evolução dos cuidados continuados em Portugal pode ser caracterizada pela tentativa de acompanhar boas práticas internacionais, com a sua transposição para legislação e com a implementação de iniciativas piloto inovadoras nesta área³⁴. Porém, a implementação de um modelo efetivo, que acompanhe as disposições teóricas e que dê continuidade às iniciativas piloto, tem sido prejudicada por questões operacionais³⁵, condicionada por aspetos políticos, estruturais, individuais, sociais e culturais, designadamente por divergências nos objetivos e disposições do setor da saúde e do setor social, e respetivas diferenças profissionais e de cultura, o que compromete a continuidade e efetiva integração dos cuidados³⁶.

Refira-se, por último, ainda no contexto da comparação internacional, que no âmbito das preferências reveladas pelos utentes, o Eurobarómetro de 2007³⁷, implementado na UE27, apresenta o entendimento dos entrevistados quanto ao meio ideal de assistência perante uma situação de dependência e necessidade de ajuda regular e de cuidados continuados. A solução considerada preferível pela maior percentagem dos entrevistados correspondeu ao tratamento levado a cabo por um parente (por exemplo, cônjuge ou filho com residência próxima), na própria casa (45%) e apenas 5% prefeririam receber os cuidados necessários em casa de um dos membros da família mais próxima (por exemplo na casa de um dos filhos). Em Portugal, 50% dos entrevistados prefeririam receber cuidados em casa, prestados por um parente, e apenas 4% na casa de um familiar próximo³⁸.

Num estudo por inquérito empreendido em Portugal, Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Flandres, concluiu-se que, perante uma situação de doença severa, com menos de um ano de vida, a maioria dos inquiridos preferiria não morrer numa unidade não dedicada a cuidados paliativos de um hospital (35,1%) ou em lares de idosos (30,3%). Em Portugal, 29,4% dos entrevistados revelaram que o local em que menos desejaria morrer seria numa unidade não dedicada a cuidados paliativos de um hospital e 25,8% não desejariam ter como última morada um lar de idosos³⁹.

³⁴ *Idem*.

³⁵ Barros, P., Simões, J. (2007), "Portugal: Health system review." *Health Systems in Transition*, 9(5): 1–140.

³⁶ Santana, S., Dias, A., Souza, E., Rocha, N. (2007), "The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7.

³⁷ Eurobarometer (2007), "Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283, 1–247)". Brussels: European Commission.

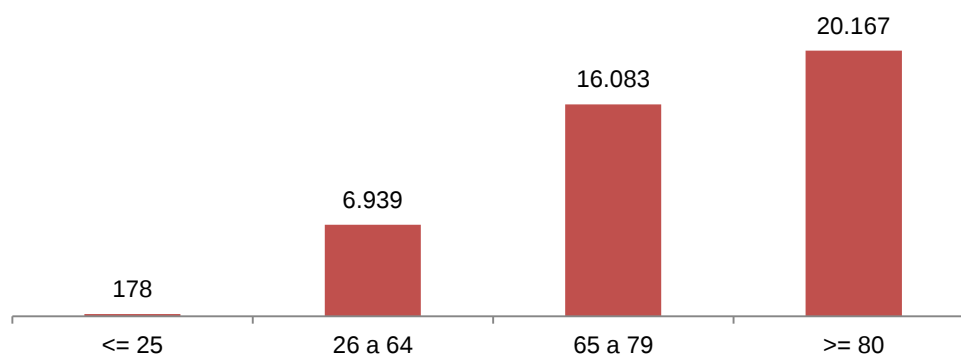
³⁸ Eurobarometer (2007).

³⁹ Calanzani, N., Moens, K., Cohen, J., Higginson, I., Harding, R., Deliens, L., Toscani, T., Ferreira, P., Bausewein, C., Daveson, B., Gysels, M., Ceulemans, L., Gomes, B. (2014),

2.2. Projeções da procura potencial

A evolução da estrutura etária da população, com foco no aumento da proporção da população idosa com 65 anos ou mais, é suscetível de influenciar a necessidade de cuidados continuados e paliativos. Não obstante esses cuidados poderem ser disponibilizados tanto à população jovem como à idosa com incapacidade, a grande maioria das pessoas assistidas nesses cuidados, em Portugal, é composta por idosos (*vide* figura 7).

Figura 7 – Utentes assistidos em cuidados continuados e paliativos em Portugal, 2014 e 1.º semestre de 2015⁴⁰



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Nesse sentido, com vista a estimar a evolução da procura de cuidados continuados e paliativos nos próximos anos, realiza-se uma análise prospetiva, até 2025, com base nas séries de população idosa e população total, de Portugal e todos os Estados Membros da União Europeia a 28 (UE28), de 1950 a 2012. Além disso, são feitas projeções, até ao mesmo horizonte temporal, dos números de morte por 100 mil habitantes em razão de doença oncológica (tumores malignos), doença circulatoria e doença vascular cerebral, em Portugal. Estes números são utilizados como *proxies* das incidências de cada uma dessas três doenças potencialmente incapacitantes, com vista à obtenção de uma estimativa do seu efeito sobre a procura de cuidados continuados ou paliativos nos próximos 10 anos.

“Choosing care homes as the least preferred place to die: a cross-national survey of public preferences in seven European countries”, *BMC Palliative Care*, 13-48.

⁴⁰ Refira-se que devido à exclusão de registos com erros, a soma dos números indicados na figura não representa a totalidade dos doentes assistidos no período indicado.

Para as projeções de séries temporais no estudo foi adotado o modelo estatístico de ajuste e previsão autorregressivo integrado de médias móveis (ARIMA), que é um dos modelos mais utilizados para este propósito (vide quadro 1).^{41 42}

Quadro 1 – O modelo ARIMA

O modelo ARIMA, também identificado como sendo ARIMA(p,d,q), visa descrever as auto correlações nos dados e pode ser representado matematicamente através da seguinte equação, onde se identifica a componente auto regressiva, AR(p), as diferenças d e as médias móveis MA(q):

$$(1 - \phi_1 B - \dots - \phi_p B^p)(1 - B)^d y_t = c + (1 + \theta_1 B + \dots + \theta_q B^q) e_t$$

$\uparrow$
 AR(p)

$\uparrow$
 diferenças d

$\uparrow$
 MA(q)

onde a componente AR(p) representa uma combinação linear de valores passados de uma série temporal y até ao desfasamento p, B é o operador de desfasamento, y_t é o valor da série temporal no momento t, $\phi_1 \dots \phi_p$ são parâmetros que estabelecem a combinação linear que se ajusta a cada modelo, d são as diferenças necessárias para tornar a série estacionária, MA(q) é o termo de médias móveis, que representa uma combinação linear de erros de previsão e passados, e e_t é o erro de previsão no momento t.

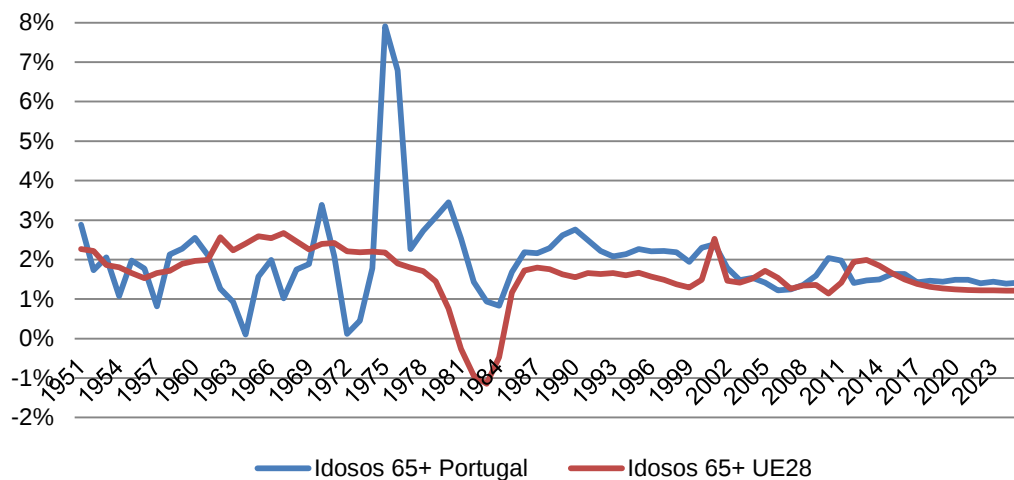
Das projeções realizadas acerca da evolução da população de 65 ou mais anos, tanto para Portugal como para a UE28, perspectiva-se que a procura por cuidados continuados e paliativos deverá aumentar até 2025 (vide figuras 8 e 9)⁴³.

⁴¹ A informação utilizada para as previsões apresentadas na presente secção provém da *OECD Statistics*, disponível em <http://stats.oecd.org>.

⁴² Para mais informações acerca dos modelos de ajustamento e previsão de séries temporais, vide, por exemplo, Hyndman, R.J. e Athanasopoulos, G. (2013), *Forecasting: principles and practice*, OTexts; e Wei, W.W.S. (1990), *Time Series Analysis, Univariate and Multivariate Methods*, Addison-Wesley. Informações adicionais podem ser obtidas no website da aplicação estatística R, na descrição dos pacotes de funções utilizados para análise séries temporais, como, por exemplo o pacote “forecast”.

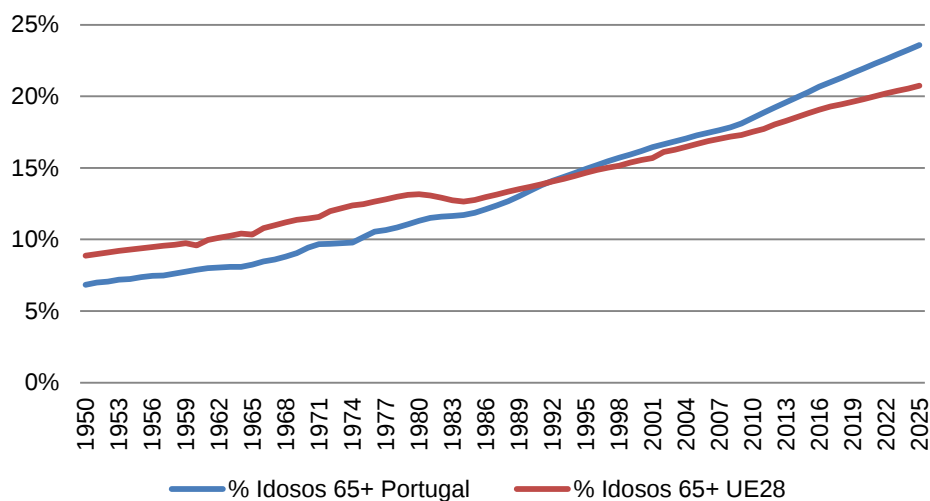
⁴³ Refira-se que os modelos ARIMA identificados para as séries de população de idosos e total, de Portugal foram, respetivamente, ARIMA(5,2,3) e ARIMA(2,1,3), com transformações prévias de raiz quadrada e logarítmica, respetivamente, enquanto os modelos para os países da UE28 foram, respetivamente, ARIMA(2,1,0) com *drift* e ARIMA(4,2,2), tendo o primeiro sido identificado com transformação prévia de raiz quadrada.

Figura 8 – Taxa de crescimento da população com 65 ou mais anos de 1951 até 2025 (série e projeções, %)



Fonte: OECD Statistics, projeções próprias.

Figura 9 – Proporção de população com 65 ou mais anos de 1950 até 2025 (série e projeções, %)



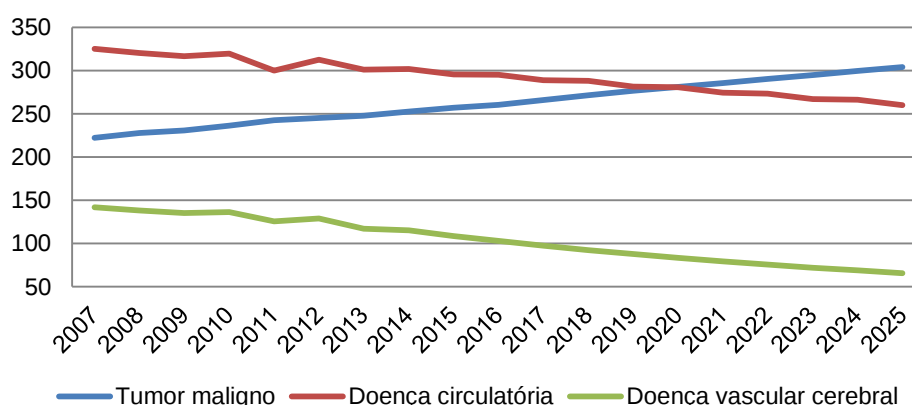
Fonte: OECD Statistics, projeções próprias.

Como se pode constatar da figura 8, a população idosa portuguesa deverá apresentar uma taxa de crescimento superior à dos países da UE28 nos próximos 10 anos (média de 1,5%, em comparação com 1,3% da UE28, entre 2015 e 2025). Assim, a diferença positiva entre as séries de Portugal e da UE28 de proporção idosos, que tem aumentado desde 1992 (com interregnos na década de 2000), deverá continuar a expandir-se, com Portugal alcançando 23,6% de idosos em 2025, e os países da UE28, na sua totalidade, 20,7% (*vide* figura 9).

Refira-se que, juntamente com as alterações sociais – tais como a redução expectável dos cuidados informais por mudanças da estrutura familiar (para famílias mais pequenas) e por maior participação da mulher no mercado de trabalho⁴⁴, a alteração da estrutura demográfica da população – no sentido do seu envelhecimento – deverá ter um importante impacto na prestação e financiamento de cuidados continuados, quer mediante a redução de potencial oferta de recursos humanos disponíveis para providenciar cuidados formais e informais, quer mediante o aumento da despesa dedicada a este tipo de cuidados⁴⁵.

Por último, na figura 10 são ilustradas as séries e projeções dos números de mortes por tumores malignos, doença circulatoria e doença vascular cerebral por 100 mil habitantes, em Portugal para o período de 2007 a 2025.⁴⁶

Figura 10 – Mortes por tumor maligno e doenças circulatoria e vascular cerebral de 2007 a 2025 (série e projeções, por 100 mil habitantes)



Fonte: OECD Statistics, projeções próprias.

Em conclusão, da análise das projeções da procura potencial para os próximos 10 anos, retira-se que o envelhecimento da população se deve traduzir num aumento da procura de cuidados continuados, sem prejuízo da projetada redução da incidência de

⁴⁴ Costa-Font, J., Courbage, C. e Zweifel, P. (2014) “Policy Dilemmas in Financing Long-term care in Europe”, *The London School of Economics, Working Paper No. 36/2014*.

Importa salientar, no que se refere à maior participação da mulher no mercado de trabalho, que estas são as principais agentes de prestação de cuidados continuados, formais e informais (Comissão Europeia, 2012).

⁴⁵ Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier e J., Tjadens, F. (2011), “Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care”, *OECD Health Policy Studies*, *OECD Publishing*, Paris.

⁴⁶ Os modelos ARIMA para estas séries foram identificados com base nas séries de 1960 a 2003, apesar das quebras de série identificadas pela OCDE nos anos de 1971, 1980 e 2002. As projeções são realizadas tendo por base a aplicação dos modelos identificados sobre os dados completos mais recentes, de 2007 a 2013 (não há dados para o período de 2004 a 2006).

Também foram realizadas projeções de séries de mortes por queda acidental e acidente de transporte, eventos potencialmente incapacitantes, mas estas apontaram para uma estabilização nos próximos anos, sem identificação de tendência de aumento ou diminuição.

doenças do foro circulatório e vascular cerebral (com base em dados de mortalidade) poder atenuar este efeito. Por sua vez, a procura de cuidados paliativos deverá aumentar, tanto em função do envelhecimento da população como devido ao projetado aumento de incidência de cancro.

3. Enquadramento histórico-legislativo

No presente capítulo são apresentados, por ordem cronológica de aprovação e publicação, diplomas legais e outros documentos que têm servido à edificação e maturação da prestação de cuidados continuados e de cuidados paliativos no sistema de saúde português. São descritos quais os princípios e as opções que serviram, no decurso de vários anos até ao momento presente, ao enquadramento da prestação destes tipos de cuidados e, *in fine*, quais as decisões que foram assumidas, especialmente as atinentes à organização da RNCCI e à sua mais recente reformulação, que separou os cuidados continuados dos cuidados paliativos.

No percurso legislativo apresentado, são assim realçados os diplomas que, desde o início do presente século, serviram à construção da RNCCI sem que aqui, por isso, seja considerada a prestação de cuidados continuados e paliativos que não esteja integrada naquela rede – ou na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) que, como se verá, foi planeada com o escopo único da prestação de cuidados paliativos.

As primeiras orientações regulamentares de intervenção do apoio social em articulação com os cuidados de saúde continuados surgem plasmadas no **Despacho Conjunto n.º 407/98**, da Ministra da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade, publicado em 18 de junho, na sequência do trabalho encetado pelo Grupo de Trabalho constituído por representantes das, à data, Direções Gerais de Saúde e da Ação Social.

Com efeito, este grupo de trabalho tinha sido criado com a “[...] incumbência de proceder ao diagnóstico e análise das situações cujas respostas passam pela intervenção conjunta destas áreas, de definir o nível da respetiva intervenção e, por outro lado, de apresentar propostas e projectos com vista à concretização, de forma gradual, das medidas adequadas.”. De entre o ali mencionado, importa destacar que se revelava como objetivo do trabalho, a instituição de um modelo de intervenção articulada entre os sectores da saúde e de ação social, ainda que com o respeito pelas competências de um e outro, com o “[...] intuito fundamental de 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 se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao domicílio.”.

Nesse seguimento, aquele Despacho Conjunto serviu à definição dos grupos que seriam alvo da atuação integrada, dos cuidados a prestar (aqui considerados os cuidados continuados), das respostas de âmbitos social e primário, com descrição, designadamente, das características de cada uma das respostas, dos seus destinatários, das regras de encaminhamento dos doentes, dos profissionais e da gestão. Além disso, foram ali também aprovadas as regras para a elaboração de um plano regional de articulação entre os setores.

Os cuidados paliativos surgem como uma preocupação no Plano Nacional Oncológico 2001-2005, aprovado pela **Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de agosto**. Conforme ali se fundamenta, os tumores malignos, segundo dados da OCDE para o ano de 1996, representaram “[...] em Portugal, 1318 anos perdidos de vida potencial nos homens e 918 nas mulheres por 100 000 habitantes” tendo, ainda, sido a segunda causa de morte, pelo que, considerada a amplitude e a gravidade do problema em termos de saúde pública, considerou-se que importava “[...] tomar medidas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamento, quer ainda de reabilitação e de cuidados paliativos, que concorr[essem] para a diminuição da taxa de incidência e de mortalidade por cancro em Portugal”. Assim, o Plano aprovado preocupou-se com a complementaridade dos serviços de saúde, que deviam ser capazes de se coadjuvar na prevenção e no rastreio, no diagnóstico e tratamento e, finalmente, na reabilitação e cuidados paliativos.

Conforme se lê na introdução daquele diploma de 2001, um dos objetivos do Plano prendia-se com a “[...] continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença” – cfr. Capítulo I. É aliás a este tipo de cuidados que se dedicou o seu Capítulo VIII, no qual se defendeu a essencialidade da atuação dos profissionais na área oncológica, mesmo após a fase de tratamento, quando as necessidades do doente e da família continuam a exigir um apoio humanizado e eficaz. É pois nesta fase, ali designada por fase terminal, que as terapêuticas paliativas se intensificam, daí que os objetivos a considerar nesta atuação “[...] ainda tão incipiente e com tão baixa taxa de população abrangida, [deveriam passar] por apoiar todos os projetos que, neste domínio, [pudessem] despontar com credibilidade e reunindo as necessárias garantias de qualidade”. Concretamente, a respeito dos mencionados objetivos, no Plano foi defendida a formação de equipas, a determinação de critérios nacionais de qualidade das unidades, o estudo das necessidades e o planeamento, em conformidade, da distribuição geográfica destas unidades, que deviam estar mais perto da residência do utente, a definição dos requisitos de qualidade, as regras de articulação e mecanismos

de avaliação da atividade. Além disso, tais objetivos deviam ser concretizados através da criação de equipas hospitalares de cuidados paliativos, do incremento da atividade dos cuidados paliativos nos hospitais centrais de referência e nos centros de oncologia, também através da introdução da área de cuidados paliativos na formação dos especialistas em oncologia, nomeadamente tratamento da dor e outros sintomas, comunicação com o doente e família, apoio psicossocial e ética médica, e da criação de unidades de cuidados paliativos centradas na comunidade, com ênfase na articulação entre equipas domiciliárias e unidades de internamento e, ainda, através de incentivos à formação regular dos médicos de família nesta área específica.

A definição de uma primeira rede nacional de cuidados continuados surgiu com a **Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de março**. Este diploma reconheceu que foi, aliás, o trabalho iniciado com o Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade que demonstrou ser possível seguir por um caminho assente em formas organizativas de prestação de cuidados continuados integrados e cuja avaliação, naquela data, permitiu passar “[...] para uma fase mais avançada na conceptualização da organização e da prestação daqueles cuidados.”. Assim, nessa sequência, percebeu-se a necessidade de garantir uma “[...] protecção social integrada, financeiramente sustentável, com base numa tipologia de respostas mais bem adaptadas às necessidades das pessoas em situação de dependência, ou em risco de nela entrarem, estruturada em redes locais” que envolvessem transversalmente estruturas públicas e privadas e que se esperava impulsionar a organização, a nível regional e nacional, de redes cada vez mais alargadas.

Além disso, o preâmbulo do diploma menciona que esta proteção deveria exigir uma continuidade de cuidados em diferentes localizações geográficas, “[...] assegurados por profissionais com formação diferenciada e ajustados aos problemas identificados, por forma a maximizar a sua eficiência e eficácia e a facilitar o respetivo acesso aos que deles necessitam”. Daqui surgiu a referida primeira rede, designada por Rede Mais, definida como um conjunto de recursos, integrando entidades públicas e privadas que se dedicariam “à prestação de cuidados às pessoas em risco de dependência ou com dependência instalada” que necessitassem, em simultâneo, de cuidados de saúde e de apoio social, independentemente do grupo etário a que pertencessem e da causa ou causas da dependência. Esta rede tinha como objetivos a melhoria das condições de vida, o bem-estar e a autonomia das pessoas que necessitassem desses cuidados, com garantia de condições de acompanhamento e internamento tecnicamente adequados, bem como assegurar progressivamente a

cobertura nacional das necessidades destas pessoas, atenuando as disparidades regionais e prevenindo lacunas na prestação destes cuidados.

Já nessa data foi realçado que a Rede assim criada deveria orientar-se por princípios de prioridade aos cuidados no domicílio, de flexibilidade nas opções, de modo a garantir fluidez na utilização dos vários níveis e tipos de respostas integradas, de complementaridade e multidisciplinaridade, de personalização da ação segundo planos individuais de intervenção, de integração de serviços, garantindo a convergência e cooperação entre sectores e ou instituições e a promoção de sinergias protocoladas e baseadas em parcerias.

Ainda, a criação e coordenação do funcionamento local seriam da responsabilidade conjunta do Instituto de Solidariedade e Segurança Social e de cada uma das ARS, tendo sido criado um novo grupo coordenador com representantes dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade incumbido de, designadamente, elaborar o plano estratégico, preparar a criação e organização de um sistema de cuidados continuados integrados, propor formas que assegurem a sua sustentabilidade financeira e definir as condições de instalação, reconversão e funcionamento das respostas que integravam a Rede Mais e o respetivo licenciamento e, também, propor os instrumentos legais para o enquadramento normativo das medidas referidas nos números anteriores.

Em 2003, pelo **Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro**, foi definida uma (nova) rede de prestação de cuidados continuados de saúde constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas integradas na rede⁴⁷, “[...] habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento [...]”. Para tanto, esta rede assumiu a prestação de cuidados de recuperação em interligação com a rede de prestação de cuidados primários e com os hospitais, visando prevenir situações de dependência e providenciando cuidados de saúde tendencialmente gratuitos, abrangentes e

⁴⁷ Conforme resulta do artigo 1.º sob a epígrafe Âmbito. De acordo com o seu n.º 2, esta rede era constituída pelos serviços integrados no SNS, por IPSS, misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública e entidades privadas que prestassem cuidados de saúde complementares a utentes do SNS, nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, ou outras entidades com quem fossem celebrados contratos ou acordos de cooperação, que podiam ser traduzidos em protocolos.

continuados aos cidadãos. No seu artigo 5.º, os cuidados continuados foram definidos como “[...] cuidados de saúde prestados a cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração”, sem que ali se encontre uma definição de cuidados paliativos. O diploma refere-se não raras vezes a ações preventivas, terapêuticas e reabilitadoras e faz menção a ações paliativas “[...] em sentido genérico, desde que não requeiram uma prática organizada de prestação específica de cuidados a doentes em fase terminal de vida com sofrimento intolerável, que exige organização e abordagem específica por equipas técnicas especialmente formadas para o efeito” – cfr. do artigo 40.º. Finalmente, importa mencionar que este diploma veio manter em vigor o Despacho Conjunto n.º 407/98 e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, até à substituição dos respetivos regimes.

A **Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril**, reconhece a necessária implementação dos cuidados continuados no sistema de saúde e, para tanto, refere que a “[...] integração dos cuidados continuados na malha dos serviços prestados à população com necessidades comuns exige, assim, não só a revisão dos paradigmas habitualmente usados na abordagem curativa dos cuidados de saúde como também na revisão dos cuidados de natureza comunitária”. Além do mais, apoia-se nas intenções do Programa do XVII Governo Constitucional – mencionado mais adiante, no presente estudo –, que propõe que as políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde permitam (i) desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos e das pessoas em situação de dependência; (ii) promover, de forma adequada e com equidade, na sua distribuição territorial, a possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade; (iii) humanizar os cuidados; (iv) potenciar os recursos locais; (v) ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e à perda de funcionalidade. Como ali mencionado em nota preambular, a preocupação na prestação de cuidados desta natureza prende-se com a necessidade crescente de cuidados de saúde de uma população que, em Portugal, é cada vez mais idosa e na qual se observa uma prevalência de doenças de evolução prolongada, com elevado grau incapacitante que “[...] reclamam, sob pena de criarem situações de exclusão e desigualdade social, mudanças das políticas de saúde e de solidariedade social.”.

É, pois, neste contexto especial que se realça a importância do conceito e da prática de cuidados continuados ou de longa duração e, nesse sentido, a Resolução aprovada em 2005 assume a prática “[...] integrada dos cuidados continuados, promovendo a criação de serviços comunitários de proximidade (SCP) e a indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e serviços e instituições de apoio social.”. Assim, a pretendida estruturação da prestação de cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência deveria assumir o respeito pela dignidade da pessoa humana, com salvaguarda dos seus direitos.

Conforme ali definido, foi criada, na dependência do Ministro da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência (cujo termo do mandato foi fixado em 31 de dezembro de 2005). A esta comissão incumbiu, designadamente, identificar as necessidades não satisfeitas e a oferta instalada (pública, privada e do sector social), propor um modelo de intervenção para os cuidados de saúde às pessoas idosas e em situação de dependência. Nessa sequência, incumbia-lhe apresentar um plano de ação a aprovar pelos Ministros de Estado e das Finanças, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, com vista à previsão da criação progressiva de serviços comunitários de proximidade em todo o País, “[...] através de parcerias promovidas pelos centros de saúde com instituições locais de solidariedade social e autarquias e da articulação entre centros de saúde, hospitais e unidades de cuidados continuados ou cuidados de longa duração e unidades de cuidados paliativos e unidades de tratamento de dor [...]”. Além disso, deveria também proceder à proposta de revisão da legislação existente em matéria de cuidados continuados e de longa duração, identificar as medidas e ações a executar, bem como os problemas já observados pelas equipas de cuidados continuados. No final, a mesma Comissão deveria concluir “[...] o seu trabalho com um relatório final descrevendo o progresso alcançado e contendo recomendações.”.

Os diplomas até aqui vistos distinguem claramente os cuidados continuados dos cuidados paliativos, mas esta conceção é interrompida com o **Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho**⁴⁸, com a criação da RNCCI. Conforme ali melhor descrito, esta rede serve como resposta ao aumento da esperança média de vida que apesar

⁴⁸ Nos termos do seu artigo 51.º, o regime entrou em vigor no dia seguinte ao da sua publicação. Este diploma sofreu uma primeira alteração pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que o republicou. Não obstante, e porque aqui importa perceber a sucessão legislativa sobre esta temática, será considerada a primeira versão, de 2006.

de, por si, espelhar a melhoria do nível de saúde dos portugueses, comporta “[...] carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.”. A este propósito diga-se que o já mencionado Programa do XVII Governo Constitucional determinou a necessidade de “[...] desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; 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.”.

Foi assim que este diploma de 2006 veio propor uma intervenção integrada e articulada entre o setor da saúde e o da segurança social que, claramente, deveria atender a objetivos preventivos, de recuperação e paliativos e, para tanto, deveria considerar o envolvimento de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. No seu artigo 1.º assumiu que a RNCCI, sob a alçada dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, seria constituída “[...] por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações 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.”. A RNCCI assumiu como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrassem em situação de dependência, e como objetivos mais específicos, sumariamente, a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, o apoio aos familiares ou prestadores informais, na prestação dos cuidados, a articulação e coordenação em rede dos cuidados, a progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos ao nível regional e local.

Atentas estas especificidades, o artigo 5.º inclui os cuidados continuados integrados no SNS e no sistema de segurança social, mesmo quando em situações irrecuperáveis e, além disso, ali distingue a prestação de cuidados paliativos que se centra “[...] no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade

de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.”.

A RNCCI encerra em si unidades de internamento e unidades de ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias, sendo certo que de entre as primeiras constavam neste diploma de 2006 também as unidades de cuidados paliativos (UCP), para além das unidades de convalescença (UC), de média duração e reabilitação (UMDR) e de longa duração e manutenção (ULDM). Diferentes tipos de unidades podiam coexistir num mesmo estabelecimento prestador de cuidados continuados. Por seu lado, de entre as unidades de ambulatório surgiram as unidades de dia e de promoção da autonomia. As equipas hospitalares podiam ser equipas de gestão de altas (EGA) e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), e as equipas domiciliárias subdividiam-se em equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

No fluxograma 1 representam-se as unidades e equipas que constam da organização da RNCCI, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, tal como descrita anteriormente, bem como as formas de admissão a cada tipologia de unidade da Rede, que se descreve de seguida.⁴⁹ De notar que, de acordo com a informação disponibilizada pela ACSS em 14 de setembro de 2015, em resposta ao ofício da ERS de 7 de agosto de 2015 (cfr. anexo I), as unidades de ambulatório não se encontram ainda implementadas.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, os utentes acedem à rede “[...] através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência”. Já a admissão nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos era determinada por proposta médica.⁵⁰

Cumprir referir que a lei priorizou a prestação de cuidados no domicílio quando assume que a admissão em unidades de internamento depende da “[...] impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos”, bem como a atuação dos cuidados primários, ao definir que a admissão nas equipas de suporte em cuidados paliativos era feita sob

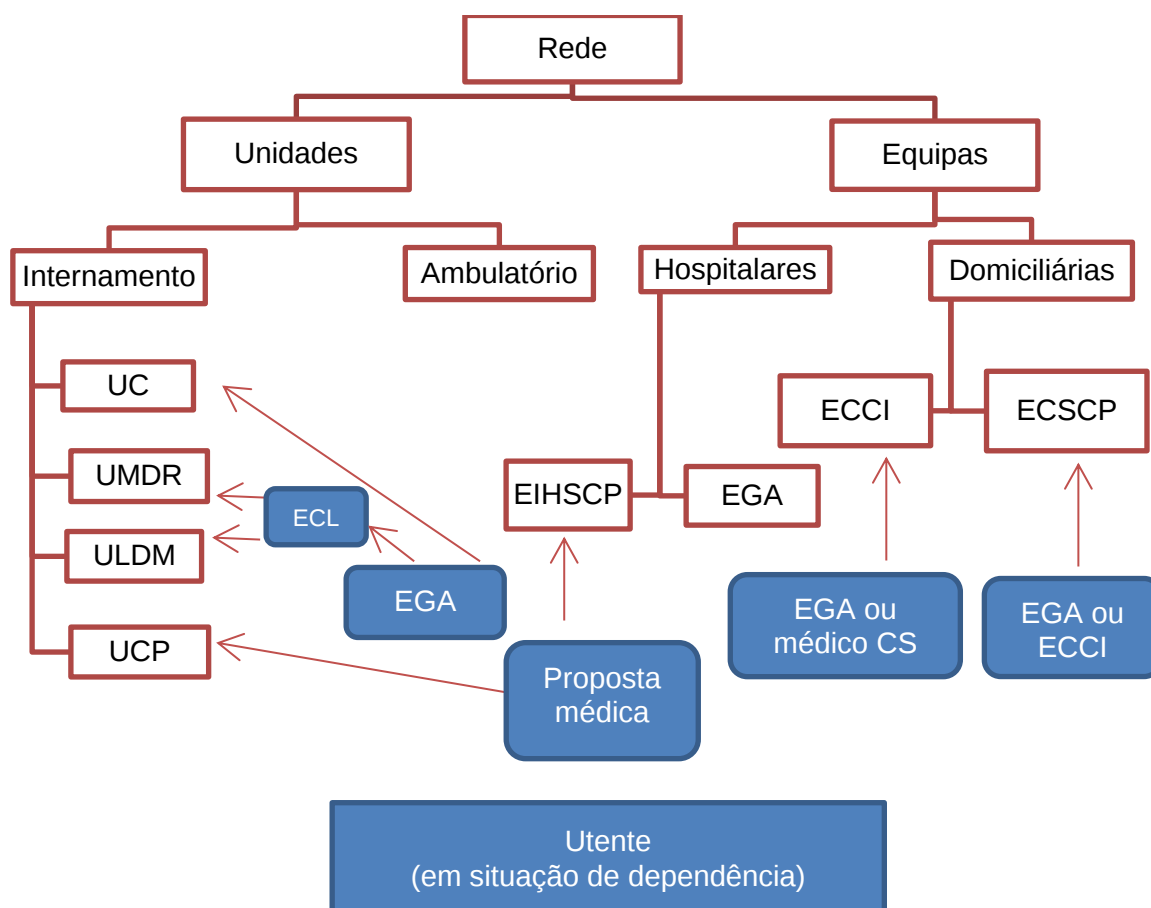
⁴⁹ O fluxograma 1 apresenta a situação anterior à autonomização da rede de cuidados paliativos, seguindo a apresentação cronológica da legislação, pelo que não reflete as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

⁵⁰ Atualmente, os critérios de admissão e referenciação dos utentes na RNCP encontram-se definidos na Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro.

proposta, preferencialmente, “[...] das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona”.

No que respeita à mobilidade dos utentes na rede, o artigo 33.º, que permaneceu em vigor com o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, determina que findo o prazo de internamento, e no caso de ainda não terem sido conseguidos os objetivos terapêuticos, “[...] deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida”.⁵¹

Fluxograma 1 – Arquitetura da RNCCI e fluxos de admissão, previstos no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho



Legenda: Elaboração própria com base no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

⁵¹ Refira-se que o diploma também trata da temática do licenciamento das unidades integradas na RNCCI e, a este propósito, clarifica que o seu regime é estabelecido em diploma próprio. Esta questão é mencionada adiante mas, como será visto, o regime de licenciamento aprovado não se aplica às UCP.

Finalmente, note-se que, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 101/2006, foram, por um lado, revogados a **Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de março** e o **Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro**, e, por outro lado, foi reiterada a vigência, ainda que transitória, do **Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de maio**, relativamente “[...] às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e domiciliário integrado, até à sua substituição [...]”, que, por sua vez, se refere à implementação progressiva da RNCCI – cfr. artigo 48.º – e à sua concretização através de experiências piloto a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

No mesmo ano, foi publicado o **Despacho n.º 17 516/2006, de 29 de agosto**, que definiu a implantação territorial das experiências piloto e apuramento dos respetivos orçamentos, em todas as ARS, ali identificadas pela tipologia das unidades de internamento e das equipas, pelas entidades prestadoras e pela capacidade de resposta. Ainda a propósito destas experiências, deve considerar-se a disciplina prevista pela **Portaria n.º 994/2006, de 19 de setembro**⁵², a respeito dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório – consideradas as instituições e serviços integrados no SNS e as do setor privado, com ou sem fins lucrativos, no âmbito do contrato efetuado –, e da “[...] responsabilidade na repartição e assunção dos custos pelas diferentes entidades envolvidas”.

No mesmo ano de 2006, a **Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro**⁵³, pela Presidência do Conselho de Ministros, veio criar a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)⁵⁴, na dependência direta do Ministro da Saúde, para “[...] condução e lançamento do projeto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, abreviadamente designada por Rede, e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social”. Note-se que a esta UMCCI foram atribuídas as tarefas de coordenar a RNCCI, elaborar e propor a aprovação dos planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados e elaborar os respetivos

⁵² Posteriormente revogada, como se verá mais adiante, pela Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, findas as experiências piloto que entretanto tinham sido implementadas na RNCCI.

⁵³ Esta resolução entrou em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

⁵⁴ Foi ainda determinado que a UMCCI teria um mandato de três anos.

relatórios de execução, e promover a articulação entre os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde para o estabelecimento de critérios de certificação, acreditação e avaliação da qualidade das respostas da Rede, de acordo com o quadro de competências definido. Ainda, em conjugação de esforços com aqueles Ministérios, deveria definir as orientações estratégicas e técnicas para a identificação dos profissionais prestadores da Rede, sua qualificação e incentivos ao desempenho e promover a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e de cuidadores a envolver na prestação de cuidados continuados integrados. Finalmente, cabia a essa UMCCI⁵⁵ propor a celebração de contratos com as entidades prestadoras da Rede, bem como a respetiva denúncia em caso de infrações administrativas; concretizar as estratégias e metas definidas no programa nacional para a saúde das pessoas idosas e no programa nacional de cuidados paliativos; conhecer as reclamações dos utentes e propor medidas corretivas; e criar um sistema de informação para a gestão da Rede, sua manutenção e permanente atualização, em articulação com os serviços e organismos competentes, e com os cuidados primários.

No ano de 2007, e pelo **Despacho n.º 28941/2007, de 5 de setembro**, foi constituído um grupo de trabalho⁵⁶ com a atribuição de rever o Programa Nacional de Cuidados Paliativos de forma a adequá-lo às exigências estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o reconhecimento como *WHO Demonstration Project*, no sentido de se promover e apoiar a criação de unidades e equipas de cuidados paliativos a nível nacional, com preocupação de equidade de acesso, de se assegurar o cumprimento das boas práticas, de se promover uma cultura de melhoria contínua, ainda, de se celebrar a parceria com o Departamento de Investigação do King's College, em Londres, para a implementação de uma escala para a avaliação dos

⁵⁵ Importa notar que a UMCCI foi extinta, em 1 de dezembro de 2012, com a conclusão do processo de fusão da mesma na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (cfr. a Deliberação n.º 2020/2012, de 8 de novembro, do Conselho Diretivo da ACSS, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 245, de 19 de dezembro de 2012). A rede passou a ser coordenada pela ACSS.

⁵⁶ Sabe-se que o programa nacional foi inicialmente coordenado por uma comissão criada pelo Despacho n.º 17/2004, de 30 de julho, do Ministro da Saúde, cujo mandato foi posteriormente renovado pelo Despacho n.º 24081/2006, de 10 de outubro, do Alto Comissariado da Saúde. Certo é que, no ano de 2006, foi criada a UMCCI à qual foi atribuída a incumbência de promover a concretização das estratégias e metas definidas no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, e o Despacho n.º 119/2007, de 11 de maio, do Ministro da Saúde, determinou mesmo a extinção da já mencionada Comissão de Coordenação. Assim, conforme ali melhor fundamentado, foi a necessidade de se operacionalizarem os objetivos do Programa Nacional em causa e de se implementarem, a nível nacional, as tipologias de resposta na área dos cuidados paliativos, que determinaram a nomeação deste grupo de trabalho. Não obstante o percurso da UMCCI, diga-se que a Deliberação n.º 2020/2012 da ACSS, publicada em 19 de dezembro formalizou o processo de fusão entre esta unidade e a ACSS, com efeitos reportados a 1 de dezembro de 2012.

resultados dos cuidados paliativos (*palliative outcome scale*) e organizar eventos para formação e divulgação do conceito de medicina paliativa, em parceria com entidades nacionais ou estrangeiras de reconhecido mérito.

Passado um ano da implementação das experiências piloto consideradas no Decreto n.º 17516/2006⁵⁷, a **Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro**⁵⁸, com início da sua vigência a 30 de junho de 2007⁵⁹, veio fixar, em anexo ao diploma, “[...] os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da RNCCI, bem como as condições gerais para a contratação no seu âmbito” – cfr. artigo 1.º. Ali é referido que os encargos pela prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade do Ministério da Saúde e ao utente cumpre, mediante a comparticipação da segurança social a que houver lugar, pagar os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social. Mais é referido que os encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão são definidos em diploma distinto, ainda que não possam “[...] exceder, em caso algum, os encargos correspondentemente assumidos no âmbito do regime convencionado.”. Refira-se ainda que, no caso de existir uma entidade financiadora distinta do SNS, o valor correspondente aos cuidados prestados no âmbito das unidades da RNCCI é cobrado diretamente àquela nos termos da tabela de preços publicada no anexo II.

Posteriormente, o **Despacho n.º 1408/2008, de 11 de janeiro**, veio “[...] definir e atualizar as respostas em cuidados continuados integrados no que reporta a aperfeiçoamentos no desenvolvimento do respetivo processo de implantação

⁵⁷ No entanto, importa notar que as experiências piloto primeiramente consideradas em 2006, conheceram uma primeira alteração 6 meses depois, através do Despacho n.º 1281/2007, de 1 de dezembro de 2006, porquanto foi constada a necessidade de “[...] efectuar adaptações sugeridas pelas administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social, através das equipas coordenadoras regionais (ECR) da RNCCI, bem como a possibilidade de integrar novas respostas [e] cumpre, assim, adaptar e actualizar o elenco das experiências piloto, incluindo novas tipologias, de modo que as mesmas possam, de forma mais adequada, funcionar como modelo futuro da RNCCI.”. Refira-se que não obstante a sua publicação de 26 de janeiro de 2007 e a sua aprovação em 1 de dezembro de 2006, este despacho iniciou a produção dos seus efeitos em 1 de novembro de 2006.

⁵⁸ Conforme se verá, este diploma sofreu, até, pelo menos, julho de 2015, alterações sucessivas que determinaram a revogação e suspensões parciais do seu efeito. A Portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto, veio definir os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório RNCCI a praticar no ano de 2015, procede-se à manutenção dos preços dos cuidados de saúde aplicados em 2014 (Portaria n.º 184/2015, de 23 de junho). Face à atual conjuntura económica do país, esta portaria suspende, com efeitos desde 1 de janeiro de 2015, a aplicação do disposto no n.º 6 da Portaria n.º 1087A/2007, de 5 de setembro, que prevê a forma de atualização anual dos preços.

⁵⁹ Nos termos do § 13.º da portaria, aos acordos celebrados no âmbito das experiências piloto da RNCCI é aplicável o disposto na presente portaria, sendo, para o efeito, prorrogável pelo período máximo de 90 dias a vigência dos acordos que cessam a 30 de Junho de 2007.

territorial, atentas as necessidades locais, bem como as alterações geográficas no enquadramento das Regiões de Saúde” e, nesse sentido, identificou, em anexo, as unidades de internamento que integram a RNCCI, com efeitos desde o dia 1 de julho de 2007.⁶⁰

Pela **Portaria n.º 376/2008, de 23 de maio**, foi aprovado o Regulamento da Atribuição de Apoios Financeiros por cada uma das ARS, a Pessoas Coletivas Privadas sem Fins Lucrativos que prestam cuidados na RNCCI, designado por Programa Modelar ⁶¹. Este veio “[...] estabelecer as regras específicas da atribuição de apoio financeiro pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P., a projetos que permitam colmatar necessidades identificadas no âmbito dos cuidados continuados integrados nas áreas geográficas em que se inserem”. São definidas nessa Portaria as exigências técnicas de cada unidade de internamento, constantes do denominado “programa funcional tipo”. Importa referir que no seu artigo 22.º são definidas as condições de suspensão do financiamento que compete ao conselho diretivo de cada ARS, sempre que sejam detetadas “[...] situações de deficiente cumprimento das obrigações pela entidade beneficiária do apoio financeiro [como seja...] inexistência ou grave deficiência relativa a prestação de informação à ARS, à constituição dos dossiers técnicos e financeiros e à organização processual dos projetos; inconformidades dos documentos de despesas; inconformidades ou graves deficiências no âmbito da execução dos projetos”. Por seu lado, o artigo 23.º, sob a epígrafe “Rescisão do contrato”, enuncia que compete à ARS unilateralmente rescindir o acordo sempre que não haja: cumprimento do projeto, nomeadamente o exercício desadequado da intervenção aprovada; cumprimento das obrigações estabelecidas no contrato, bem como das obrigações legais e fiscais; ainda, ocorra uma situação não regularizada em matéria de impostos ou contribuições para a segurança social; a recusa de prestação de informações, prestação de informações falsas sobre a situação da entidade ou viciação dos dados fornecidos e, ainda, a não sanção, no prazo concedido para o efeito, das deficiências e ou inconformidades previstas no artigo 22.º. Além do mais, a

⁶⁰ Note-se que esta listagem foi sendo alvo de sucessivas alterações, por integração de unidades de internamento, para o ano de 2008, por força do Despacho n.º 2732/2009, de 21 de janeiro, para ao ano de 2009, pelo Despacho n.º 6132/2010, de 7 abril, para os anos de 2010-2011, pelo Despacho n.º 3730/2011, de 25 de fevereiro. Este último, de forma distinta dos despachos que o antecederam, definiu as unidades implementadas na RNCCI para o ano de 2010, bem como as unidades com abertura programada até ao final do corrente ano, de acordo com o plano de implementação para 2011.

⁶¹ Este programa foi depois objeto de alterações pela Portaria n.º 578/2009, de 1 de junho, porquanto, “[...] no decurso da primeira fase de apresentação de candidaturas, foi possível identificar um conjunto de itens que carece de reajustamento ao nível do regulamento do Programa Modelar.”. Nesse sentido, os programas funcionais foram republicados em 2009, em anexo ao Regulamento do Programa Modelar, com efeitos a contar desde o dia seguinte ao da sua publicação.

rescisão “[...] implica a caducidade do apoio financeiro concedido, ficando a entidade beneficiária obrigada a repor as importâncias recebidas, acrescidas de juros à taxa legalmente aplicável.”.

Após esta primeira fase de implementação da RNCCI, o **Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril**, reconhece que importava a sua melhor coordenação e articulação que passariam por alterações pontuais nas formas de organização e funcionamento das ECR e das ECL “[...] a fim de as mesmas coincidirem com as áreas de influência dos agrupamentos dos cuidados de saúde primários [...]”. Nesse seguimento, o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, determina a criação de, pelo menos, uma ECL, em cada agrupamento de centros de saúde (ACES) e em cada unidade local de saúde (ULS).

Por seu lado, o **Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho**, reconheceu que a referenciação de utentes e respetiva admissão nas unidades de internamento integradas na RNCCI é fundamental e pressupõe a homogeneidade de procedimentos por parte de todos os intervenientes da rede. Para tanto, ali se realça a importância de planeamento adequado da alta hospitalar pelas EGA, em conjunto com os restantes serviços hospitalares, “[...] de forma a garantir a continuidade de cuidados a todos os doentes que destes necessitem.”. É igualmente salientado o papel das EIHSCP na prestação de cuidados continuados a todos os doentes internados que necessitem deste tipo de cuidados. Posto isto, o Despacho veio determinar que em cada unidade hospitalar do SNS existisse uma EGA e uma EIHSCP.

Não obstante a inclusão dos cuidados paliativos na RNCCI, certo é que, no ano seguinte, foi publicada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, pela **Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro**⁶², que, em suma, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos. Ali é definida a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e criada a RNCP, a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde – cfr. artigo 1.º. Assim, é determinado que compete ao Estado garantir a prestação destes cuidados pelo SNS ou por outras entidades do setor social ou privado através de uma rede pública em regime de internamento e ambatório, reforçando progressivamente o investimento em equipamentos e demais recursos materiais e humanos, com qualidade na prestação, e com clara preocupação na procura pela máxima eficiência e efetiva cobertura em todo território nacional – Base VIII. A rede

⁶² De acordo com a sua Base XXXV, esta lei entraria em vigor com o Orçamento do Estado subsequente à sua publicação que, por sua vez, foi publicado pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, sem que mencione os cuidados paliativos a qualquer título.

assim criada é definida no capítulo IV – cfr. Base IX e seguintes – e assume como objetivo global “[...] a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva” e como objetivos específicos “[...] a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos, o apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respetiva situação, a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados paliativos, o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos, a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, o acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional, a manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida, também, a antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos”.

Esta rede deve ser coordenada, a nível nacional e em articulação com outras estruturas regionais e locais, por uma Comissão Nacional de Cuidados Paliativos a regulamentar pelo Ministério da Saúde – cfr. Base XI –, à qual compete, adicionalmente, elaborar e propor os planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, com periodicidade bianual, estabelecer critérios de certificação, acreditação e avaliação da qualidade das respostas da RNCP e disponibilizar meios para a sua concretização, promover a elaboração e permanente atualização de normas técnicas e guias de boas práticas para a prestação de cuidados paliativos, bem como fazer cumprir os regulamentos de segurança e qualidade nos estabelecimentos da RNCP, em estreita articulação com os organismos competentes.

A Base XIV define como estruturas de prestação de cuidados paliativos, a nível local, as UCP, as EIHS CP e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSQP)⁶³, que devem funcionar de forma articulada entre si e com as ECR (já mencionadas em legislação anterior).

Ainda, porque relevante, importa mencionar que a Base XX, sob a epígrafe “Admissão na RNCP”, determina que esta assenta em critérios clínicos, mediante decisão das

⁶³ Importa notar, ainda que sumariamente, que as Bases XVI, XVII e XVIII da Lei de Bases da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, definem cada uma das equipas locais.

unidades ou equipas de cuidados paliativos, sob princípios de complexidade, gravidade e prioridade clínica. Além disso, a admissão dos utentes nas unidades e equipas de cuidados paliativos é “[...] solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelos serviços hospitalares ou pelo doente e sua família”. Ainda, compete ao Ministério da Saúde definir “[...] para os cuidados paliativos, nos termos da legislação específica, os tempos máximos de resposta garantidos, de forma compatível com a natureza e fase evolutiva da doença”.

No que respeita à eventual mobilidade do utente na rede, a Base XXI refere que esta pode ocorrer nos vários serviços da rede, de acordo com critérios de adequação, de continuidade de cuidados e de maior proximidade ao domicílio, nos termos da Lei de Bases da Saúde e a alta do utente, nos termos da Base XXII ocorre quando a mesma se justifique e promova “[...] bem-estar do doente e sua família, visando o ingresso do doente em equipas mais adequadas às suas necessidades ou o seu regresso ao domicílio”, sendo que a preparação da alta é obrigatoriamente comunicada, de forma detalhada e humanizada, ao doente ou aos seus familiares, às instituições de origem e ao médico assistente.

Mais recentemente, no ano de 2013, na sequência das conclusões do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar⁶⁴, **pelo Despacho n.º 8190/2013, de 24 de junho**, dos gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, foi criado um grupo de trabalho para “[...] proceder à avaliação da capacidade instalada e necessidades em cuidados continuados integrados em Portugal continental, incluindo revisão das tipologias e modelo de referenciação e articulação com as unidades hospitalares, de cuidados primários e estruturas na dependência da Segurança Social”. Em abril de 2014 foi concluído o relatório deste grupo de trabalho, intitulado “Capacidade instalada, necessidades, tipologia e referenciação – Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental”, onde foram emitidas recomendações no sentido de (i) continuar o desenvolvimento do internamento da rede, “procurando restabelecer alguma equidade no acesso”, com a identificação de necessidades por tipologia e nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos, NUTS III; (ii) reforçar a componente de ambulatório, em especial com a implementação das unidades de dia e de promoção da autonomia (tal como indicado como ponto de melhoria no estudo da

⁶⁴ Criado pelo Despacho n.º 10601/2011, de 16 de agosto.

ERS de 2013) e reforço das ECCI; (iii) continuar a reflexão e a discussão em torno da revisão das tipologias; (iv) agilizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI; (v) reforçar a articulação entre ACES e Centros Distritais da Segurança Social (ao nível das ECL); e (vi) introduzir melhorias no sistema de informação, nomeadamente através da atualização e utilização efetiva do módulo de cálculo, bem como o de faturação. Além disso, salientou-se no relatório (i) a necessidade de cuidados continuados em saúde mental⁶⁵; (ii) a perversidade dos incentivos da lógica de pagamento por dia, de extensão das estadias (apesar da monitorização); (iii) uma proposta de gestão da RNCCI por uma estrutura nacional de coordenação, com representantes dos gabinetes ministeriais da Saúde e da Segurança Social, recomendando que este grupo deveria gerir a componente partilhada da rede (os cuidados de média e longa duração), e que a componente de convalescença deveria ficar sob a alçada da saúde e a de paliativos sob uma estrutura a definir; e (iv) a necessidade de disseminação da utilização de metodologias e indicadores para a monitorização da qualidade, seguindo o exemplo do trabalho piloto desenvolvido na ARS Alentejo (tal como proposto como ponto de melhoria no estudo da ERS de 2013).⁶⁶

A **Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro**⁶⁷, veio definir “[...] as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as EGA e as ECCI [...]”, salvo as unidades de internamento e de ambulatório destinadas aos cuidados pediátricos, integrados na RNCCI – cfr. artigo 1.º. Além disso, no mesmo diploma são disciplinados os vários níveis de coordenação da rede, e os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no SNS e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à mesma rede, após a entrada em vigor.

Este regime entrou em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação – artigo 39.º – e revogou, os n.ºs 2, 3 e 14 e o Anexo I da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, ainda o Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de setembro, o Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril e os n.ºs 2, 3 e 4 do Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho. Tanto significa que em outubro de 2014 foram revogados parte do regime dos “[...] preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas

⁶⁵ Os cuidados continuados em saúde mental, que carecem de regulamentação própria, foram abordados no estudo da ERS “Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental”, publicado em setembro de 2015 em www.ers.pt.

⁶⁶ Disponível em www.portaldasaude.pt.

⁶⁷ Portaria com alterações introduzidas pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro.

unidades de internamento e ambulatório da RNCCI, bem como as condições gerais para a contratação [...]”, ainda, o regime de constituição, do âmbito territorial, das competências, do funcionamento e da localização das equipas de coordenação regional e local da RNCCI, e o regime que determinou a instalação de, pelo menos, uma ECL em cada ACES e em cada ULS que não tenha ACES constituído, coincidindo com as respetivas áreas de influência, bem como a constituição de uma EGA.

Não obstante, até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, que ainda não foi estabelecido, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à ERS de acordo com o modelo constante do anexo III à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, e na qual deve constar “[...] a lotação máxima de cada uma das unidades”⁶⁸. Além do mais, as unidades que integram a RNCCI e já instaladas à entrada em vigor do diploma “[...] devem adequar-se às condições nelas previstas, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias”.

O **Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho**, republicou o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho⁶⁹, e veio separar claramente as unidades de cuidados paliativos da RNCCI⁷⁰. Com efeito, conforme apontado no seu preâmbulo, e na sequência da

⁶⁸ Com efeito, a ERS emitiu até final de dezembro de 2015, em colaboração com as ARS competentes, 31 autorizações de funcionamento ao abrigo deste regime, duas relativas a UC, 10 relativas a UMDR e 19 relativas a ULDM. Refira-se que o regime jurídico previsto na Portaria n.º 174/2014 não abrange as unidades de cuidados paliativos, pelo que a ERS não pode proceder à emissão de autorização de funcionamento para as mesmas, facto que já foi comunicado através da emissão de uma recomendação ao Ministério da Saúde, deliberada em 25 de março de 2015, no sentido de se regulamentar a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Outras questões da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que permanecem por esclarecer, mesmo após as alterações introduzidas pela Portaria n.º 289-A/2015, referem-se (i) ao procedimento de autorização previsto no artigo 36.º e ao regime das auditorias subsequentes e de avaliação a realizar pela ERS, previstas no artigo 29.º, nomeadamente no que respeita à articulação e cooperação entre a ERS e as ARS (não havendo um procedimento definido por lei, apenas a ARS Norte aderiu sem reservas à proposta de procedimento implementada pela ERS e por diversas vezes notificada às cinco ARS); (ii) à consideração ou não das renovações de contratos com entidades já integradas na rede como casos a serem avaliados para a concessão de autorizações; e (iii) à extensão ou não dos requisitos mínimos de funcionamento previstos na portaria às capacidades não integradas na RNCCI (uma vez que da autorização a emitir pela ERS consta a lotação máxima da unidade). Estas e outras questões integraram um parecer emitido pela ERS em agosto de 2015, de que foi dado conhecimento ao Ministério da Saúde (“Parecer sobre o Impacto da Alteração do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho”, não publicado).

⁶⁹ Nos termos do seu artigo 51.º, este decreto-lei entrou em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, ou seja, no dia 29 de julho.

⁷⁰ Decorre do seu artigo 1.º que este decreto-lei procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a RNCCI, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

regulamentação da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, “[...] as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas Redes, refletida já na referida lei”.

Nos termos do artigo 1.º, o regime aprovado em 2006 e republicado por aquele decreto-lei, aplica-se às unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e abrangem os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais, bem como o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, assim como pode aplicar-se às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Além disso, as unidades da Rede podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro⁷¹.

Nesse sentido, e nos termos do artigo 4.º, a rede assume o objetivo geral de garantir a prestação de “cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” com a manutenção dos objetivos definidos em 2006.

Com efeito, os cuidados continuados integrados tal como considerados na rede, assentam na “[...] recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva [...]”, e compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, ainda, a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis – cfr. artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 101/2006.

Ainda a respeito da tipologia das entidades que integram a rede, o artigo 12.º define como tipos de serviços, as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as

Nessa sequência, procede à republicação do mencionado Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

⁷¹ Nos termos do artigo 34.º do diploma republicado, as unidades da rede são criadas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, mediante proposta da coordenação nacional da rede, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de dependência. Aquelas devem articular-se com as unidades de tratamento da dor e de paliativos criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde e da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Finalmente, diga-se que em função das necessidades, “[...] e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as unidades da rede podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.”.

equipas hospitalares e as equipas domiciliárias. Na primeira tipologia integram-se as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação e as unidades de longa duração e manutenção⁷². Por outro lado, nas unidades de ambulatório integram-se as unidades de dia e de promoção da autonomia e, finalmente, são consideradas equipas hospitalares, as equipas de gestão de altas e na tipologia de equipas domiciliárias integram-se as equipas de cuidados continuados integrados.

No que respeita ao acesso à rede e às entidades que de forma mais adequada devem responder aos utentes, o Capítulo V, Acesso à Rede, ingresso e mobilidade, determina que são destinatários das unidades e equipas da Rede, as pessoas que se encontrem em dependência funcional, transitória decorrente de processo de convalescença ou outro, dependência funcional prolongada, pessoas idosas com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacte psicossocial e, ainda, pessoas portadoras de doença em fase avançada ou terminal. A integração destes utentes na rede faz-se mediante proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, sendo certo que, a admissão nas UC e nas UMDR é solicitada, “[...] preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar” e, nestas últimas, também pela equipa coordenadora local. Por seu lado, a admissão numa ULDM e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela equipa coordenadora local. Mantém-se a este propósito o princípio de que deve prevalecer o cuidado ao domicílio sempre que este se revele o mais adequado e possível – cfr. artigo 31.º e ss. e a importância dos cuidados primários na medida em que a admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados depende de “[...] proposta dos médicos do centro de saúde correspondente, ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.”. É importante, ainda, referir que o legislador previu que as regras de referenciação na Rede e de admissão nas unidades e equipas são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, a qual, até à data, ainda não se encontra aprovada, sendo certo que a mobilidade do utente, dentro da rede, pode ocorrer e processa-se nos mesmos termos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

⁷² Note-se que na sua versão anterior, o Decreto-Lei n.º 101/2006, previa que entre as unidades de internamento figuravam as unidades de cuidados paliativos – cfr. alínea d), n.º 2 do artigo 12.º da redação anterior ao Decreto-Lei n.º 136/2015.

Finalmente, refira-se que o regime jurídico atinente à fiscalização e licenciamento das unidades será, nos termos do artigo 43.º, estabelecido em diploma próprio. Não obstante, o diploma reconhece que todas as unidades já existentes e criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, e que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do decreto-lei, ainda que detentores de alvará, “serão progressivamente objeto de reconversão mediante prioridades estabelecidas, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente” – cfr. artigo 45.º, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Entretanto, compete à ERS “[...] promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes atos: a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará⁷³; b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da atividade da equipa.”. Além do mais, em caso de encerramento de uma unidade ou fim de atividade de uma equipa, as ARS e os centros distritais de segurança social devem “[...] promover a afixação de aviso [...] durante 30 dias, indicando a unidade ou equipa substitutiva” – cfr. artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Ainda, determina o artigo 48.º que a rede é implementada progressivamente e, no primeiro ano devem ser implementadas experiências piloto. Além do mais, as unidades que integram a Rede são definidas por despacho dos membros do Governo da saúde e da segurança social. Finalmente, mantém-se em vigor o Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, “[...] no que se refere às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e apoio domiciliário integrado [...]”, mas são revogados a Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de março, e o Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro.

Na sequência da clarificação quanto à separação das unidades de cuidados paliativos da RNCCI, provida pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, veio regular, no âmbito da RNCP, a caracterização dos

⁷³ Relativamente ao termo alvará utilizado no Decreto-Lei n.º 101/2006, note-se que a Portaria n.º 174/2014 não adota a mesma terminologia, na medida em que se refere à licença ou à autorização de funcionamento, devendo referir-se que a associação semântica entre o alvará e a licença ou a autorização não se encontra explicitada na lei. No que concerne à suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará e à decisão do encerramento das unidades em causa, o decreto-lei não contém qualquer disposição que determine quando e mediante que pressupostos a ERS os poderá determinar. Estas observações integraram o parecer da ERS referido na nota de rodapé 68 (“Parecer sobre o Impacto da Alteração do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho”).

serviços e a admissão nas equipes locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

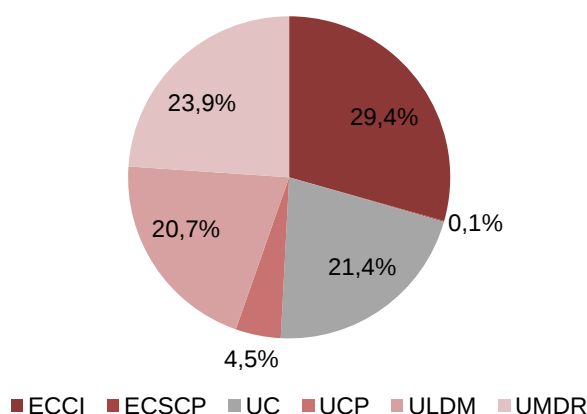
Por último, a Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, veio definir as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 e as unidades de ambulatório pediátricas, bem como das equipes de gestão de altas e das equipes de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da RNCCI.

4. Caracterização da procura

No presente capítulo procede-se à caracterização do perfil dos utentes referenciados para cada tipologia de unidades de cuidados continuados e paliativos, entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015, totalizando 44.363 episódios, com base nos dados obtidos da ACSS.⁷⁴

A distribuição da procura efetiva de cuidados continuados, traduzida pelos episódios atendidos por cada tipologia de unidade encontra-se na figura *infra*. A maior parte dos utentes referenciados para a RNCCI, entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015, foi atendida por equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), representando o maior peso relativo em termos de número de utentes que acedem à RNCCI (29%), enquanto as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) não chegam a atingir 1% dos utentes (0,1%) (*vide* figura 11). Em regime de internamento, a maioria dos utentes foi assistida em unidades de média duração e reabilitação (UMDR). É ainda possível constatar que existe uma grande discrepância entre as percentagens de episódios atendidos nas unidades e equipas de cuidados paliativos, que no seu conjunto representam menos de 5% do total, e as unidades e equipas de cuidados continuados, em que todas as tipologias apresentaram percentagem superior a 20%.

Figura 11 – Percentagem de episódios por cada tipologia de unidade ou equipa



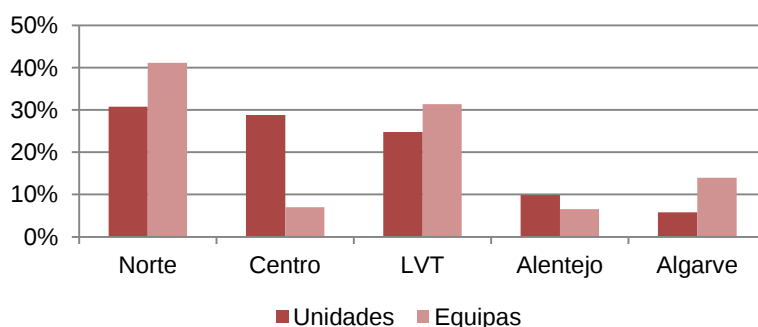
Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

⁷⁴ Refira-se que “episódio” é definido como sendo o “período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde e/ou social a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema”, sendo o termo “episódio de referência” utilizado para o “período que decorre desde a comunicação da necessidade de ingresso na RNCCI à ECL até ao dia da admissão do utente” (cfr. “Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria contínua”, de 2011, publicado pela UMCCI).

O diagnóstico principal mais frequente dos utentes nas ECCI é o de “doença vascular cerebral aguda, mas mal definida”, enquanto nas ECSCP é o de neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmão. No que se refere à casuística das unidades de internamento, “doença vascular cerebral aguda, mas mal definida” é igualmente o diagnóstico principal mais frequente, comum às UC, UMDR e ULDM, enquanto nas UCP o diagnóstico de “neoplasia maligna do cólon” é o mais frequente.

Analizada a distribuição da procura efetiva por ARS, constata-se que a maior percentagem de utentes atendidos na rede, quer por unidades de internamento, quer por equipas, foi referenciada pela ARS Norte, sendo, nesta ARS, superior a percentagem atendida por equipas (figura 12). A ARS Centro e ARS Alentejo têm uma menor percentagem de utentes referenciados atendidos por equipas, enquanto as restantes têm menor percentagem com atendimento em regime de internamento.

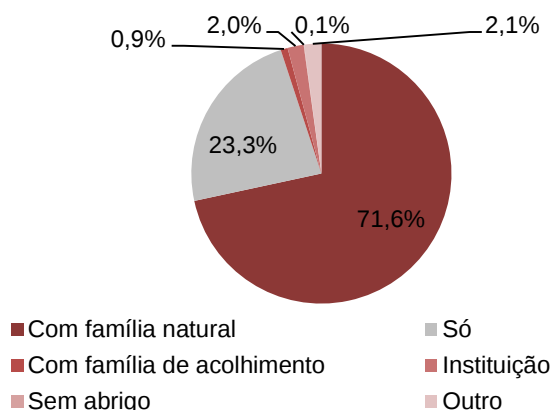
Figura 12 – Percentagem de atendimentos em unidades e equipas, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Destes utentes atendidos, a maioria vive com família (71,6%) e cerca de 23% vive sozinho. Do total de utentes 74% tem apoios de familiares (*vide* figura 13).

Figura 13 – Situação social de coabitação dos utentes de cuidados continuados e paliativos



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
Legenda: N = 46.778.

Atendimento em equipas

Em seguida procede-se à caracterização do perfil do utente assistido por equipas de cuidados continuados e paliativos, em concreto equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

Os utentes referenciados para as equipas de cuidados continuados e paliativos, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de dezembro de 2015, têm idade média de 76 anos, média que se reduz para os 71 anos nas ECSCP, conforme se apresenta na tabela 1.

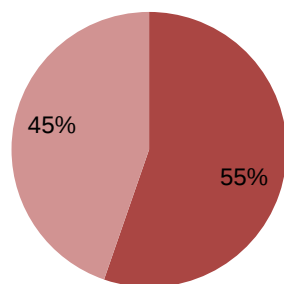
Tabela 1 – Média de idades dos utentes atendidos pelas equipas

Idade	ECCI	ECSCP	Equipas
Média	76	71	76
Desvio padrão	13	13	13

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
Legenda: N = 12.926.

A maioria dos utentes assistidos por equipas é do género feminino (*vide* figura 14), enquanto no caso das ECSCP 62% dos utentes são homens.

Figura 14 – Género dos utentes atendidos pelas equipas

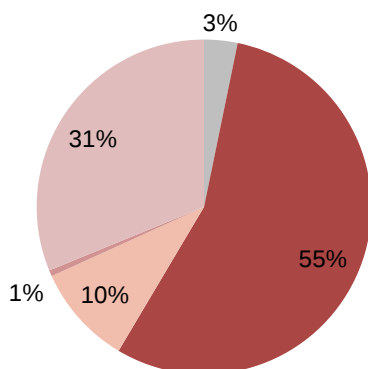


■ Feminino ■ Masculino

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
Legenda: N = 12.983.

O estados civis mais comuns entre os utentes atendidos por equipas de cuidados continuados e paliativos são o de casado e o de viúvo, e a união de facto o menos observado (*vide* figura 15).

Figura 15 – Estado civil dos utentes atendidos pelas equipas

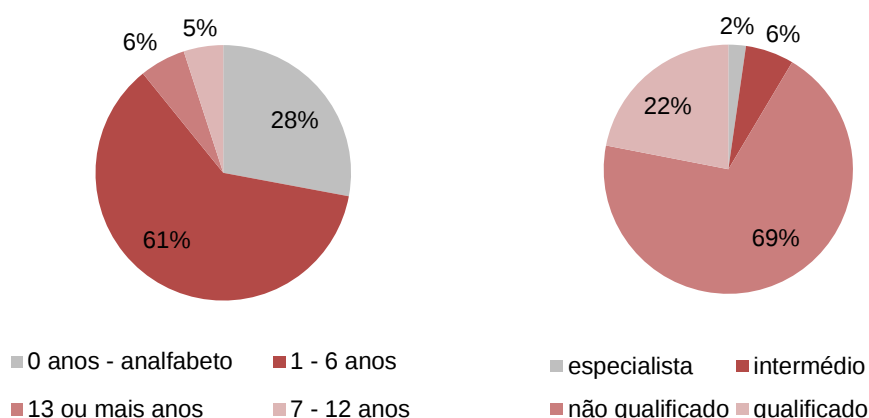


■ Divorciado/Separado ■ Casado ■ Solteiro ■ União de Facto ■ Viúvo

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
Legenda: N = 11.106.

O nível de escolaridade mais frequente compreende o intervalo de um a seis anos de estudos completos, e apenas 11% completaram sete ou mais anos de escolaridade. Por outro lado, as profissões desempenhadas pelos utentes atendidos em cuidados continuados ou paliativos são maioritariamente não qualificadas (*vide* figura 16).

Figura 16 – Nível de escolaridade e nível de qualificação na profissão dos utentes atendidos pelas equipas



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
 Legenda: N (escolaridade) = 8.264; N (profissão) = 8.360.

Atendimento em unidades de internamento

Considerando, por sua vez, a distribuição da média de idades nas diferentes tipologias de unidades de internamento, a média geral situa-se nos 76 anos, sendo certo que as UCP apresentam a menor média e as ULDM a maior, entre 71 anos e 78 anos de idade (*vide* tabela 2).

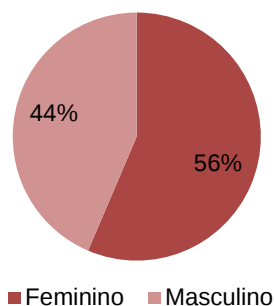
Tabela 2 – Média de idades dos utentes assistidos em unidades

Idade	UC	UCP	UMDR	ULDM	Todas as unidades
Média	74	71	76	78	76
Desvio padrão	12	13	12	12	12

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
 Legenda: N= 31.042.

À semelhança do perfil apresentado pelos utentes atendidos por equipas de cuidados continuados e paliativos, a maior percentagem de utentes é do sexo feminino em todas as unidades de internamento, com exceção das unidades que prestam cuidados paliativos, que atenderam maioritariamente homens, no período considerado (*vide* figura 17).

Figura 17 – Género dos utentes em unidade de internamento

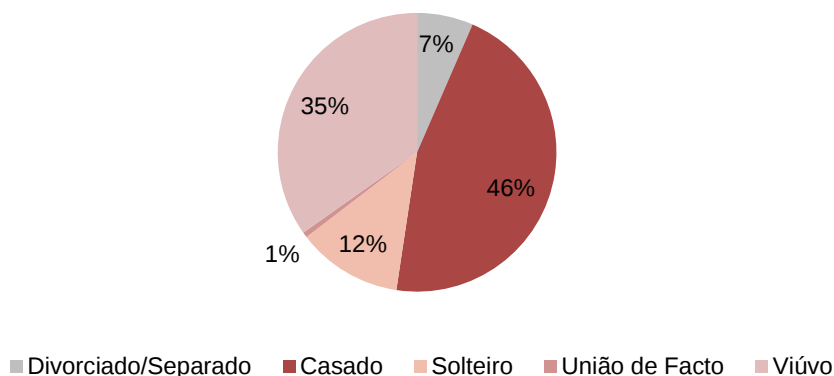


Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
Legenda: N = 31.086.

O utente atendido em unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos é na sua maioria casado ou viúvo (81%, *vide* figura 18).

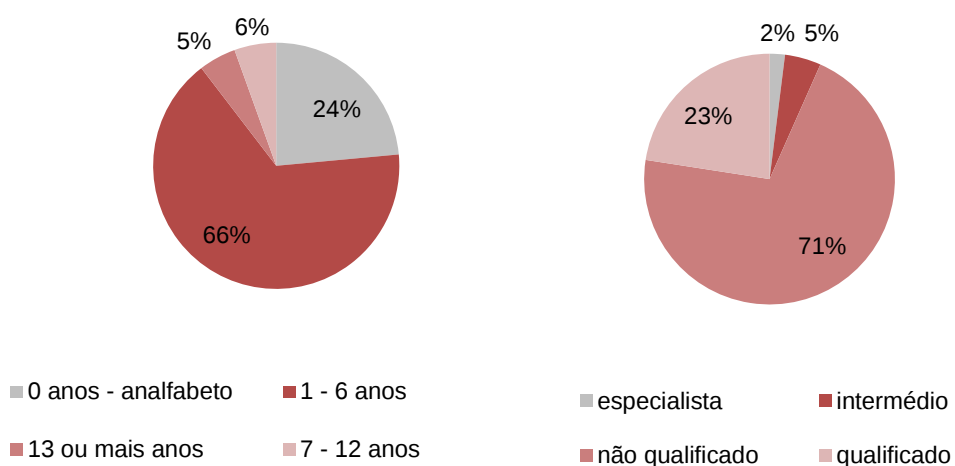
O perfil do utente internado em unidades de cuidados continuados e paliativos é idêntico ao do utente acompanhado por equipas, ao nível da escolaridade e da qualificação da profissão por si desempenhada. Concretamente, os internamentos também apresentam maiores percentagens de utentes com mais do que zero e menos do que seis anos de estudos completos e com uma profissão não qualificada (*vide* figura 19).

Figura 18 – Estado civil dos utentes em unidades de internamento



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
Legenda: N = 27.719.

Figura 19 – Nível de escolaridade e nível de qualificação na profissão dos utentes atendidos em unidades de internamento



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.
 Legenda: N (escolaridade) = 22.152; N (profissão) = 18.384.

Em suma, pode concluir-se que o perfil tipo de utilizadores de cuidados continuados e paliativos corresponde a uma utente do género feminino, casada, com 76 anos, com nível de escolaridade entre um e seis anos e que desenvolve uma profissão não qualificada.

5. Descrição da oferta

A coordenação da RNCCI, tal como prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a RNCCI, implicou, desde o seu início, a necessária articulação das diferentes coordenações, a nível regional e local. A este propósito foi publicado o Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de setembro, dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que definiu, em suma, os termos dessa mesma coordenação e, nesse sentido, foram ali definidos a constituição, o âmbito territorial, as competências, o funcionamento e a localização das equipas de coordenação regional e local (ECR e ECL, respetivamente).

Nesse âmbito, é descrito que as ECR integram representantes de cada uma das ARS e dos centros distritais de segurança social, por referência a área de influência da ARS. Compete-lhes garantir a equidade no acesso à Rede e a adequação dos serviços prestados; a utilização eficaz, designadamente em termos orçamentais, da capacidade instalada nas unidades prestadoras contratualizadas; promover condições para assegurar padrões de qualidade no funcionamento e cuidados prestados pelas equipas e unidades da Rede; articular a coordenação da Rede a nível nacional e com as equipas coordenadores locais; fomentar a articulação dentro da Rede entre os vários parceiros que a integram e com outras entidades que entendam pertinentes para o exercício das suas competências.

Por outro lado, as ECL asseguram a coordenação da RNCCI a nível local, no território continental, e integram, pelo menos, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), e, preferencialmente, um(a) assistente social e, sempre que necessário, um(a) técnico(a) da autarquia local, designado pelo respetivo presidente de câmara municipal. Além do mais, atuam numa base local, tendo por referência a área de influência do respetivo centro de saúde. São suas competências, assegurar a articulação com as unidades e equipas da Rede ao nível local; assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede mantendo, diariamente, informada a respetiva ECR sobre o ingresso e mobilidade dos utentes e sobre a gestão interna da Rede a nível local; apreciar e avaliar os objetivos terapêuticos constantes de proposta de admissão elaborada pela EGA ou pelo médico(a), enfermeiro(a) ou assistente social do centro de saúde, de modo a determinar, num período não superior a quarenta e oito horas, a admissão ou readmissão numa das unidades ou equipas da Rede; assegurar, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo, previsto para a unidade ou equipa da Rede e após reavaliação da situação, a

continuidade do utente na respetiva unidade ou equipa da Rede; e assegurar, após a alta dos utentes, e consoante os casos, a sua admissão em outra unidade ou equipa da Rede ou a preparação do regresso ao seu domicílio.

A rede encerra em si unidades de internamento e unidades de ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias. Sem prejuízo das alterações legislativas recentes e as suas implicações sobre a separação das redes referentes aos cuidados continuados e aos cuidados paliativos, conforme identificado no capítulo 3, as unidades de internamento consideradas no presente estudo incluem as seguintes:

- a) Unidades de Convalescença – que são unidades independentes, integradas num hospital de agudos ou noutra instituição 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 (artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006). Destinam-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos, ainda que possa coexistir com a unidade de média duração e reabilitação, por cada admissão, assegurando a prestação dos serviços previstos no artigo 14.º, designadamente cuidados médicos e de enfermagem permanentes, de fisioterapia, apoio psicossocial, ainda, os de higiene, conforto e alimentação;
- b) Unidades de Média Duração e Reabilitação – unidades com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.”. O período de internamento tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão, e pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração (cfr. artigo 15.º);
- c) Unidades de Longa Duração e Manutenção – com “[...] carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (cfr. artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006). Têm “[...] por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por

um período de internamento superior a 90 dias consecutivos [...]” que pode ser inferior, em situações temporárias, “[...] decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.”. Ainda, as ULDM devem ser geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura a prestação de cuidados e serviços, designadamente, na área de enfermagem, médica, de prescrição e administração de fármacos, do apoio psicossocial, nos cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional e, ainda, de animação sociocultural;

- d) Unidade de Cuidados Paliativos – unidades de internamento, “[...] com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde” (cfr. 19.º do Decreto-Lei). Devem ser geridas por um médico e asseguram, designadamente, cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, e cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades.

Com base nos dados fornecidos pela ACSS, foram identificadas 319 unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos em agosto de 2015, sendo a sua distribuição pelas cinco regiões de jurisdição das ARS e pelos quatro tipos de internamento identificada na tabela 3.

Tabela 3 – Unidades de internamento por ARS e tipo⁷⁵

ARS	UC	UMDR	ULDM	UCP	Total
Norte	8	29	53	3	93
Centro	9	30	50	4	93
LVT	9	22	34	10	75
Alentejo	6	11	19	3	39
Algarve	3	4	11	1	19
Total	35	96	167	21	319

⁷⁵ O universo de unidades de internamento refere-se a agosto de 2015, excetuando-se apenas a região da ARS Lisboa e Vale do Tejo, que se refere a abril e maio de 2015. Das 319 unidades, 78% é detido por entidades do setor social (incluindo as Santas Casas da Misericórdia), 17% por entidades privadas e 5% por entidades públicas.

Por último, as equipas hospitalares podem ser EGA e EIHSCP, e as equipas domiciliárias subdividem-se em ECCI e ECSCP. Os utentes acedem à rede mediante proposta das ECCI ou das EGA, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência. Compete adicionalmente às EGA “[...] na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar [...]” solicitar a admissão nas UC e nas UMDR. De acordo com o § 2 do Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho, as EGA integram “[...] um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar”.

As EIHSCP são caracterizadas como sendo equipas “[...] multidisciplinares do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.”. Cada uma dessas equipas “[...] tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação” – cfr. artigo 25.º. São suas incumbências, entre outras, a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados, a prestação de cuidados médicos e de enfermagem continuados, os tratamentos paliativos complexos, a assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares, o apoio psico-emocional ao doente e familiares/cuidadores, incluindo no período do luto.

No que se refere às funções das equipas domiciliárias as:

- a) ECCI tem como responsabilidade a prestação de “[...] cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.”. A mencionada avaliação integral é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social; e, além do mais, a sua atuação deve apoiar-se “[...] nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as

autarquias locais.”. São aí prestados cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa, bem como cuidados de fisioterapia e apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, e na satisfação das necessidades básicas, bem como coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; e

- b) ECSCP são caracterizadas no artigo 29.º como sendo equipas multidisciplinares “[...] da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro [...], com a finalidade de “[...] prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.”. Além disso, decorre do artigo 30.º que esta tipologia de equipa deve assegurar, designadamente, a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários, a avaliação integral do doente, os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, a assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados, bem como a familiares e ou cuidadores.

As unidades de ambulatório dividem-se entre unidades de dia e unidades de promoção da autonomia, mas não se descrevem por não terem sido ainda implementadas unidades deste tipo, encontrando-se as características e competências previstas no artigo 21.º e artigo 22.º.

6. Acesso

O presente capítulo subdivide-se nas secções 6.1 e 6.2, que apresentam as avaliações do acesso relativas, respetivamente, à referenciação dos doentes e ao acesso potencial medido com base na relação entre a oferta e a procura potencial.

6.1. Referenciação

Como primeira nota da presente secção, importa referir que apesar de estar previsto no Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que procedeu à separação entre cuidados continuados e paliativos, que as regras de referenciação na RNCCI e de admissão nas unidades e equipas serão definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, até à data tal portaria ainda não foi publicada, pelo que atualmente vigoram as regras de referenciação definidas na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

No que respeita às regras de acesso à RNCCI, o “[...] ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência” (cfr. n.º 1 do artigo 32.º, do Capítulo V, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que criou a RNCCI).

A Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que veio definir as condições de instalação e funcionamento das unidades e das EGA e ECCI, salvo as unidades de internamento e de ambulatório destinadas aos cuidados pediátricos, integrados na RNCCI (cfr. artigo 1.º da portaria), dedica o Capítulo V às regras de referenciação na RNCCI e admissão nas unidades e equipas nela integradas.

Nos termos daquela portaria, para efeitos de referenciação devem ser consideradas:

- **para as UC**, as pessoas que na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias tenham necessidade de, designadamente, cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes, reabilitação intensiva, tratamento de úlceras de pressão e ou feridas, ainda, outros cuidados por apresentarem síndromes potencialmente recuperáveis a curto prazo (nomeadamente, depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição);

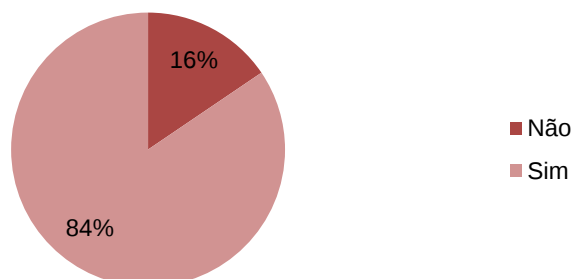
- **para as UMDR**, as pessoas que na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, em período previsível de 30 dias a 90 dias, exijam, designadamente, cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes, reabilitação intensiva, medidas de suporte respiratório, cuidados por síndromes potencialmente recuperáveis a médio prazo e programa de reabilitação funcional com duração previsível até 90 dias;
- **para as ULDM**, as pessoas cuja situação de dependência esteja prevista além de 90 dias e exija, designadamente, cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de saúde por patologia aguda e ou crónica estabilizada e défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias, cuidados por patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva, ainda, internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador;
- **para as UA**, o doente que requeira cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social mas sem condições para ser cuidado no domicílio;
- **para as equipas domiciliárias**, o doente que reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados continuados integrados de que necessita.

Em cumprimento do seu Plano de Atividades para 2015, a ERS realizou fiscalizações às instalações de 58 unidades de cuidados continuados e paliativos, entre 20 de agosto e 5 de novembro de 2015, com o intuito de, *in loco*, avaliar o cumprimento de requisitos de funcionamento, diligência que se descreve com mais detalhe na secção 7.3. Da figura 20 constata-se que, de acordo com a perceção de 84% dos contatos no local dos estabelecimentos fiscalizados, existe cumprimento dos critérios de referência por tipologia de unidade (cfr. artigo 19.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro).⁷⁶ Os contatos no local que revelaram como entendimento que os critérios de referência não eram cumpridos indicaram receber doentes paliativos em unidades não dedicadas a cuidados paliativos, bem como situações em que não existia correspondência entre os critérios clínicos registados na plataforma da rede, e

⁷⁶ Os contatos nos locais foram, concretamente, enfermeiros coordenadores, diretores clínicos ou diretores técnicos.

que justificavam a referenciação para determinada tipologia, e a situação real do utente, verificada aquando da avaliação na unidade, sendo que muitos desses casos eram exclusivamente casos sociais.

Figura 20 – Cumprimento dos critérios de referenciação por tipologia



Com as alterações à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, decorrentes da publicação da Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, os doentes com úlceras de pressão, que com a redação anterior deviam ser referenciados para a UMDR, passaram a dever ser referenciados para ULDM. Porém, os estabelecimentos fiscalizados na região de Lisboa e Vale do Tejo já depois de 17 de setembro, referiram ter indicação da ECR para aplicar essa alteração apenas a partir de 1 de novembro de 2015, e não no dia seguinte à publicação daquele diploma. Acresce que na região do Alentejo mais de 50% dos prestadores não se encontravam em cumprimento das novas regras.

O artigo 20.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, refere-se ao processo de referenciação de doentes internados em hospital do SNS, e de doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, para a RNCCI, referenciação que só pode ocorrer na sequência de diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social realizada pelas EGA ou pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 20.º). Esta avaliação está sempre sujeita a validação pela ECL da área de residência do utente e a esta última compete avaliar e validar a proposta e a tipologia adequada às necessidades do utente. No que respeita aos tempos de resposta, o mesmo diploma refere que a referenciação dos doentes pela EGA⁷⁷ à ECL do domicílio do doente deve ocorrer 48 a 72 horas antes da data prevista para a alta hospitalar. Ainda, na

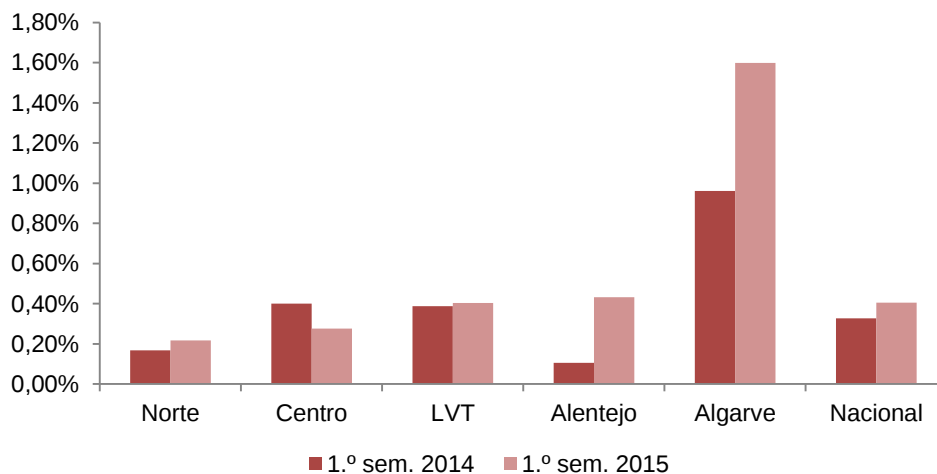
⁷⁷ Compete à EGA organizar o processo clínico do utente e, nesse sentido, deve atualizar toda a informação quanto à alta médica, às notas de enfermagem do serviço social, ainda, quanto aos MCDT e anotações a respeito do programa de seguimento do doente e de próximas marcações – cfr. n.º 6 do artigo 20.º.

referenciação do utente “[...] deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio [...] relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.”.

De acordo com a informação remetida pela ACSS, a percentagem de utentes que se encontrava em avaliação, no primeiro semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015, representava 0,33% e 0,41% do total de utentes referenciados, respetivamente. Comparando as cinco regiões de saúde, a ARS Algarve apresenta a maior percentagem de utentes em avaliação, nos dois semestres considerados, 0,96% no primeiro semestre de 2014, e 1,6% no segundo semestre, como consta da figura 21.

Já no que respeita ao processo de admissão dos utentes nas equipas ou unidades, o artigo 21.º anota que o mesmo processo é precedido de proposta de referenciação da EGA ou da equipa referenciadora dos cuidados de saúde primários, e compete à ECR determinar a admissão do utente em unidade ou equipa da RNCCI, preferencialmente, de acordo com a unidade indicada pelo utente, na medida dos recursos/vagas existentes, sendo certo que a admissão deve ser efetivada no prazo de 48 horas ou, caso contrário, deve ser solicitada a reavaliação à equipa da RNCCI.

Figura 21 – Percentagem de utentes em avaliação, em cada ARS e a nível nacional, no 1.º semestre de 2014 e de 2015



Fonte: Elaboração própria com dados da ACSS, 2015

A mediana do tempo desde a referenciação até identificação de vaga em unidades ou equipas da rede, por tipologia de cuidados e por ARS apresenta-se na tabela 4. Em todas as ARS, a mediana do tempo até identificação de vaga é inferior para entrada em ECCI, com exceção da ARS Algarve no primeiro semestre de 2014, onde as

unidades de convalescença apresentaram menor tempo. Por outro lado, as tipologias a apresentar maior mediana de tempo até ingressar numa unidade são as UMDR, nas ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, e as ULDM, nas ARS Alentejo e Algarve, nos dois períodos considerados.

Tabela 4 – Mediana de dias desde a referenciação até à identificação de vaga, no 1.º semestre de 2014 e de 2015

Região	Tipologia	1.º Sem. 14	1.º Sem. 15
Norte	UC	7,9	13,7
	UCP	5,9	6,8
	UMDR	21,1	35,0
	ULDM	12,1	10,0
	ECCI	3,9	4,0
Centro	UC	13,1	12,0
	UCP	10,0	4,9
	UMDR	26,2	26,4
	ULDM	14,2	21,0
	ECCI	4,7	3,2
LVT	UC	21,0	34,0
	UCP	29,2	18,0
	UMDR	42,9	39,4
	ULDM	37,0	22,7
	ECCI	4,7	4,0
Alentejo	UC	11,0	10,8
	UCP	15,5	14,1
	UMDR	38,1	33,9
	ULDM	59,3	37,2
	ECCI	3,9	4,1
Algarve	UC	1,2	2,0
	UCP	4,0	7,6
	UMDR	30,0	11,1
	ULDM	33,9	24,7
	ECCI	2,0	0,7

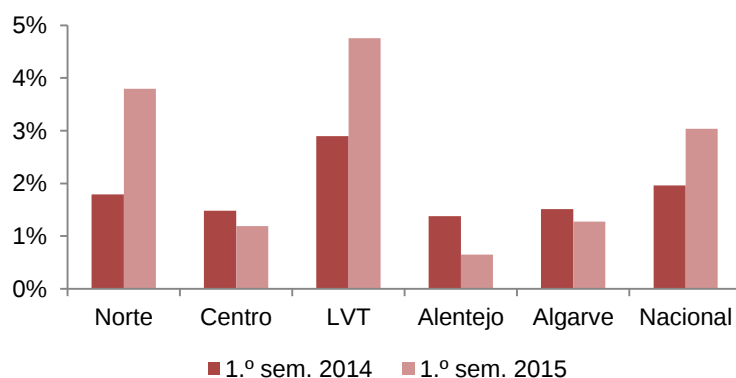
Fonte: ACSS, 2015.

Porém os dados anteriores devem ser analisados à luz da legislação descrita, segundo a qual, preferencialmente, o utente é internado na unidade por si indicada, na medida dos recursos/vagas existentes, que pode corresponder a uma unidade localizada em ARS distinta da que referencia. Ainda, no que respeita à admissão nas unidades e equipas domiciliárias, é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente. A admissão nas UMDR, nas ULDM e UA “[...] carece ainda da

assinatura do termo de aceitação das situações de comparticipação do utente, e da tomada de conhecimento da necessidade da celebração de contrato de prestação de serviços, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável”. Neste âmbito, foi referido pela ACSS, em resposta ao pedido de informação da ERS, que “[a]pós terem sido referenciados, existem utentes que recusam, bem como existem episódios cancelados”.

Um dos motivos que pode justificar a não entrada na rede relaciona-se com a não observância dos critérios de admissão definidos para cada tipologia. A percentagem de utentes que, face ao total de utentes referenciados, não cumpriram os critérios foi maior nas ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo, no primeiro semestre de 2015, ascendendo a aproximadamente 4% e 5%, respetivamente (*vide* figura 22).

Figura 22 – Percentagem de utentes referenciados que não cumpriram os critérios para ingressar na rede, por ARS, no 1.º semestre de 2014 e de 2015



Fonte: Elaboração própria com dados da ACSS, 2015

6.2. Avaliação do acesso potencial

A avaliação do acesso potencial das populações aos cuidados continuados e paliativos, que se concentra aqui nas unidades de internamento UC, UMDR, ULDM e UCP, relaciona a oferta com a procura potencial e permite a identificação de desigualdades no acesso.⁷⁸ Este tipo de avaliação possibilita a identificação das regiões onde residem as populações com procura potencial relativamente mais alta face à oferta disponível. Estas serão as populações mais carenciadas, que deverão merecer particular atenção em termos das políticas públicas de promoção do acesso a

⁷⁸ Vide Joseph, A. E. e Phillips, D. R. (1984), *Accessibility and Utilization: Geographical perspectives on health care delivery*. Nova Iorque, NY: Harper & Row.

cuidados de saúde, para a redução das desigualdades existentes no acesso dos utentes e, paralelamente, para que o Estado possa cumprir a sua incumbência de “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (cfr. alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa).

A avaliação do acesso dos utentes às unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos tem por base o método EKD2SFCA⁷⁹, cujos cálculos permitem a identificação de *scores* de acesso, i.e., de rácios de oferta/procura potencial, como, por exemplo, os números de camas por mil habitantes. Esses *scores* são representativos do acesso de populações residentes em pequenas unidades geográficas de uma região em estudo, tais como as áreas de códigos postais de Portugal continental, o que se configura uma análise com alto nível de detalhe geográfico.

O cálculo dos *scores* de acesso tem em consideração o transporte em redes viárias, tempos de viagem médios das populações até aos estabelecimentos prestadores e áreas de influência, com fronteiras delineadas pelo tempo máximo de viagem que se considera aceitável para os utentes, desde a sua residência até aos estabelecimentos.

As áreas de influência são utilizadas para definir o alcance dos serviços, delimitando os fluxos potenciais dos utentes até aos estabelecimentos. No caso em apreço, das unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos, delimita-se o alcance pelo tempo máximo de viagem em estrada de 60 minutos, a percorrer pelos utentes até às unidades. Esta referência é considerada aceitável em estudos sobre o acesso a cuidados paliativos⁸⁰, sendo também considerada adequada para os cuidados continuados⁸¹. Note-se que há situações em que os doentes de cuidados paliativos

⁷⁹ Vide Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014b), “An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care”, *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41 (4), 717-735.

⁸⁰ Vide Cinnamon, J., Schuurman, N., e Crooks, V.A. (2008), “A method to determine spatial access to specialized palliative care services using GIS”, *BMC Health Services Research*, 8, 140, e Schuurman, N., Crooks, V.A., e Amram, O. (2010), “A protocol for determining differences in consistency and depth of palliative care service provision across community sites”, *Health and Social Care in the Community*, 18 (5), 537-548.

⁸¹ Na medida em que a referência de 60 minutos é aceitável para os cuidados paliativos, em que mais se valoriza a proximidade, esta referência também é considerada adequada para os cuidados continuados. Sem prejuízo de se poder considerar que referências de tempo mais latas seriam alternativas válidas para o estudo, no que se refere aos tipos de internamento de convalescença, de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, em que a proximidade será menos valorizada que no caso dos cuidados paliativos, a escolha dos 60 minutos será apropriada para tornar a análise mais conservadora, no sentido de valorizar mais as distâncias mais próximas das residências dos utentes e ou dos seus familiares e refletir esta valorização nos resultados da análise.

recusam as vagas disponíveis por considerarem ser excessiva a distância até à residência dos seus familiares.^{82 83}

O método EKD2SFCA é constituído por dois passos. No primeiro passo, calcula-se um rácio de oferta/procura potencial para cada um dos estabelecimentos prestadores de cuidados na região em estudo, no caso, Portugal continental. Os scores do acesso das populações residentes em unidades geográficas pequenas resultam dos cálculos do segundo passo do método, conforme se explica no quadro 1.

Para efeitos da análise do acesso, os scores calculados são agrupados em três níveis de acesso – alto, médio e baixo –, tendo em consideração a meta de camas por mil habitantes com idade igual ou superior a 65 anos identificada no “Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, de julho de 2007, e os rácios com valores mais baixos previstos no documento “Capacidade instalada e necessidades, Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental, Setembro 2015”, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em novembro de 2015. Estes últimos são indicados como sendo, à data, determinantes para os cálculos das camas de internamento necessárias na RNCCI (incluindo as unidades de cuidados paliativos). Concretizando, no nível de acesso alto são agrupados os scores superiores às metas originais de 2007; no nível médio são agrupados os scores iguais ou inferiores às metas de 2007, e iguais ou superiores às metas de 2015; e no nível baixo agrupam-se os scores inferiores às metas de 2015. A tabela 5 compara as metas de 2007 com as de 2015.⁸⁴

⁸² Vide Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e das Atividades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1.º Semestre de 2009 e Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da RNCCI de 2009.

⁸³ A proximidade é fundamental para facilitar o apoio dos familiares aos doentes internados e para que os doentes não se sintam deslocados do contexto regional e sociocultural em que se habituaram a viver. Em particular, a proximidade das famílias é essencial para os doentes internados, porque os familiares constituem o seu principal suporte, e quanto maiores as distâncias entre as residências dos familiares e as unidades de internamento, mais difícil será a concretização do suporte familiar nas visitas aos doentes.

⁸⁴ As metas de rácios de camas por mil habitantes idosos de 2015 encontram-se publicadas em <http://www.portaldasaude.pt/.../CCI2015atualiz2014final.pdf>, enquanto as de 2007 estão publicadas em <http://www.portaldasaude.pt/.../RelatorioFinal270707.pdf>. Na medida em que os scores foram calculados com base em camas por mil habitantes, para possibilitar a comparação foi feita uma conversão das metas para rácios de camas por mil habitantes, tendo em conta a proporção de idosos com idade igual ou superior a 65 anos em Portugal continental, segundo o INE (dados de 2014).

Refira-se que as metas indicadas no documento de 2015 tinham sido publicadas anteriormente no relatório “Capacidade instalada, necessidades, tipologia e referência – Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental”, de abril de 2014, do grupo de trabalho criado

Refira-se que, tendo em conta as metas de 2015 e a população com 65 ou mais anos estimada pelo INE referente a 2014 (ano mais recente), o número total de camas nas unidades de internamento deveria ser de 14.640, enquanto que o número total em agosto era de 7.311 – ou seja, menos da metade. Por seu turno, tendo em conta a projeção do número de idosos realizada até 2025 na secção 2.2, o número de camas ideal para cumprir a meta estabelecida – não se perspetivando novas reduções na meta –, seria de 17.597, o que significa um aumento de 20% face ao número atual.

Quadro 1 – O método EKD2SFCA

O primeiro passo do método consiste em calcular um rácio de oferta/procura potencial para cada estabelecimento:

$$R_j^E = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_{\max}\}} P_k H_k g(d_{kj}, d_{\max})};$$

em que:

- R_j^E é o rácio para o estabelecimento na unidade geográfica j (área de código postal);
- S_j é o número de camas representativo da capacidade de oferta do estabelecimento em j ;
- P_k é a população residente na unidade geográfica k ;
- d_{kj} é o tempo de viagem entre k e j ;
- $d_{\max}$ é o tempo de viagem máximo que define as fronteiras das áreas de influência;
- H_k é o índice de necessidades de cuidados de saúde da população residente em k , para ajustar as populações de acordo com as suas necessidades estimadas com base em dados demográficos, socioeconómicos e epidemiológicos (o índice da população residente em k neste estudo é igual para todas as populações residentes que pertencem a um mesmo concelho, na medida em que a unidade utilizada para o índice é o concelho, e não a área de código postal; foram utilizados os seguintes dados: proporção de população com 80 anos ou mais, rácio de mortes por tumores malignos por população, inverso do poder de compra *per capita* e taxa de analfabetismo);
- $g(d_{kj}, d_{\max})$ é uma função de proximidade, que ajusta a procura potencial com base no tempo de viagem da população, conferindo maior valor às distâncias mais próximas e menor valor às distâncias mais longas.

Com base nos rácios calculados no primeiro passo, calcula-se com o segundo passo do método um *score* de acesso para cada unidade geográfica da região estudada:

$$A_i^E = \sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} R_l^E C_i g(d_{il}, d_{\max});$$

em que:

- A_i^E é o *score* de acesso calculado para a unidade geográfica i ;
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} R_l^E$ é a soma dos rácios calculados no passo 1 associados aos estabelecimentos cujas áreas de influência cobrem a população residente em i ;
- C_i é o índice de mobilidade da população residente em i , construído com base em dados de movimentos pendulares.
- $g(d_{il}, d_{\max})$ refere-se à função de ponderação com base no tempo de viagem.

pelo Despacho n.º 8190/2013, de 24 de junho, e se referirão a rácios definidos em 2009 pelos Ministérios da Saúde e da Segurança Social.

Tabela 5 – Metas de camas por mil habitantes de 2007 e de 2015

Unidades	Camas por mil hab. com 65 ou mais anos		Camas por mil hab.	
	Meta de 2007	Meta de 2015	Meta de 2007	Meta de 2015
UC	1,8	1,4	0,37	0,29
UMDR	2,0	1,6	0,41	0,33
ULDM	5,0	4,0	1,03	0,82
UCP	0,6	0,2	0,12	0,04
Total	9,4	7,2	1,94	1,48

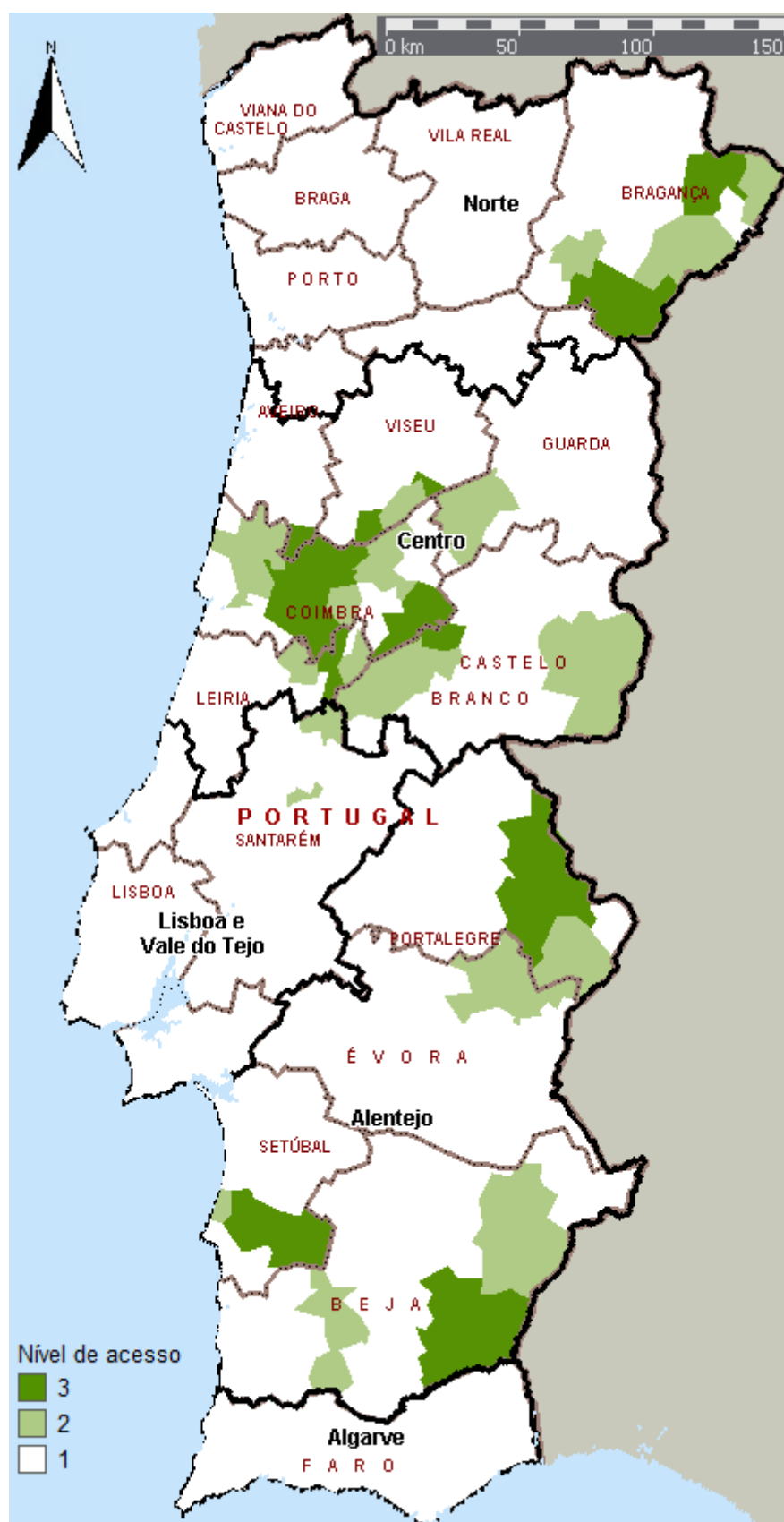
Deste modo, é possível identificar a distribuição geográfica dos três níveis de acesso por todas as áreas de códigos postais da região estudada e determinar a localização das populações com acesso mais baixo aos cuidados continuados ou paliativos, ou seja, as que mais enfrentam barreiras ao acesso.

De seguida são apresentados os resultados das avaliações do acesso realizadas, que consistiram na aplicação do método de avaliação a cinco conjuntos de prestadores: todas as unidades de internamento, apenas as unidades de convalescença, apenas as unidades de média duração e reabilitação, apenas as unidades de longa duração e manutenção e apenas as unidades de cuidados paliativos.

6.2.1. Acesso aos cuidados continuados e paliativos – todas as unidades de internamento

A figura 23 ilustra os três níveis de acesso obtidos quando são consideradas na avaliação todas as 319 unidades de internamento, devendo ressaltar-se que o nível três é o nível de acesso alto, que excede as metas de necessidades de camas estabelecidas em 2007 e em 2015, o nível dois é o médio, que excede a meta de 2015, mas é inferior à meta original, definida em 2007, e o nível um representa o acesso baixo, onde as populações têm um número de camas inferior às metas estabelecidas tanto em 2007 como em 2015 (*vide* metas na tabela 5).

Figura 23 – Níveis de acesso a cuidados continuados e paliativos



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

A cobertura populacional de cada nível de acesso por região de jurisdição das cinco ARS é apresentada na tabela 6, sendo possível identificar que a região que concentra maior proporção populacional com acesso alto é o Centro (15%), seguida do Alentejo (11%), que também apresenta a menor proporção populacional com acesso baixo. Importa destacar, ainda, a ausência de população com acesso alto nas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, sendo certo que, como também se identifica na figura 23, nesta última região 100% da população tem acesso baixo, ou seja, nenhum cidadão tem à disposição, a uma distância aceitável, um número de camas que atinja uma das duas metas estabelecidas para a satisfação das suas potenciais necessidades.

Tabela 6 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas ARS – todas as unidades de internamento

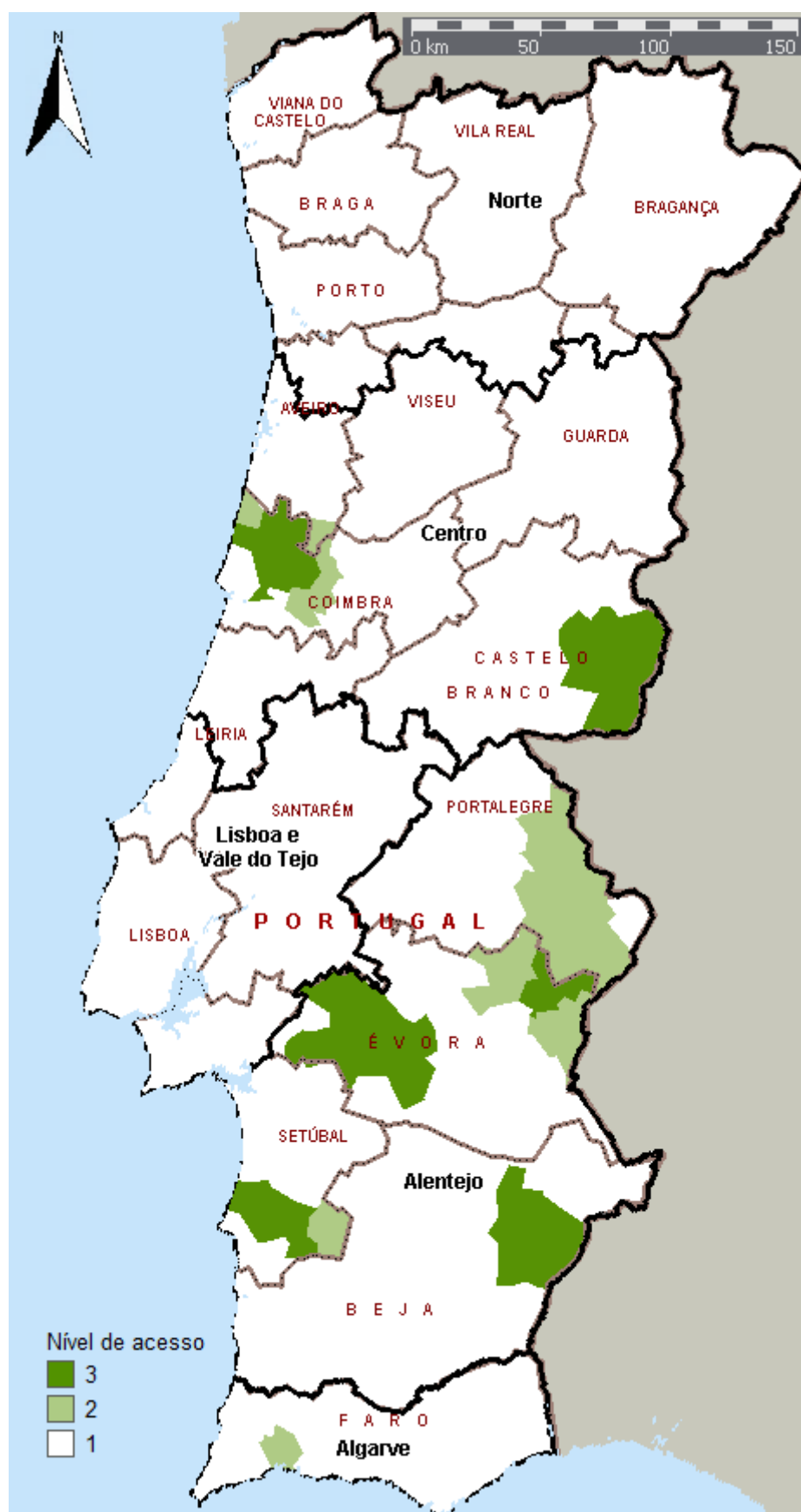
ARS	Distribuição da população por nível de acesso			
	1	2	3	Total
Norte	99%	1%	0%	100%
Centro	74%	12%	15%	100%
LVT	99%	1%	0%	100%
Alentejo	70%	18%	11%	100%
Algarve	100%	0%	0%	100%
Total	93%	4%	3%	100%

6.2.2. Acesso aos cuidados continuados de convalescença

Tendo em linha de conta as unidades de convalescença, a avaliação que computa *scores* e os compara às metas de necessidades estabelecidas em termos de número de camas por população de 2007 e de 2015, identifica a distribuição geográfica dos três níveis de acesso que se ilustra na figura 24.

Como se pode visualizar, e também se identifica na tabela 7, as regiões do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo são as duas regiões onde toda a população residente tem um acesso baixo, ou seja, abaixo das duas metas estipuladas. No Algarve só há populações com acesso baixo e médio. Apenas nas regiões do Centro e do Alentejo há população com acesso alto (7% e 19% da população residente, respetivamente).

Figura 24 – Níveis de acesso a cuidados continuados de convalescença



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

Tabela 7 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas ARS – UC

ARS	Distribuição da população por nível de acesso			
	1	2	3	Total
Norte	100%	0%	0%	100%
Centro	85%	8%	7%	100%
LVT	100%	0%	0%	100%
Alentejo	65%	16%	19%	100%
Algarve	88%	12%	0%	100%
Total	95%	3%	2%	100%

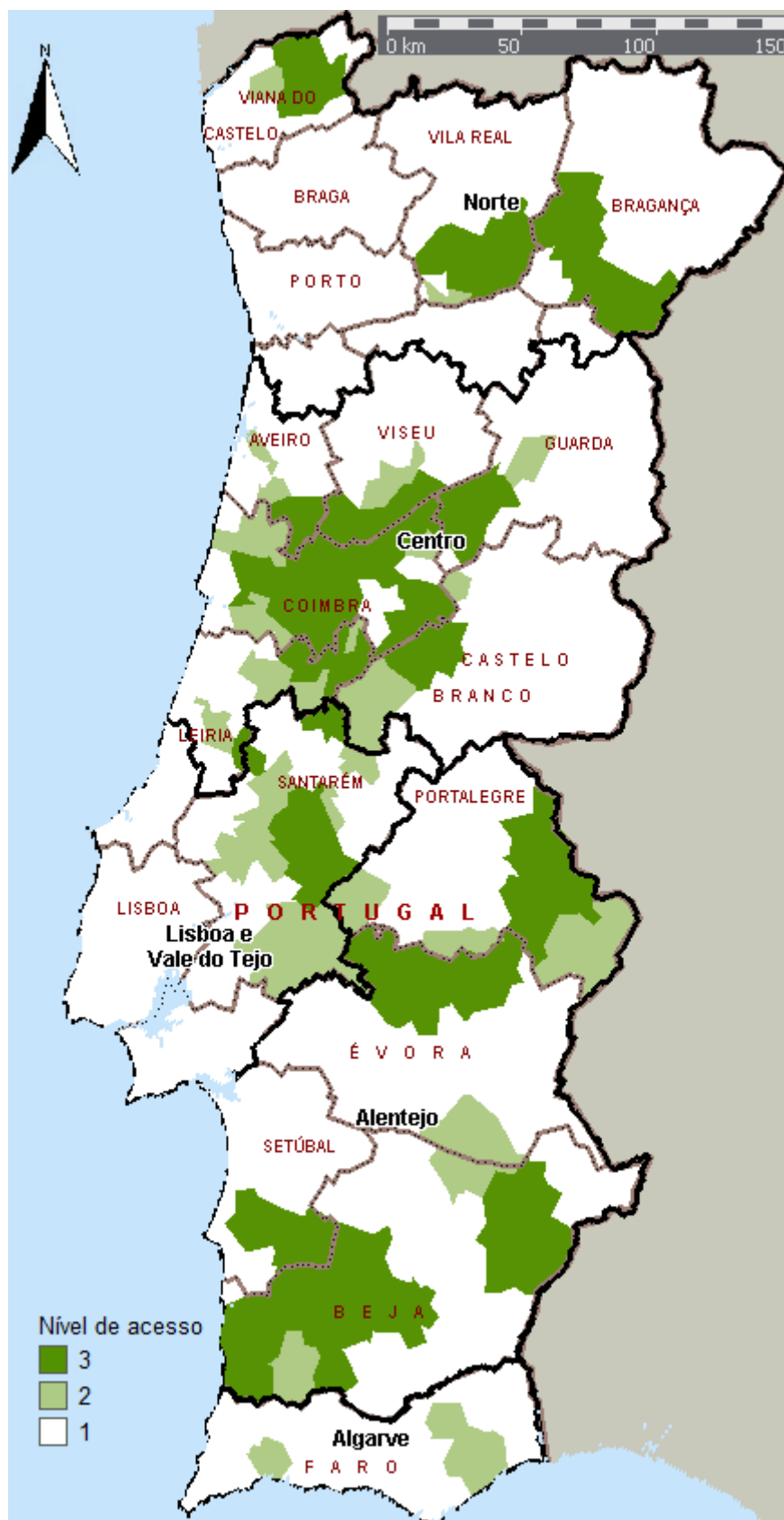
Portanto, conforme se conclui da informação constante da tabela 7, a maior proporção de população com acesso alto encontra-se no Alentejo (19%), região onde também se identifica a menor proporção de população com baixo acesso (65%), o que significa que, mesmo assim, quase dois terços da população ali residente têm um acesso baixo aos cuidados continuados de convalescença.

6.2.3. Acesso aos cuidados continuados de média duração e reabilitação

Tendo em consideração as unidades de média duração e reabilitação, apresenta-se a distribuição geográfica dos três níveis de acesso na figura 25, destacando-se, nesta ilustração, os resultados referentes à região do Algarve, na medida em que esta é a única região com *scores* inferiores à meta original de 2007, ou seja, onde não há população com acesso alto. Ainda relativamente à população com acesso alto, destaca-se também a pequena superfície com este nível de acesso na região da ARS Lisboa e Vale do Tejo, enquanto que há superfícies maiores de acesso alto nas restantes regiões – Alentejo, Centro e Norte.⁸⁵

⁸⁵ Refira-se que, apesar de a tabela 8 indicar que as regiões da ARS Lisboa e Vale do Tejo e da ARS Norte apresentam resultados de acesso em termos de abrangência populacional semelhantes, com baixa proporção de população com alto nível de acesso (2% e 4%, respetivamente), apenas cerca de 70 mil habitantes têm nível de acesso alto na região da ARS Lisboa e Vale do Tejo, enquanto que são quase 160 mil que podem usufruir deste nível de acesso na região da ARS Norte.

Figura 25 – Níveis de acesso a cuidados continuados de média duração e reabilitação



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

A tabela 8 identifica, por ARS, a cobertura populacional de cada nível de acesso, com a indicação das mais altas proporções de população com alto nível de acesso nas regiões Alentejo e Centro (28% e 26%, respetivamente). Por seu turno, as regiões onde se encontra destacadamente as maiores proporções de população com baixo acesso são as do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (ambas com 95%), seguidas do Algarve (com 82%). No Algarve, à semelhança do que sucede nas unidades de convalescença, só há populações com acesso baixo e médio.

Tabela 8 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas ARS – UMDR

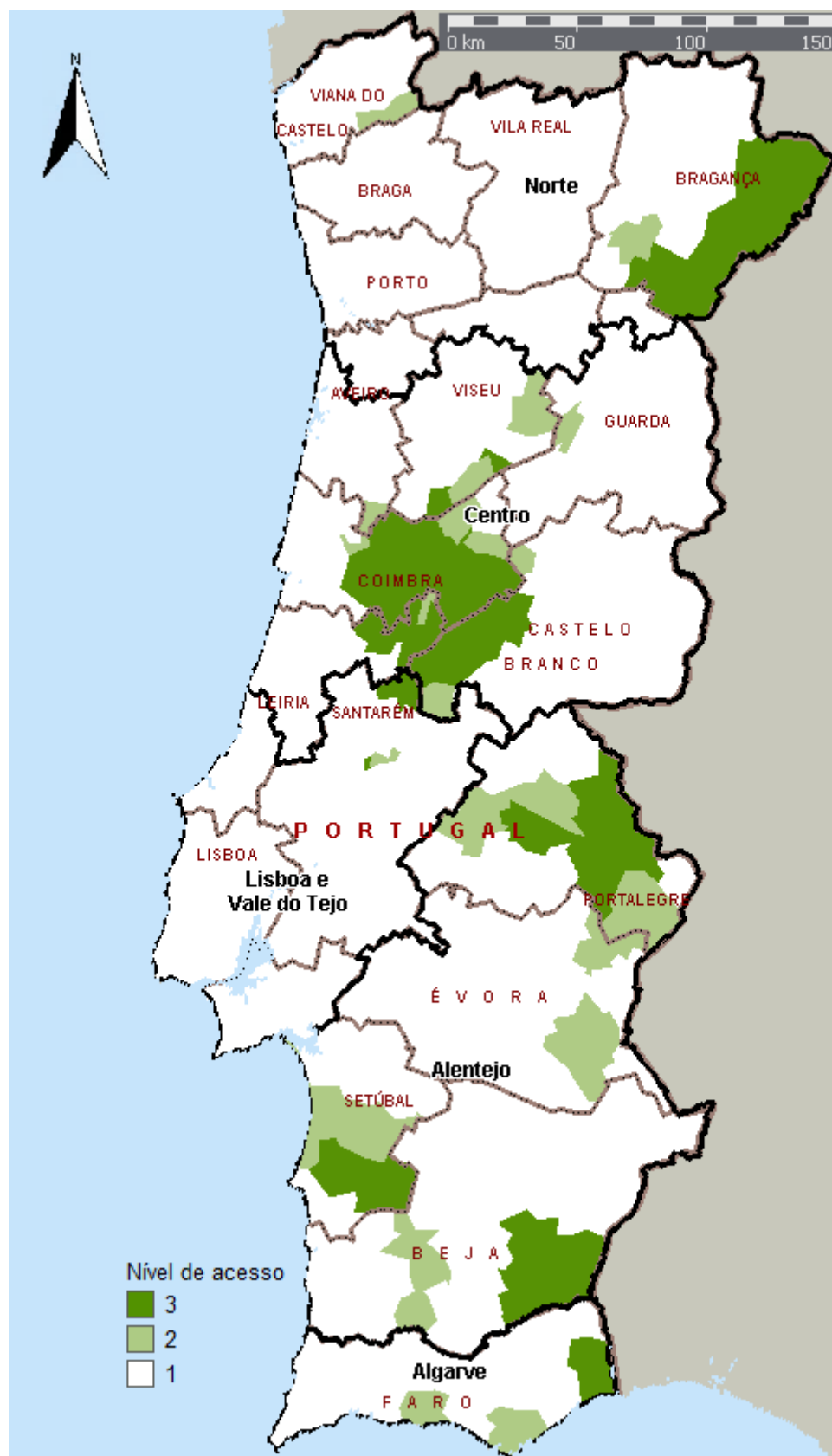
ARS	Distribuição da população por nível de acesso			
	1	2	3	Total
Norte	95%	1%	4%	100%
Centro	58%	17%	26%	100%
LVT	95%	3%	2%	100%
Alentejo	61%	11%	28%	100%
Algarve	82%	18%	0%	100%
Total	86%	6%	8%	100%

6.2.4. Acesso aos cuidados continuados de longa duração e manutenção

Os resultados da avaliação do acesso aos cuidados de unidades de longa duração e manutenção são ilustrados na figura 26, sendo possível identificar que todas as cinco ARS têm populações com os três níveis de acesso, embora na ARS Lisboa e Vale do Tejo seja possível identificar uma predominância de resultados indicativos de acesso baixo, na medida em que quase toda a superfície é representada a branco na figura (nível de acesso baixo).

A tabela 9 apresenta as proporções de população com baixo, médio e alto acesso, respetivamente, em cada região de jurisdição das ARS, sendo possível identificar que os resultados de nível mais baixo de acesso se encontram nas regiões Lisboa e Vale do Tejo e Norte (99% da população com acesso baixo), ao passo que nas regiões das ARS Centro e Alentejo estão as maiores proporções de população de acesso alto (17% e 12%, respetivamente). O Algarve e o Alentejo são as regiões com as proporções mais baixas de população com acesso baixo (67% e 68%, respetivamente).

Figura 26 – Níveis de acesso a cuidados continuados de longa duração e manutenção



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

Tabela 9 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas ARS – ULDM

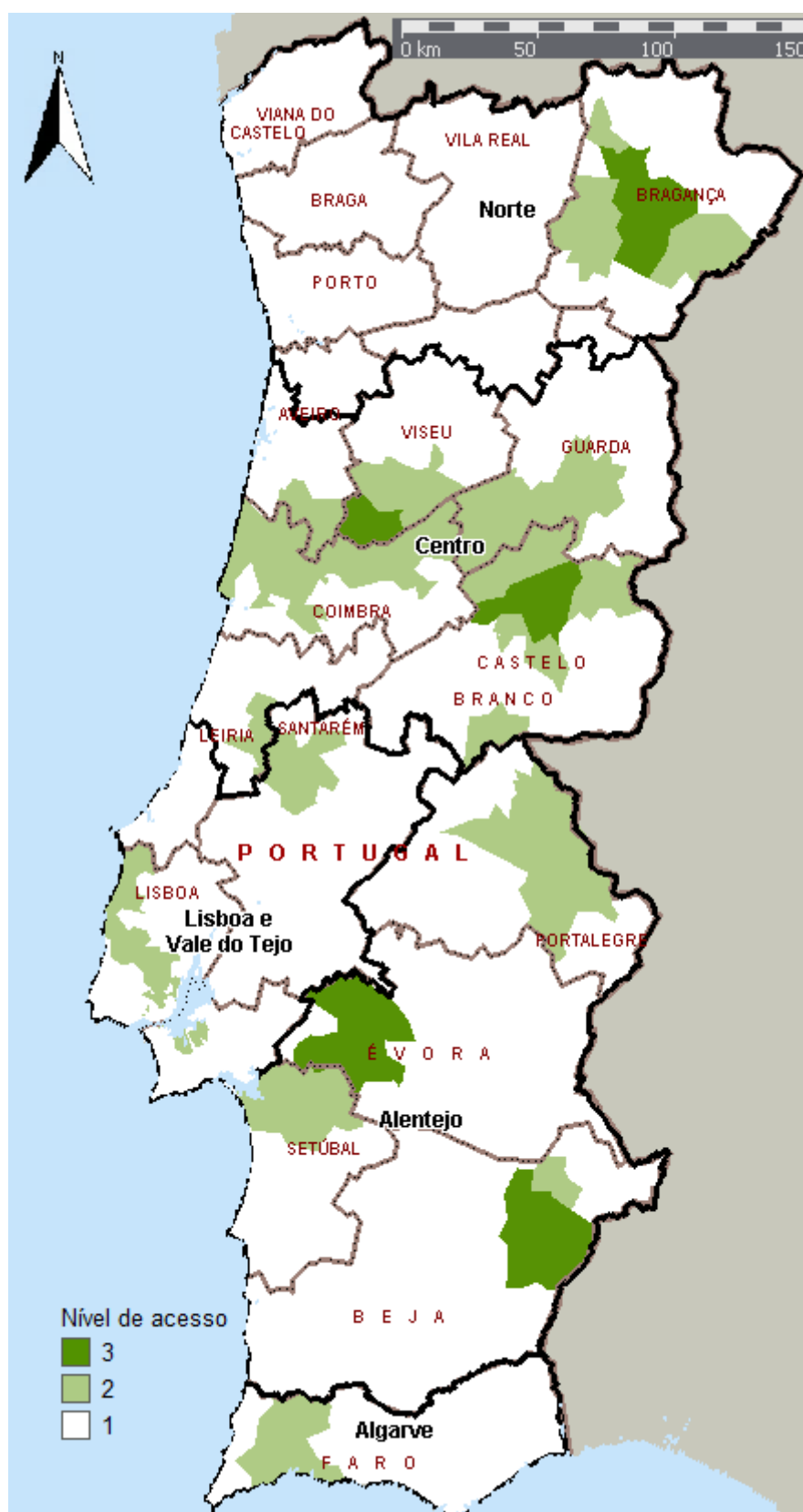
ARS	Distribuição da população por nível de acesso			
	1	2	3	Total
Norte	99%	1%	1%	100%
Centro	78%	6%	17%	100%
LVT	99%	0%	1%	100%
Alentejo	68%	20%	12%	100%
Algarve	67%	27%	6%	100%
Total	92%	3%	4%	100%

6.2.5. Acesso aos cuidados paliativos

Tendo em conta a avaliação do acesso aos cuidados paliativos, com base nas unidades de internamento de cuidados paliativos, a figura 27 resume os resultados obtidos, após o cálculo dos *scores* de acesso, sendo possível visualizar que nas regiões das ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve há apenas populações com médio e baixo acesso, enquanto que nas outras regiões há resultados para os três níveis de acesso, embora nas cinco regiões o baixo acesso parece prevalecer (zonas a branco no mapa).

A tabela 10 exprime os resultados relativos à cobertura populacional dos níveis de acesso nas ARS, sendo possível identificar a mais alta proporção de população de baixo acesso na região Norte (98%), enquanto que a mais baixa se encontra na região Centro (62%). De facto, nas cinco regiões o acesso baixo prevalece, sendo certo que a mais elevada proporção de população de acesso alto é identificada na região do Alentejo, de 6%.

Figura 27 – Níveis de acesso a cuidados paliativos



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

Tabela 10 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas ARS – UCP

ARS	Distribuição da população por nível de acesso			
	1	2	3	Total
Norte	98%	1%	1%	100%
Centro	62%	36%	3%	100%
LVT	75%	25%	0%	100%
Alentejo	81%	12%	6%	100%
Algarve	74%	26%	0%	100%
Total	81%	18%	1%	100%

6.2.6. Conclusões da avaliação do acesso potencial

Face ao estudo anterior da ERS, de 2013, houve um aumento de 19% no número de unidades de internamento. Não obstante, os resultados que continuam a predominar são os de baixo acesso, na medida em que o número de camas por mil habitantes na maior parte de Portugal continental é inferior às metas estabelecidas para a satisfação das necessidades das populações.

Numa análise por tipo de internamento, identificou-se que o baixo acesso atinge desde 81% da população, no caso dos cuidados paliativos, até 95% no caso dos cuidados de convalescença, sendo certo que, se são consideradas todas as unidades de internamento de forma conjunta (UC, UMDR, ULDM e UCP), é possível constatar que 93% da população tem um acesso baixo, com um número de camas insuficiente face às metas estabelecidas. Portanto, mesmo com a diminuição do número de camas necessárias que resulta da alteração das metas, tem-se que a grande maioria da população é afetada por uma situação de insuficiência de camas.

Numa análise regional, constata-se que as regiões com as mais altas proporções de população com baixo acesso em quase todos os tipos de internamento são as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo (no caso dos cuidados paliativos, são as regiões Norte e Alentejo – superiores a 80%).

A mais alta proporção de população com acesso alto é identificada na região do Alentejo, no caso do acesso aos cuidados de média duração e reabilitação, 28%, sendo certo que, neste caso, 61% da população tem acesso inferior às duas metas estabelecidas – o que sugere a existência de pronunciada desigualdade no acesso,

decorrente de uma desigual distribuição geográfica de unidades de internamento e respectivas capacidades em termos de número de camas.

7. Qualidade

Os mecanismos de monitorização da prestação dos cuidados, assegurados pelas autoridades públicas, devem promover a efetividade e a segurança na prestação de cuidados de qualidade à população envelhecida e com incapacidade, e encontra-se geralmente reproduzida em legislação⁸⁶.

Para além da existência de legislação que estabeleça disposições a observar na prestação de cuidados continuados, é necessário prover pela monitorização da sua efetiva implementação, tal como previsto na legislação. Em 2013, a OCDE e a Comissão Europeia definiram uma política de qualidade na área dos cuidados continuados⁸⁷.

As políticas de qualidade implementadas pelos países da OCDE em matéria de cuidados continuados podem ser divididas em três grupos: a primeira política a adotar em matéria de qualidade prende-se essencialmente com a imposição de mecanismos de regulação externos, de que são exemplo a criação de legislação, a definição de requisitos mínimos de qualidade, a acreditação e certificação dos prestadores, a realização de auditorias e a qualificação dos recursos humanos; uma segunda abordagem tem como objetivo o desenvolvimento de padrões considerados desejáveis para a prestação de cuidados, e nessa sequência definir indicadores para monitorização da qualidade, no sentido de garantir que os resultados se coadunam com os objetivos definidos; e a terceira abordagem pretende impulsionar a qualidade através da definição de incentivos de “mercado” direcionados a prestadores e utentes, onde se insere a utilização de incentivos financeiros para estimular a concorrência entre prestadores com base em indicadores de resultado⁸⁸.

O primeiro grupo de medidas é o mais usual, sendo certo que em dois terços dos países integrados no projeto desenvolvido pela OCDE em conjunto com a Comissão Europeia, os processos de certificação ou acreditação das instalações são obrigatórios, condição para reembolso dos cuidados ou prática comum. Portugal, à semelhança, por exemplo, da Austrália, Japão, Bélgica, França, Alemanha, Irlanda,

⁸⁶ OCDE/Comissão Europeia (2013), “A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care”, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.

⁸⁷ OCDE/Comissão Europeia (2013).

⁸⁸ OCDE/Comissão Europeia (2013).

Holanda e Estados Unidos da América, têm processos de acreditação para prestadores de cuidados continuados⁸⁹.

As políticas de qualidade desempenham um importante papel, não só para a melhoria da prestação de cuidados, por via da padronização das metas a atingir e por permitirem uma monitorização do cumprimento dessas metas, mas também pela possibilidade de criarem as bases para a disseminação de informação capaz de apoiar a escolha dos utentes. Com efeito, a partir dos anos 90, alguns países introduziram políticas de liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, sendo essencial existir informação de qualidade para sustentar a decisão informada e racional do utente⁹⁰.

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que criou a RNCCI, prevê como objetivo “[a] melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social” (cfr. alínea d) do n.º 2 do artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Na sequência desse diploma começou a desenvolver-se uma política de qualidade, entendida como uma dinâmica de melhoria contínua, que inclui como processos-chave: o acesso à RNCCI (incluindo o circuito de referenciação do utente); a prestação de cuidados continuados integrados nas unidades e equipas (e respetivo impacto na qualidade de vida dos utentes e familiares/cuidadores informais); e a consolidação da RNCCI (mediante o seu planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos)⁹¹. A política de qualidade definida articula-se com o planeamento, focado no desenvolvimento de planos de ação de base regional, na dinamização da execução dos mesmos, e monitorização/avaliação dos resultados, com consequentes correções necessárias⁹².

Para além da política de qualidade, encontram-se definidos requisitos de qualidade mínimos para as tipologias de cuidados continuados integrados, direcionados às unidades de internamento da RNCCI (incluindo as unidades de cuidados paliativos) e às equipas de suporte de cuidados continuados integrados⁹³. Estes requisitos dividem-se em requisitos gerais, em termos de estrutura, recursos humanos e de qualidade dos cuidados, e requisitos específicos a cada tipologia de unidade de internamento.

⁸⁹ OCDE/Comissão Europeia (2013).

⁹⁰ Kumpunen, S., Trigg, L., Rodrigues, R. (2014), “Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice”, *WHO Regional Office for Europe*, Geneva.

⁹¹ UMCCI (2009) “Política e Estratégia da qualidade. Cuidados continuados, saúde e apoio social.

⁹² Idem.

⁹³ Documento disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Standards%20UCCI.pdf>.

De acordo com o referencial de Donabedian (2005), a qualidade dos cuidados médicos pode ser avaliada por indicadores de estrutura (que considera parâmetros como a adequação das instalações e equipamentos, a qualificação da equipa médica e sua organização, a estrutura administrativa e a organização, fiscal, entre outros), de processo (que se relaciona com o que é entendido como boa prática, o que implica foco na especificação das dimensões, valores e regras que devem ser utilizadas na prestação de cuidados), e de resultados (em termos de recuperação, restabelecimento de capacidade funcional e sobrevivência)⁹⁴.

Na presente secção serão analisados indicadores de qualidade, concretamente indicadores de estrutura – tais como o rácio de camas e recursos humanos, existência de espaços de descanso para familiares –, indicadores de processo – de que são exemplo a existência de procedimentos de registo de avaliação de diferentes riscos (risco social, risco de quedas, registo de índice de massa corporal) – e indicadores de resultado – designadamente relação entre o grau de dependência no momento da alta e no momento da admissão, e destino pós-alta, ocorrência de eventos adversos tais como úlceras de pressão, quedas e infeções.

É ainda desenvolvido um modelo econométrico para identificar o efeito de fatores relacionados com as características dos utentes, a tipologia de unidades e indicadores de qualidade na duração do tempo de internamento em unidades de cuidados continuados e paliativos.

Finalmente, a análise da qualidade envolveu ainda a realização de fiscalizações a uma amostra de prestadores de cuidados continuados e paliativos e uma avaliação das reclamações dos utentes.

7.1. Indicadores de qualidade

Para recolha da informação que serviu de base para a realização da presente secção, foi solicitado à ACSS, por ofício de 7 de agosto de 2015 (cfr. anexo I), o envio de dados referentes à qualidade dos cuidados oferecidos pela RNCCI.

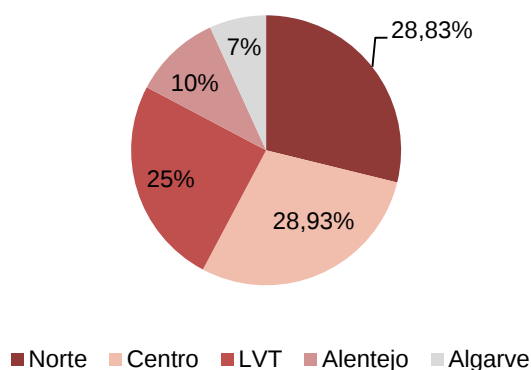
Os indicadores de estrutura utilizados referem-se, em primeiro lugar à capacidade contratualizada, em termos de disponibilidade de camas, por ARS e por unidade.

⁹⁴ Donabedian, A. (2005), “Evaluating the Quality of Medical Care”, *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729.

Da capacidade nacional contratualizada ao nível dos cuidados continuados e paliativos, as maiores percentagens de camas localizam-se nas ARS Norte, ARS Centro e ARS Lisboa e Vale do Tejo (*vide* figura 28).

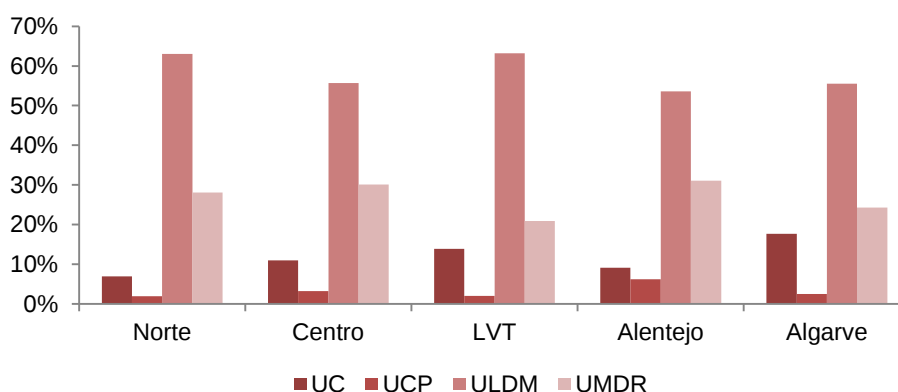
Se considerada a distribuição dessas camas pelas unidades integradas em cada ARS, como consta da figura 29, conclui-se que a maioria está em ULDM, e a menor parcela em UCP.

Figura 28 – Distribuição da capacidade contratualizada, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Figura 29 – Percentagem da capacidade contratualizada em cada ARS, por unidade



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

A ACSS, quando questionada sobre a existência de espaço para descanso dos familiares, mencionou que “De acordo com o anexo I, parte integrante da Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro, prevê-se espaços para doentes e familiares”.

Ainda no âmbito de indicadores de estrutura, foram considerados, na tabela 11, os recursos humanos nas unidades e equipas de cuidados continuados e paliativos,

ponderados pela população da ARS em que se encontram, distribuídos pelas seguintes categorias: médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e assistentes sociais.

No que respeita a médicos, as ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo têm menor rácio do que a média nacional, ainda que, em termos absolutos, a ARS Norte tenha um maior número de médicos (equivalentes a tempo completo). Cenário idêntico observa-se na distribuição de enfermeiros. Por outro lado, a ARS Algarve, tendo um menor número absoluto de médicos, é aquela em que o rácio é maior, e a ARS Alentejo tem o maior rácio de enfermeiros por 100.000 habitantes residentes.

A distribuição de outros profissionais de saúde e assistentes sociais assenta em maiores rácios por 100.000 habitantes nas ARS Centro e Alentejo, estando abaixo da média nacional nas ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 11 – Recursos humanos (ETC) por 100.000 habitantes residentes em cada ARS

	População	Médicos	Enfermeiros	Outros profissionais de saúde	Assistentes sociais
Norte	3.644.195	1,55	18,33	5,28	1,53
Centro	1.754.152	3,17	34,41	10,25	3,57
LVT	3.580.756	1,35	14,22	3,85	1,33
Alentejo	497.087	3,41	46,12	13,76	4,50
Algarve	442.358	3,48	34,18	9,23	3,00
Nacional	9.918.548	1,93	21,79	6,25	2,03

Nota: Recursos humanos em ETC (equivalentes a tempo completo), calculado com base no pressuposto 1profissional= 40horas/semana.

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

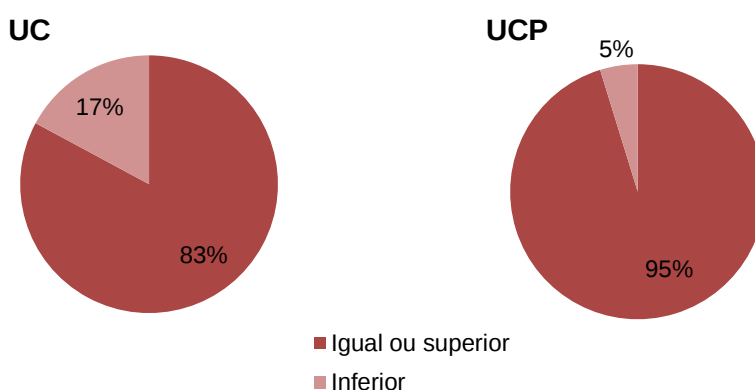
Por outro lado, foi construído um indicador que visa extrair a percentagem de unidades que apresenta um número de horas de trabalho de médicos em enfermeiros por semana em consonância com as orientações emanadas em 2011 pela UMCCI, no documento intitulado “Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria contínua”, que se sintetizam na tabela 12.

Tabela 12 – Orientações quanto a mínimo recomendado de horas de trabalho por semana contratadas de médicos e enfermeiros

Horas de trabalho por cama	UC	UMDR	ULDM	UCP
Médicos	1,33	1,00	0,67	0,67
Enfermeiros	16,00	12,00	8,00	10,67

Assim, foi calculada, para cada unidade, o rácio de horas de trabalho dos profissionais contratados, por capacidade contratualizada, e identificados os prestadores com número de horas inferiores e iguais ou superiores às orientações. Consideradas as horas médicas em UC e UCP, 83% e 95% das unidades encontra-se acima do valor recomendado, respetivamente (figura 30). Comparando com os resultados do estudo da ERS de 2013 relativo a cuidados continuados⁹⁵, a percentagem de unidades com número de horas iguais ou superiores ao recomendado cresceu nas duas tipologias analisadas.

Figura 30 – Percentagem de UC e UCP com número de horas médicas inferiores e iguais ou superiores às orientações

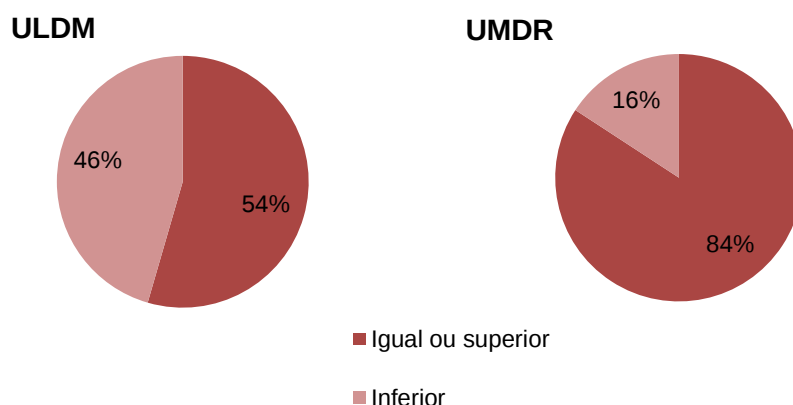


Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

No que se refere às unidades da rede com componente social, ou seja, as ULDM e as UMDR, apesar de ambas terem uma percentagem superior de unidades com número de horas médicas igual ou superior ao recomendado, no caso das ULDM esta situação acontece apenas em 54% das unidades (figura 31). À semelhança das restantes unidades, as percentagens também são superiores às apresentadas no estudo anterior da ERS.

⁹⁵ “Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”, disponível em www.ers.pt.

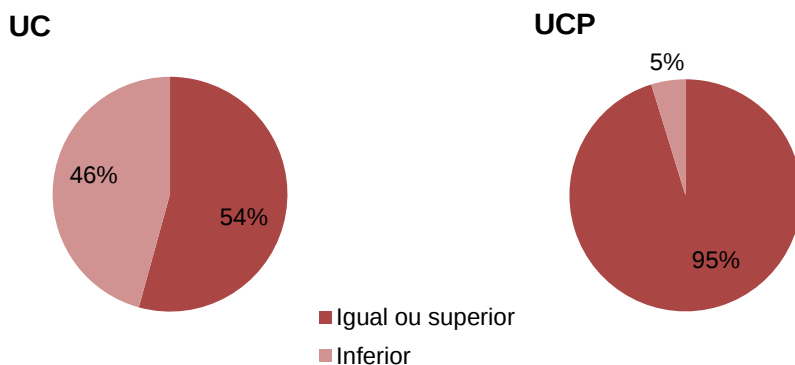
Figura 31 – Percentagem de ULDM e UMDR com número de horas médicas inferiores e iguais ou superiores às orientações



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Realizou-se análise semelhante considerando o número de horas de enfermagem. Como se observa na figura 32, apesar de maior percentagem de unidades ter um número de horas de enfermagem igual ou superior ao recomendado, este valor é de apenas 54% nas UC, ainda que superior à percentagem obtida em 2013.

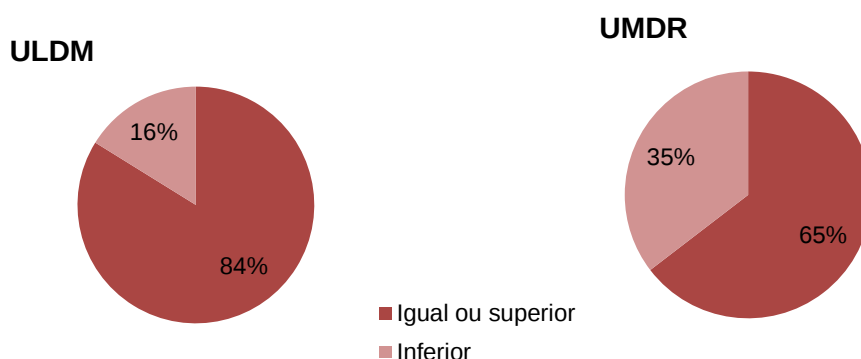
Figura 32 – Percentagem de UC e UCP com número de horas de enfermagem inferiores e iguais ou superiores às orientações



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Também as ULDM e UMDR apresentam maior percentagem de unidades com número de horas de enfermagem igual ou superior ao valor das orientações da UMCCI, respetivamente 84% e 65%, percentagens consideravelmente superiores às observadas em 2013.

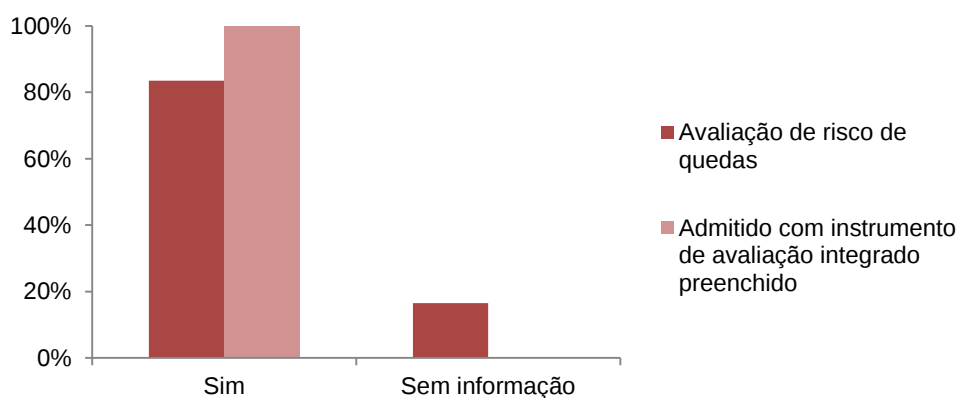
Figura 33 – Percentagem de ULDM e UMDR com número de horas de enfermagem inferiores e iguais ou superiores às orientações



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Dos elementos disponíveis quanto a indicadores de processo, relativos à existência de procedimentos de registo de avaliação de diferentes riscos, segundo a ACSS, todos os utentes foram admitidos com o instrumento de avaliação integrado (IAI) preenchido, em todos os momentos em que as orientações da UMCCI pressupõem a sua utilização (*vide* figura 34). O IAI, também denominado de instrumento avaliação biopsicossocial, de acordo com a Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2010, de 3 de março, é um instrumento que deve ser utilizado no momento da referenciação, admissão, decurso da prestação de cuidados e momento da alta, e tem como objetivo a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais, hábitos de vida e nele assenta, essencialmente, a monitorização da RNCCI.

Figura 34 – Avaliação de risco



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

A utilização deste IAI não exclui a necessidade de utilização de outros indicadores de avaliação de risco, de que é exemplo a avaliação de risco de quedas, que deve ser empreendida no momento da admissão e no acompanhamento. Foi possível constatar, da análise da informação remetida, ter sido avaliado o risco de quedas em 84% dos utentes.

Tendo sido ainda solicitado à ACSS, no âmbito de indicadores de processo, o envio de informação sobre se cada utente teve registo de avaliação social realizado nas primeiras 72 horas e sobre a realização do registo de índice de massa corporal, foi mencionado não ser possível a obtenção dessa informação no sistema informático dedicado aos cuidados continuados integrados, o “GestCare CCI”.

Existe ainda o programa de controlo da infeção, implementado de acordo com as normas da DGS, embora essa informação possa não estar registada no “GestCare CCI”, segundo a informação da ACSS.

Relativamente a indicadores de resultado, nas unidades de internamento, calculou-se, em primeiro lugar, um rácio de incapacidade e dependência, que se traduz na relação percentual entre o número de utentes incapazes e dependentes no momento da alta face aos utentes que se enquadravam nessas categorias na admissão.

Em todas as unidades e ARS, exceto nas ULDM da ARS Lisboa e Vale do Tejo, nos dois períodos considerados, o número de utentes com incapacidade ou dependentes no momento da alta é inferior face a esse número no momento da admissão. Nas UC da ARS Alentejo o rácio é inferior às restantes unidades e ARS, o que poderá indiciar uma maior taxa de recuperação dos utentes daquela ARS. A percentagem de utentes incapazes ou dependentes no momento da alta face aos utentes classificados nessas categorias no momento da admissão é superior nas ULDM, sendo mesmo superior a 100% no caso da ARS Lisboa e Vale do Tejo no primeiro semestre de 2015, ou seja, o número de utentes incapazes ou dependentes no dia da alta foi superior ao observado no momento da admissão (*vide* tabela 13).

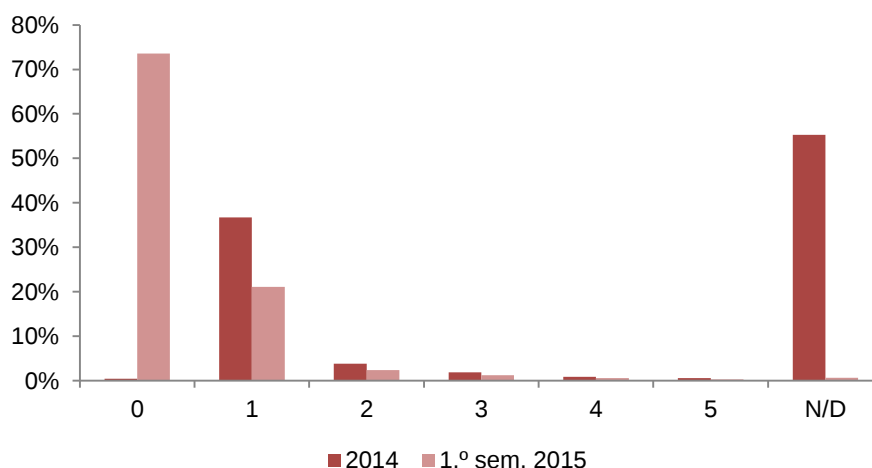
Tabela 13 – Rácio de incapacidade e dependência

2014					1.º sem. 2015				
ARS	ECCI	ULDM	UC	UMDR	ARS	ECCI	ULDM	UC	UMDR
Norte	79%	95%	53%	81%	Norte	80%	88%	57%	80%
Centro	90%	87%	70%	95%	Centro	85%	94%	68%	85%
LVT	89%	97%	61%	83%	LVT	86%	102%	64%	83%
Alentejo	86%	88%	52%	75%	Alentejo	87%	95%	47%	81%
Algarve	85%	97%	79%	76%	Algarve	63%	93%	71%	76%

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Os dados relativos à ocorrência de quedas, que podem observar-se na figura 35, revelam para que, no primeiro semestre de 2015, a maioria dos utentes teve um registo de zero quedas, enquanto cerca de 21% teve apenas uma queda, contrastando com cerca de 37% no ano de 2014. A percentagem de utentes com registo de número de quedas maior do que um é superior no ano de 2014, quando comparado com 2015. Importa, porém, ressaltar, que o número de utentes para os quais não foi possível apurar o registo do número de quedas (com indicação N/D) foi menor no primeiro semestre de 2015.

Figura 35 – Ocorrência de quedas em 2014 e 1.º semestre de 2015

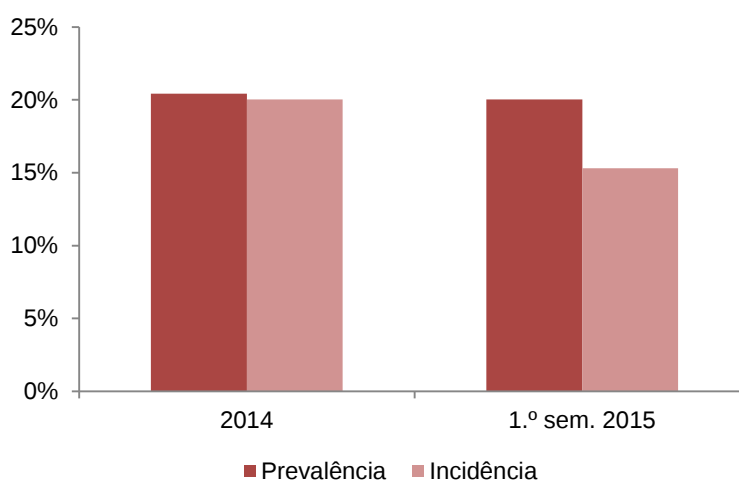


Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Ainda no âmbito de indicadores de resultados, analisou-se a prevalência de úlceras de pressão e a incidência nas unidades de internamento, considerando como novos casos, que poderão ser atribuídas como resultado do internamento, úlceras após três dias de admissão na unidade.

A prevalência de utentes com úlceras de pressão, ou seja o número de utentes com úlceras de pressão antes e após três dias de internamento correspondia aproximadamente a 20% do total de utentes internados, nos dois períodos considerados, ligeiramente superior em 2014. Por outro lado, se considerarmos o universo dos utentes com úlceras de pressão nas unidades, 20% correspondia a novos casos, em 2014, percentagem superior à observada no primeiro semestre de 2015, em que 15% das úlceras que foram detetadas representava novos casos (*vide* figura 36).

Figura 36 – Incidência e prevalência de úlceras, em 2014 e 1.º semestre de 2015



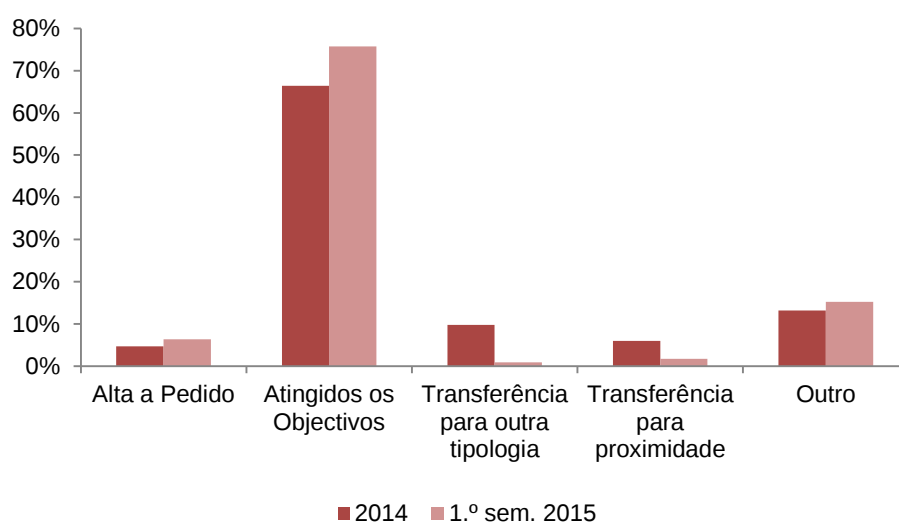
Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Quanto à ocorrência de infeções durante o internamento, apesar de se admitir a existência de um programa de controlo da infeção implementado de acordo com as normas da DGS, não foi possível obter esta informação junto da ACSS.

Por último, da análise da figura 37 extrai-se como principal motivo da alta dos utentes terem sido atingidos os objetivos do internamento, percentagem que aumentou de 66%, em 2014, para 76% no primeiro semestre de 2015.

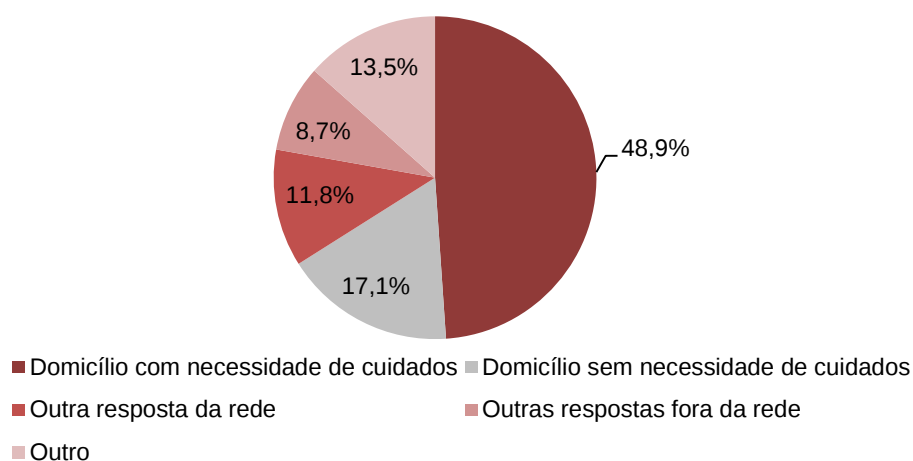
No sentido de melhor compreender o tipo de acompanhamento de que necessitam os utentes após terem alta de uma determinada unidade, foi calculada a distribuição percentual de utentes consoante o destino após alta. Com efeito, apesar de 66% dos utentes terem tido alta para o domicílio, cerca de 49% tiveram necessidade de cuidados no domicílio (*vide* figura 38).

Figura 37 – Motivo da alta dos utentes, em 2014 e 1.º semestre de 2015



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

Figura 38 – Destino após alta, em 2014 e 1.º semestre de 2015



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS, 2015.

7.2. Estudo econométrico sobre o tempo de internamento

Para aferição das variáveis suscetíveis de afetar o número de dias de internamento nas unidades de cuidados continuados (UC, UMDR e ULDM) e unidade de cuidados paliativos foi adotado o modelo binomial negativo, modelo não linear frequentemente

aplicado a variáveis de contagem relativas à utilização de cuidados de saúde, como é o caso do tempo de internamento (Cameron e Trivedi, 2005⁹⁶).

A variável dependente é o número de dias de duração de internamento, e como variáveis explicativas foram selecionadas características dos utentes (género, idade, estado civil, escolaridade, nível de qualificação da profissão), ECR pela qual o utente foi referenciado, tipologia da unidade de internamento, referência para descanso do cuidador, e indicadores de qualidade. Foi ainda introduzido o ano em que o utente foi referenciado para entrada na rede (2014 ou 2015). A descrição detalhada das variáveis enunciadas encontra-se na tabela *infra*.

Tabela 14 – Descrição das variáveis utilizadas no modelo econométrico

Variáveis	Descrição
Variável dependente	
LOS	Duração do internamento, medida em dias
Variáveis independentes	
Ano 2015	Variável binária que assume um valor 1 quando o utente foi referenciado em 2015
Género	Variável binária que assume o valor 1 se o utente é do sexo masculino
Idade	Idade do indivíduo
Estado Civil	Variável que assume um de quatro valores. O valor 1 corresponde ao estado de solteiro (característica de base), 2 se o utente é casado ou vive em união de facto, 3 se é viúvo e 4 se divorciado ou separado
Analfabeto	Variável binária que assume o valor 1 se o utente é analfabeto
Ensino secundário ou mais	Variável binária que assume o valor 1 se o utente tem, pelo menos, o ensino secundário
Qualificação da profissão	Variável que assume um de quatro valores. O valor 1 corresponde a profissão não qualificada (característica de base), 2 a profissão qualificada, 3 a intermédia, e 4 a especialista
ECR	ECR pela qual o utente foi referenciado, que assume o valor 1 para a ECR Norte (ECR de base), 2 para a ECR Centro, 3 para a ECR Lisboa e Vale do Tejo, 4 para a ECR Alentejo e 5 para a ECR Algarve
Tipologia	Tipologia da unidade de internamento, que assume quatro valores consoante se trate de UC (tipologia de base para a comparação), UCP, UMDR e ULDM, respetivamente
Descanso do cuidador	Referência para descanso do cuidador, tal como previsto no n.º 3 do artigo 17.º da Secção III do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Variável que assume o valor 1 em caso afirmativo
Quedas	Número de quedas
Úlcera	Variável binária que assume o valor 1 em caso de ocorrência de úlceras de pressão no internamento

⁹⁶ Cameron, A., Trivedi, P. (2005), *Microeconometrics: Methods and applications*, Cambridge, University Press.

Considerando que a variável dependente do modelo econométrico (número de dias de duração de internamento) é uma variável de contagem, inicialmente aplicou-se o modelo de Poisson, modelo padrão utilizado para este tipo de variável dependente (vide quadro 2)⁹⁷.

Quadro 2 – Distribuição de Poisson e do Modelo Binomial Negativo

O modelo de **Poisson** assume que a variável dependente segue uma distribuição de Poisson, com média $E(y_i|x_i) = \lambda_i$, definida em função das variáveis explicativas x_i (em que a letra i corresponde à identificação de cada indivíduo), com a função densidade:

$$f(y_i|x_i) = \frac{(e^{-\lambda_i})\lambda_i^{y_i}}{y_i!}, \text{ e em que } V(y_i|x_i) = \lambda_i = e^{(x_i\beta)},$$

ou seja, a variância iguala a média.

No modelo **binomial negativo** a média é representada por $E(y_i|x_i) = \lambda_i\eta_i$, em que η_i é um termo aleatório. Assim, em vez de seguir uma distribuição de Poisson, $y_i|x_i$, segue uma distribuição $y_i|x_i\eta_i$, em que η_i assume uma distribuição Gamma, com variância α .

Neste caso, a variância, $V(y_i|x_i) = \lambda_i + \alpha\lambda_i^2$, pode ser diferente da média.

O modelo de Poisson é equivalente ao modelo binomial negativo quando $\alpha = 0$.

No caso concreto, a escolha do modelo binomial negativo, em alternativa ao modelo de Poisson, assentou na implementação de um teste de qualidade de ajustamento aos dados, do modelo de Poisson, e do “Likelihood ratio test”, que testa a hipótese nula de $\alpha = 0$, ambos rejeitando a hipótese nula e, conseqüentemente, aconselhando a utilização de um modelo alternativo ao modelo Poisson. Com efeito, a premissa em que assenta a distribuição de Poisson, de igualdade entre a média e a variância, nem sempre é adequada aos dados que se pretende analisar, o que, no caso concreto, justifica a generalização deste modelo mediante a utilização de um modelo de cariz menos restritivo, o modelo binomial negativo.

Ao contrário do que sucede com os modelos lineares, tanto no modelo Poisson como no modelo binomial negativo, os coeficientes não são diretamente interpretáveis para identificar a amplitude do efeito sobre a variável dependente, sendo possível extrair deles apenas o sinal desse efeito, e a sua significância estatística. Assim, foram calculados os efeitos marginais de cada variável explicativa sobre a variável dependente, tempo de internamento (vide quadro 3)⁹⁸.

⁹⁷ Jones, A., Rice, N., Bago d'Uva, T., Balia, S. (2013), *Applied Health Economics, Second Edition*. New York, Routledge.

⁹⁸ *Idem*.

Quadro 3 – Efeitos marginais do modelo binomial negativo

O efeito marginal de cada variável explicativa contínua, x_j representa-se por:

$$\frac{dE(y_i|x_i)}{dx_{ij}} = \beta_j e^{(x_i'\beta)},$$

e o efeito incremental de uma variável binária (de passagem do valor 0 para o valor 1) é

$$\frac{\Delta(y_i|x_i)}{\Delta x_{ij}} = \exp(x_i\beta^{x_{ij}=1}) - \exp(x_i\beta^{x_{ij}=0})$$

Dos resultados obtidos, que se apresentam na tabela 15, é possível retirar que a única variável relacionada com as características dos utentes que apresenta significância estatística, ou seja, que afeta o número de dias de internamento, é a detenção de ensino secundário ou mais. Concretamente, ter o ensino secundário aumenta esse tempo de internamento em aproximadamente sete dias.

O ano em que o utente foi referenciado para entrada na rede (2014 e 2015) apresenta significância estatística, reduzindo a duração do internamento de utentes referenciados em 2015.

Dos indicadores de qualidade utilizados, a ocorrência de úlceras de pressão no internamento revelou um efeito positivo, estatisticamente significativo, de aproximadamente 18 dias no tempo de internamento. Deste resultado pode concluir-se que um bom desempenho do prestador ao nível deste indicador de qualidade, além dos benefícios diretos daí decorrentes para os utentes, contribui para tempos de internamento mais baixos, também entendido como um bom resultado em termos de qualidade.

Comparando o efeito das diferentes ECR para o tempo de internamento, utilizando como pressuposto de análise a ECR Norte ser a ECR de referência, constata-se que em todos os casos (com exceção do Algarve), a variável de controlo da ECR apresentou um efeito positivo estatisticamente significativo sobre o tempo de internamento, o que significa que o tempo de internamento é superior ao apresentado pela ECR Norte. Esta diferença é de maior amplitude no caso das referenciações da ECR Alentejo, que apresenta uma variação marginal do tempo de internamento superior em cerca de 17 dias quando comparado com a ECR Norte.

Tabela 15 – Resultados da estimação do modelo binomial negativo e efeitos marginais sobre tempo de internamento, entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015 (N = 5415 utentes)

Variáveis	Coeficientes	Efeitos marginais
Ano 2015	-0,158 (8,41)***	-8,936
Género	-0,022 (1,16)	-1,250
Idade	-0,001 (0,64)	-0,030
Casado/ União de Facto	-0,044 (1,62)	-2,597
Viúvo	-0,026 (0,89)	-1,517
Divorciado	-0,005 (0,12)	-0,317
Analfabeto	-0,027 (1,35)	-1,566
Ensino secundário ou mais	0,114 (2,42)**	7,009
Profissão qualificada	0,021 (1,02)	1,219
Qualificação intermédia	0,022 (0,53)	1,285
Especialista	-0,111 (1,55)	-6,099
ECR Centro	0,218 (10,75)***	12,593
ECR LVT	0,057 (2,34)*	3,060
ECR Alentejo	0,281 (9,98)***	16,811
ECR Algarve	-0,008 (0,19)	-0,424
UCP	0,087 (2,04)**	2,866
UMDR	0,887 (45,79)***	44,885
ULDm	0,981 (38,03)***	52,468
Descanso do cuidador	-0,458 (14,00)***	-22,608
Quedas	0,009 (1,27)	0,500
Úlcera	0,274 (6,35)***	18,067
Constante	3479 (53,47)***	

Legenda: Teste de significância conjunta das variáveis: LR $\chi^2(21) = 2567.17^{***}$. *Significativa ao nível de 10%, **significativa ao nível de 5%, ***significativa ao nível de 1%.

A duração do internamento não deixa de estar balizada por um conjunto de disposições legais, designadamente pelos critérios de referenciação previstos no n.º 2 do artigo 19.º do Capítulo V, da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro). Concretamente, para as unidades de convalescença devem ser referenciadas “[...] as pessoas que, na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias”, para UMDR, “[...] a situação de dependência [...] na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, em período previsível de 30 dias a 90 dias” e na UMLM, “[...] a situação de dependência que em período superior a 90 dias” requeira o conjunto de prestações previstas no mesmo diploma (cfr. alíneas a), b) e c) do n.º 2 do artigo 19.º do Capítulo V, da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

Tendo em conta este enquadramento legal, seria de esperar que a UMDR e a ULDM apresentassem tempos de internamento significativamente superiores às UC (tipologia que serve de referencial base para a análise comparativa entre as diferentes tipologias que compõem a variável nominal utilizada), sendo maiores para as ULDM, o que sucede. As UCP apresentam tempo de internamento ligeiramente superior às UC, aumentando-o em cerca de três dias.

Por último, o internamento para descanso do principal cuidador reduz significativamente o tempo de internamento, diminuindo-o em cerca de 23 dias. Para interpretação deste efeito, importa considerar que, a nível legal, o internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, não pode ter duração superior a 90 dias consecutivos, com o limite anual de 90 dias, nas ULDM (cfr. ponto vi) da alínea c) do n.º 2 do artigo 19.º do Capítulo V, da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

7.3. Fiscalizações a unidades de cuidados continuados e paliativos

No âmbito das fiscalizações realizadas pela ERS, entre 20 de agosto e 5 de novembro de 2015, a unidades de cuidados continuados e paliativos, foi avaliado o cumprimento de requisitos de funcionamento aplicáveis a este tipo de unidades, incluindo-se na presente secção algumas das principais conclusões. Os requisitos técnicos de funcionamento aplicáveis que constam da *check-list* que serviu de suporte à realização

das fiscalizações provêm da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, definida nos termos do previsto no artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Foi considerada uma amostra de 58 estabelecimentos prestadores de cuidados continuados e paliativos da RNCCI, com internamento, sendo certo que em alguns coexistem diferentes tipologias de unidades. Dos estabelecimentos fiscalizados, 18 pertencem à região de jurisdição da ARS Norte, 17 estabelecimentos à região da ARS Centro, 11 à região da ARS Lisboa e Vale do Tejo, sete à região da ARS Alentejo e cinco estão integrados na região da ARS Algarve, correspondendo a 25% dos prestadores da RNCCI de cada uma das ARS.

As conclusões apresentadas nesta secção não compreendem todos os elementos verificados nas fiscalizações, mas apenas os considerados mais relevantes para o presente estudo, pelo que não deve ser considerado como um estudo exaustivo da *check-list*.

Licenciamento, registo na ERS e outros requisitos legais

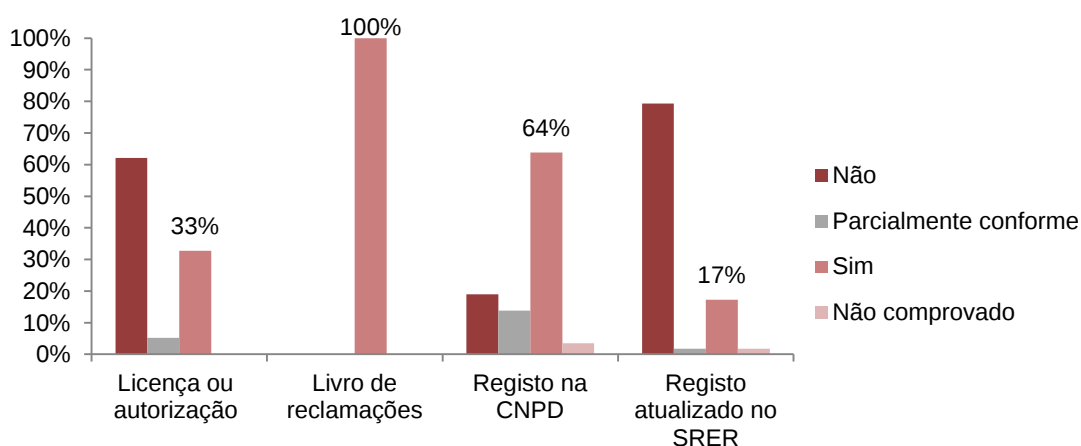
A Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório integradas na RNCCI, prevê que, até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à ERS (cfr. n.º 1 do artigo 36.º da portaria), e que se mantêm válidas as licenças emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor daquela portaria (cfr. n.º 3 do artigo 3.º da portaria).⁹⁹ Dos estabelecimentos visitados, apenas 33% tinha licença ou autorização de funcionamento em local visível para consulta pelos utentes (nenhum no Algarve), sendo certo que três estabelecimentos localizados na região Norte tinham autorizações de funcionamento emitidas pela ERS. Foi ainda constatado que algumas entidades que deviam ter requerido a autorização à ERS, por alterações à mesma, não o fizeram.

Como consta da figura 39, todos os prestadores dispunham de livro de reclamações e evidenciaram tratamento destas reclamações em conformidade com o Decreto-Lei n.º 156/2005, 15 de setembro, com as alterações previstas no Decreto-Lei n.º 371/2007, de 6 de novembro, 64% dos prestadores tinha registo na Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e 14% encontrava-se parcialmente conforme, face às

⁹⁹ A Portaria n.º 174/2014 não abrange as unidades de cuidados paliativos (*vide* nota de rodapé 68).

previsões da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, denominada Lei da Proteção de Dados Pessoais. Foi possível constatar que apenas 17% dos prestadores tinha o registo no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS atualizado, e a informação em falta referia-se essencialmente à não atualização da informação referente aos recursos humanos, ou à ausência da informação da existência do serviço de cuidados continuados. A ARS Alentejo é a que apresenta a maior percentagem de prestadores fiscalizados com os dados do SRER atualizados (29%) e a ARS Lisboa e Vale do Tejo a menor (9%). Foi ainda constatado que um dos estabelecimentos, localizado na ARS Alentejo, não tinha registo na ERS.

Figura 39 – Licenças/autorizações de funcionamento, livro de reclamações e registos na CNPD e SRER



No que respeita a acessibilidades, 98% dos prestadores promoveu a eliminação de barreiras arquitetónicas, nos termos da legislação em vigor.

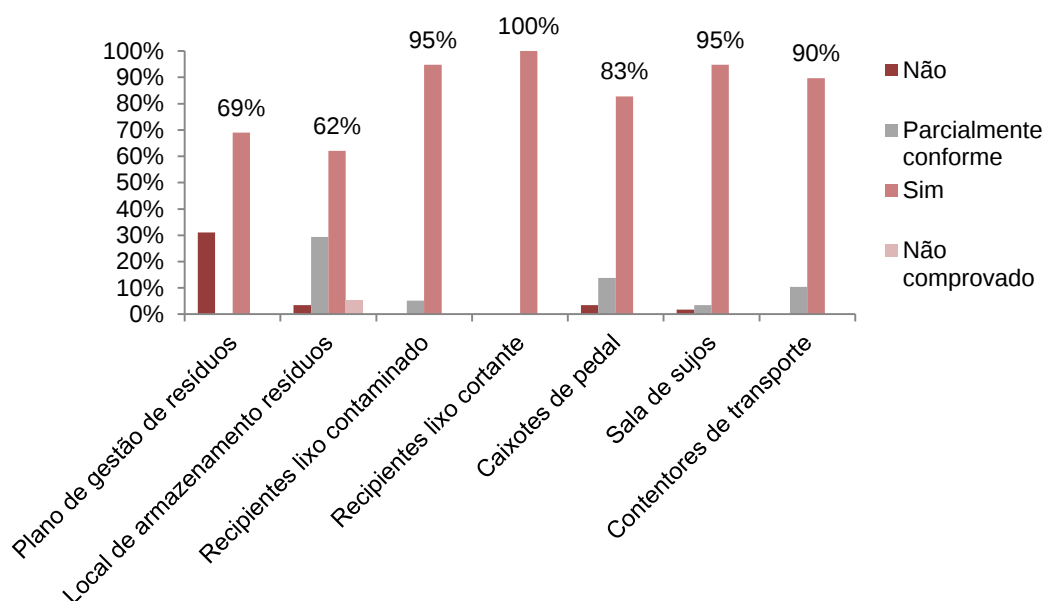
Gestão e tratamento de resíduos

No que se refere ao tratamento de resíduos, 69% dos estabelecimentos têm um plano de gestão de resíduos definido, que segundo o Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de setembro, é “o estudo integrado dos elementos que regulam as ações de intervenção no âmbito da gestão de resíduos, identificando os objetivos a alcançar, as atividades a realizar, as competências e atribuições dos agentes envolvidos e os meios necessários à concretização das ações previstas”. Comparando as cinco ARS, as unidades que se encontram na área de jurisdição da ARS Centro tem um pior desempenho neste indicador, em que menos de metade dos estabelecimentos fiscalizados tem plano de gestão de resíduos, enquanto a ARS Alentejo se destaca

pela maior percentagem de estabelecimentos com plano de gestão de resíduos (86%), como se observa na figura 40.

Por outro lado, em 62% dos estabelecimentos o local de armazenamento de resíduos hospitalares observa, cumulativamente, todos os pressupostos considerados para um bom desempenho nesta matéria, em concreto: estar devidamente sinalizado; ser de difícil acesso aos utentes; ser arejado (natural ou artificialmente); ser facilmente lavável e desinfetável; ter capacidade para armazenar os resíduos hospitalares produzidos; e destinar-se exclusivamente ao armazenamento de resíduos hospitalares. Também neste indicador a ARS Alentejo teve maior percentagem de estabelecimentos em conformidade total e a ARS Centro menor.

Figura 40 – Gestão e tratamento de resíduos

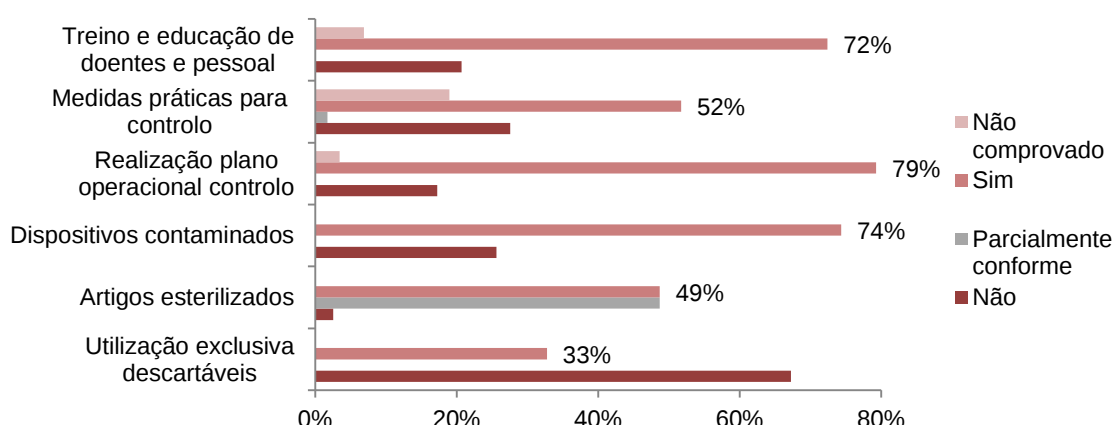


Os recipientes de armazenamento dos resíduos hospitalares das fileiras especiais, em concreto de resíduos contaminados (grupo III) e resíduos cortantes (grupo IV) encontram-se adequados em 95% e 100% dos estabelecimentos, respetivamente. Comparando regionalmente, as ARS Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve têm um estabelecimento cada em que os recipientes de resíduos contaminados não estão nas melhores condições de conservação, ou seja, se encontram parcialmente conformes. Dos prestadores fiscalizados, em 95% existe uma zona para arrumação temporária de sacos de roupa suja (sala de sujos), e apenas estabelecimentos das ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve não têm esta sala.

Procedimentos de controlo de infeção e equipamento de desinfeção e esterilização

No âmbito do controlo da infeção (*vide* figura 41), verificou-se que 79% dos estabelecimentos visitados realizam o plano operacional de controlo de infeção, e 72% promovem o treino e educação de doentes e pessoal clínico para a importância deste aspeto. Comparando as regiões de saúde, na ARS Algarve todos os estabelecimentos têm um plano operacional de controlo de infeção e na ARS Alentejo apenas um não tem este plano. Porém, apenas 52% dos estabelecimentos fiscalizados adotam medidas práticas de controlo de infeção. Dos estabelecimentos nos quais foi possível avaliar o cumprimento deste requisito (excluindo os da categoria “não comprovado”) a ARS Algarve tem maior percentagem de estabelecimentos fiscalizados que adotam essas medidas, e a ARS Lisboa e Vale do Tejo menor percentagem.

Figura 41 – Controlo de infeção e processo de esterilização e desinfeção



Dos estabelecimentos visitados, 33% utilizam exclusivamente artigos descartáveis, sendo certo que na ARS Alentejo todos os estabelecimentos utilizam apenas artigos descartáveis. Considerando os prestadores que recorrem a esterilização, a sua maioria através de um serviço interno dedicado (29 estabelecimentos), apenas 49% têm todas as fases do circuito de esterilização a funcionar corretamente, ou seja, têm os artigos corretamente esterilizados, e 49% estão parcialmente conforme. Constatou-se ainda que em 74% dos estabelecimentos os dispositivos contaminados são manipulados, recolhidos e transportados em caixas ou carros fechados para a área de descontaminação, de forma a evitar o risco de contaminação dos circuitos envolventes de doentes e profissionais, contribuindo com o pior desempenho a ARS Centro, em

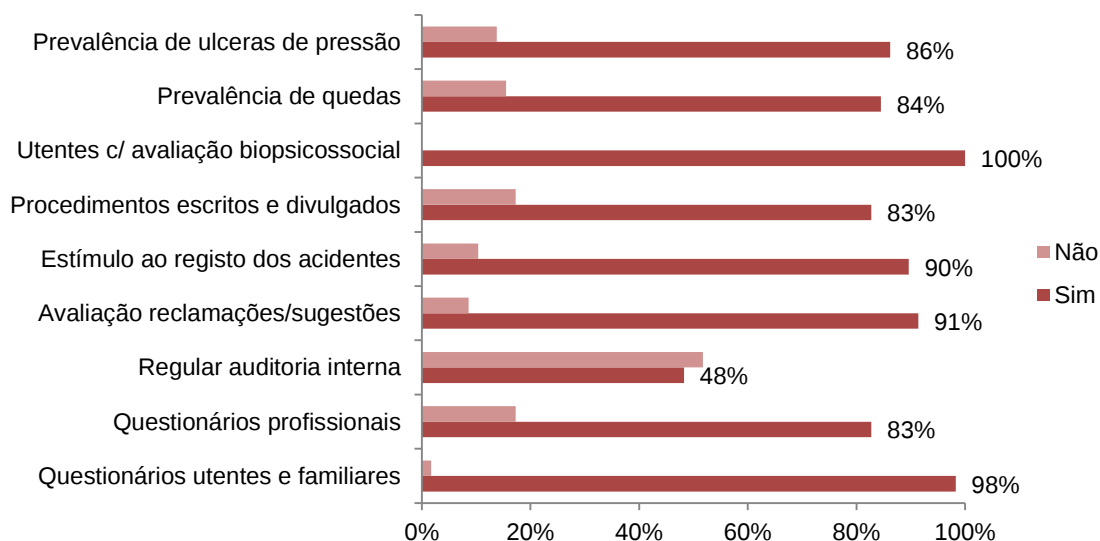
que 69% dos estabelecimentos cumprem este requisito, enquanto nas restantes ARS mais de 90% dos estabelecimentos estão em cumprimento.

Uma constatação que revela a preocupação das unidades com o controlo de infeção é a de existir em cerca de 90% dos prestadores fiscalizados dispensadores de solução desinfetante nos quartos, destinada à desinfeção das mãos dos profissionais.

Outros requisitos de gestão e melhoria

Foram igualmente analisados os procedimentos de gestão e melhoria instituídos, incluindo o tipo de registos realizados, representados na figura 42. A avaliação de reclamações e sugestões, os questionários a utentes, cuidadores informais e familiares, e os questionários a profissionais são realizados na maioria dos prestadores, com maior ênfase nos questionários direcionados a utentes, cuidadores informais e familiares, realizados em 98% dos estabelecimentos, e que apenas um estabelecimento, localizado na ARS Centro, não realiza.

Figura 42 – Procedimentos e registos instituídos



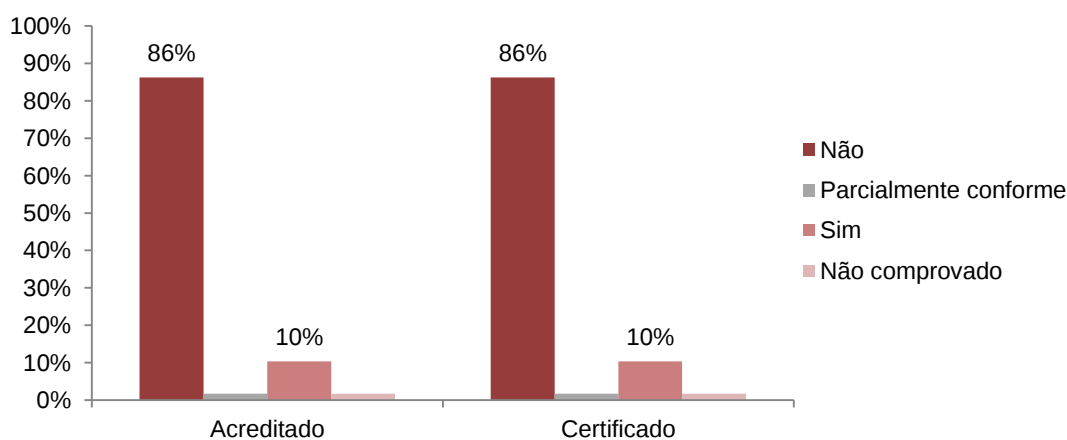
A realização de auditorias internas encontra-se instituída em apenas 48% dos estabelecimentos fiscalizados, sendo certo que na ARS Algarve 60% dos prestadores visitados realizam auditorias internas, ARS com a maior percentagem, e na ARS Centro apenas 41% as realiza. Por outro lado, em 83% dos estabelecimentos existem procedimentos escritos e divulgados pelos profissionais da unidade, para promoção de melhoria do desempenho nas atividades realizadas, e nas ARS Centro, Alentejo e Algarve apenas um dos prestadores visitados não tem estes procedimentos definidos.

No que se refere ao incentivo ao registo das ocorrências, em 90% dos estabelecimentos existe um estímulo ao registo dos acidentes, incidentes e quase erros. Nesse âmbito, mais de 80% dos prestadores efetuam o registo de prevalência de quedas e úlceras de pressão durante o internamento, percentagem que aumenta para 100% nos prestadores visitados nas ARS Alentejo e Algarve, enquanto todos os utentes, a nível nacional, são admitidos com avaliação biopsicossocial empreendida no momento da referenciação, em plataforma da rede. Não obstante, nem sempre esta avaliação se encontra atualizada face à situação do utente no momento da admissão na unidade, devido a alterações do estado clínico ocorridas no intervalo entre a referenciação e a efetiva admissão.

Acreditação e certificação

Dos prestadores acreditados, que totalizam 10% dos prestadores fiscalizados, a maioria adotou o referencial normativo da *Joint Commission International* (JCI), seguido pelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) e um dos prestadores fiscalizados foi acreditado pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). Os prestadores sinalizados como parcialmente conformes nas séries “Acreditado” e “Certificado” referem-se a situações em que foi iniciado o processo de acreditação ou certificação, mas o mesmo não foi concluído, pelo que apenas se encontram implementados alguns dos procedimentos visados pelo processo de acreditação ou certificação. Apesar de apenas 10% dos estabelecimentos serem certificados (pelo referencial normativo NP EN ISO 9001:2008), refira-se que em 6% existe implementação de processos de certificação (*vide* figura 43).

Figura 43 – Processos de acreditação e certificação

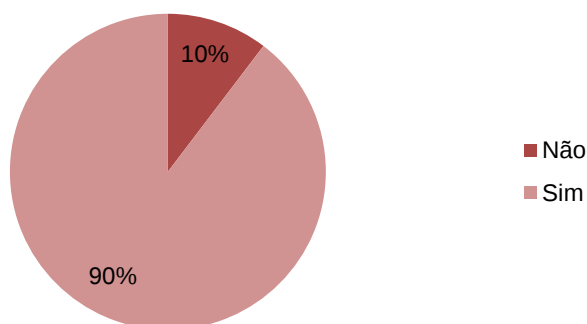


A comparação entre regiões de saúde permite-nos identificar que a maioria dos prestadores acreditados e certificados se encontram na ARS Centro, três e cinco, respetivamente, e nenhum dos prestadores fiscalizados na ARS Alentejo é acreditado ou certificado ou se encontra em fase de implementação de um desses processos.

Admissão de utentes

Para agilização e clarificação do processo de admissão, constatou-se que 90% dos estabelecimentos fiscalizados dispunham de procedimento interno de admissão de utentes (escrito), como consta da figura 44.

Figura 44 – Processo interno escrito de admissão dos utentes



Foi possível constatar o cumprimento por todos os prestadores fiscalizados da admissão do utente em 48 horas ou pedido de reavaliação da RNCCI, efetivada pela unidade ou equipa nos termos do n.º 3 do artigo 21.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, bem como da promoção de reunião/contato com os cuidadores informais/familiares no momento da admissão do utente até às primeiras 48h (avaliação multidisciplinar).

Para efeitos de admissão nas unidades e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente e apenas um dos prestadores não dispunha deste elemento no processo individual do utente. Todas as unidades a que se aplica a necessidade de assinatura do termo de aceitação das situações de participação do utente e conhecimento da necessidade de celebração de contrato de prestação de serviços no momento da admissão (em concreto UMDR e ULDM) dispunham do mesmo, com exceção de uma unidade (cfr. n.ºs 4 e 5 do artigo 21.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

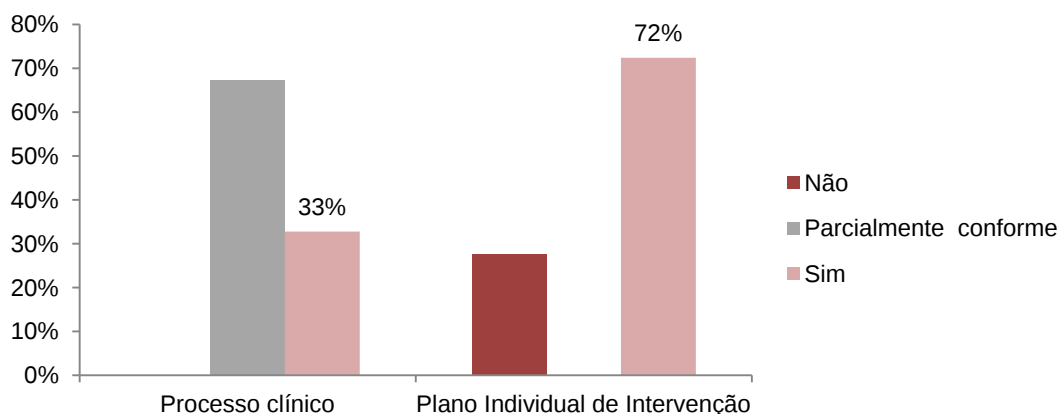
Quanto à existência de manual de acolhimento para doentes familiares ou acompanhantes foi confirmada em todos os presadores fiscalizados, exceto num prestador localizado na região da ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Promoção da autonomia e cuidados ao utente

O processo clínico e o plano individual de intervenção são importantes ferramentas para promover o acompanhamento e a promoção da autonomia do utente, devendo constar do processo clínico os seguintes elementos, nos termos da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro: identificação do utente; data de admissão; identificação e contacto do médico assistente da unidade ou do ambulatório; identificação e contacto do “gestor de caso”; identificação e contacto dos familiares; cópia do consentimento informado e termo de aceitação; contrato de prestação de serviços; plano individual de intervenção; registos relativos à evolução do estado de saúde do utente; nota de alta. Entende-se por plano individual de intervenção “o conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto nos aspetos clínicos como sociais” (cfr. alínea m) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho).

Como se retira da análise da figura 45, a maioria dos prestadores tinha o processo clínico parcialmente conforme, ou seja, apesar de procederem a registos no processo clínico do utente não dispunham de todos os elementos que devem constar nesse documento, e apenas 72% dispunham de plano individual de intervenção atualizado periodicamente.

Figura 45 – Processo clínico e plano individual de intervenção

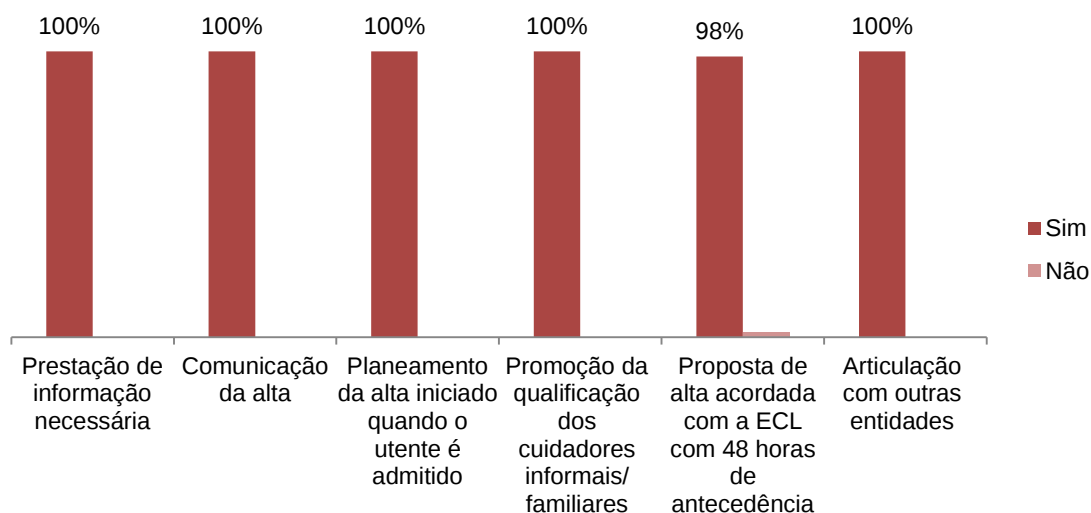


Para a concretização dos objetivos terapêuticos e da continuidade de prestação de cuidados a cada utente, é importante a realização de reavaliações, tal como previstas no n.º 1 do artigo 22.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com aposição do resultado das mesmas no processo clínico do utente. Verificou-se num dos prestadores fiscalizados na ARS Centro que os registos clínicos não permitem perceber de forma consistente a evolução do estado de saúde do utente as. Os restantes prestadores realizam as reavaliações previstas.

Planeamento da alta

No decurso de cada fiscalização foram também considerados aspetos relativos aos procedimentos estabelecidos para planeamento da alta, planeamento que todos os prestadores empreendem, desde o momento em que o utente é admitido na unidade, com identificação da data previsível de alta (*vide* figura 46).

Figura 46 – Procedimentos de planeamento da alta



Para efetivação da alta, é realizada, previamente, uma proposta de alta ou mobilidade do utente, acordada com a ECL da área da unidade com pelo menos 48 horas de antecedência, procedimento identificado em todos os estabelecimentos com exceção de um localizado na ARS Alentejo, existindo, em todos, articulação com outras entidades (da saúde, rede solidária, autarquias) para garantir a continuidade de cuidados após alta da unidade, em colaboração com a ECL e ou a competente ECR.

No momento da alta, é prática comum aos prestadores de cuidados continuados e paliativos fiscalizados a comunicação da alta aos familiares e ao médico assistente,

através de nota de alta. Para salvaguarda das necessidades dos utentes no momento pós-alta todos os prestadores admitem prestar informação necessária de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados após internamento, bem como promover a qualificação dos cuidadores informais ou familiares através do ensino adequado e oportuno, face às necessidades do utente após a alta.

O encaminhamento dado aos utentes no momento de alta varia entre os prestadores fiscalizados. Foi possível constatar, a título de exemplo, situações de unidades em que o utente no momento da alta sai com medicação, receituário e consulta marcada no médico de família, enquanto noutros casos apenas lhe é fornecida medicação para as 24 horas seguintes.

Prorrogação do internamento e mobilidade dos utentes na rede

No que se refere aos pedidos de prorrogação do internamento, os principais motivos que os originaram foram casos sociais ou critérios clínicos, tais como a necessidade de consolidação de objetivos terapêuticos e a ocorrência de úlceras de pressão, bem como para prolongamento do descanso do cuidador.

Em nenhum dos prestadores fiscalizados se constatou terem sido excedidos os prazos de internamento sem pedido de prorrogação. Por outro lado, a proposta de prorrogação, em todos os casos, foi elaborada cinco dias antes de expirar o prazo e autorizada pela ECR. Sendo certo que nem todos os pedidos são aceites pela ECL, ou correspondem à prorrogação pelos períodos solicitados.

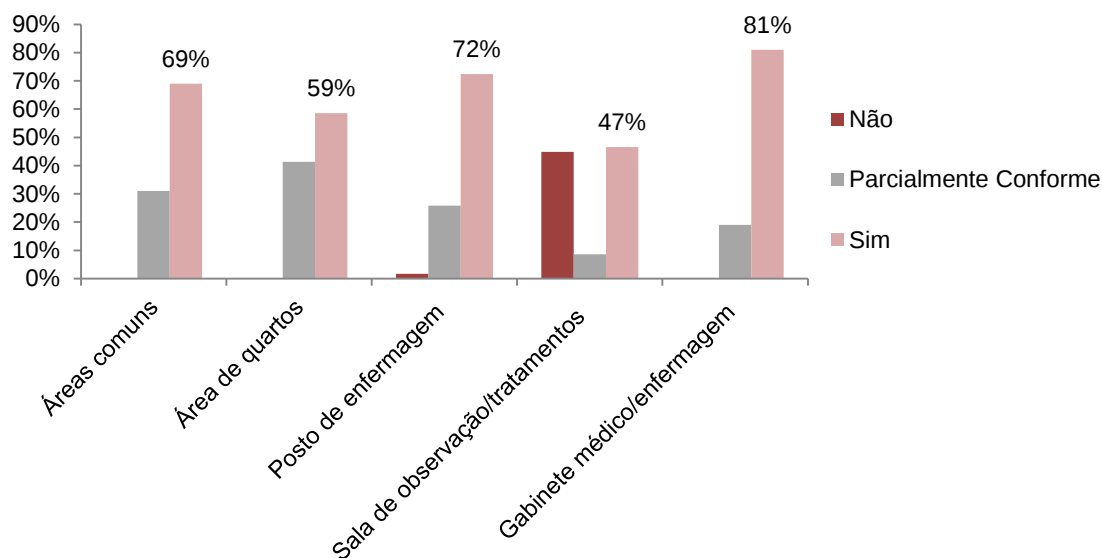
Os principais motivos de pedidos de mobilidade relacionam-se com a necessidade de alteração de tipologia ou a aproximação à área de residência do utente. A proposta de mobilidade foi fundamentada e validada pela ECL, em todos os casos, com o intuito de encaminhar o utente para outra unidade de internamento mais adequada à melhoria ou recuperação.

Instalações e equipamentos

Ao nível do cumprimento de requisitos de instalações e equipamentos, foi também constatado pelos técnicos da ERS não existirem todos os espaços previstos nas portarias, nem a sua adequação face aos requisitos da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. Com efeito, como representado na figura 47, no que se refere aos espaços comuns (área de refeições, de convívio e de atividade), 69% dos estabelecimentos cumprem com os requisitos previstos naquela portaria. Nos restantes, não existem

espaços dedicados, individualizados e/ou adequados às funções de copa, refeitório, sala de convívio/atividades. Em seis das unidades também se verificou não existir sala de depósito de cadáveres, ou não estar disponível sala dedicada exclusivamente a esse fim.

Figura 47 – Áreas comuns, quartos e áreas médicas ou de enfermagem



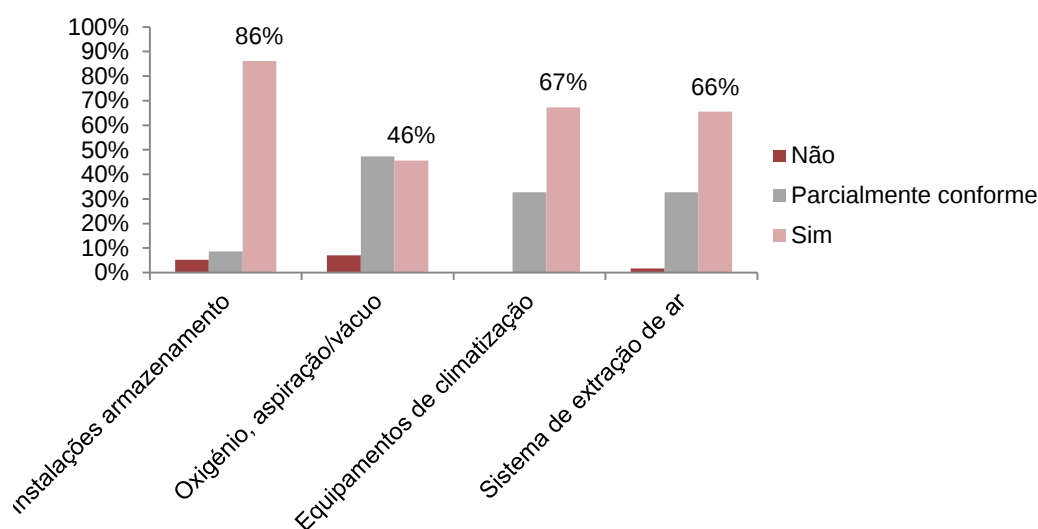
A área de quartos e higiene pessoal não estava em conformidade com os requisitos da portaria em 41% dos estabelecimentos, designadamente por não disporem de instalação sanitária privada e/ou de banho assistido, ou por as instalações existentes não respeitarem o previsto em termos de dimensão, acessibilidades e equipamentos disponíveis. Por outro lado, de acordo com o “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua”, as unidades devem dispor de mobília adaptada, nomeadamente, camas elétricas para facilitar diferentes alturas e posturas, não disponíveis em todas as unidades. Certo é que mais de 80% das unidades cumprem as distâncias requeridas entre camas e paredes, bem como de largura de corredores, para facilitar a passagem de macas, quando necessário. Para salvaguarda da independência e privacidade dos doentes, 85% dos quartos duplos ou triplos dispõem de cortinas separativas entre as camas.

Relativamente a áreas médicas ou de enfermagem, foi constatado que apenas 47% dos estabelecimentos fiscalizados têm sala de observações em cumprimento do previsto na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

No que se refere à climatização e instalação de gases medicinais (cfr. ponto 2.2.1 e 2.2.2 do Anexo I da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, respetivamente),

constatou-se existirem quartos sem instalação de ventilação e/ou climatização adequada, bem como a ausência de sistema de distribuição de gases medicinais. Concretamente, em mais de 65% dos estabelecimentos, os equipamentos de climatização, ventilação e aquecimento existentes são adequados, bem como o sistema de extração forçada de ar nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos. Porém, o mesmo não foi constatado quanto à existência de oxigênio, aspiração/vácuo, nos quartos, nas salas de tratamento, em que apenas 46% cumpriam com todos os parâmetros analisados¹⁰⁰ (cfr. figura 48).

Figura 48 – Climatização e instalação de gases medicinais

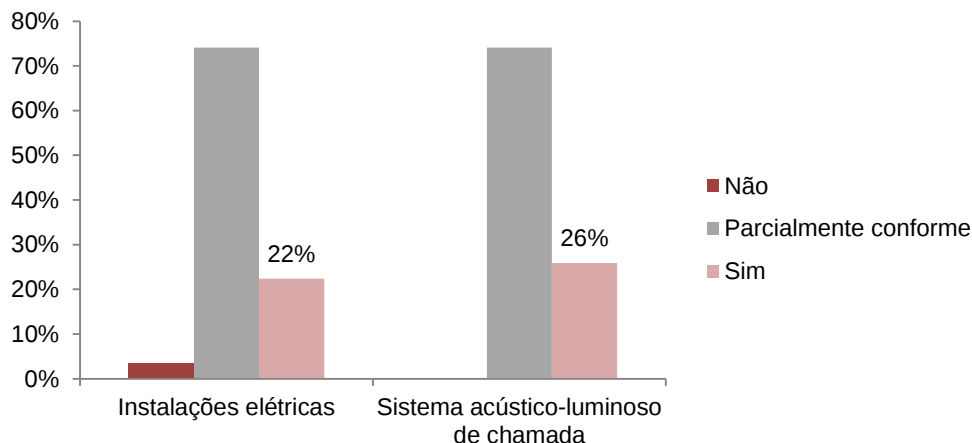


Nos termos do ponto 2.1.2. do Anexo I da portaria, encontra-se prevista a necessidade de existência de um sistema acústico-luminoso, que deve ser considerado um sistema de segurança, que assegure a chamada do enfermeiro, quer junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente, quer nos demais compartimentos a que o doente tenha acesso. Para este sistema ser considerado plenamente conforme com o exigido, pressupõe-se que a chamada seja sinalizada luminosamente na porta da enfermaria, que no posto de enfermagem seja emitido sinal acústico e luminoso, que o cancelamento só possa ser feito no quarto, e que seja possível transferir a chamada para outro posto de enfermagem. Porém, na maioria das unidades, grande parte

¹⁰⁰ Os parâmetros analisados incluem: central de vácuo fisicamente separada das restantes, com a extração do sistema situada a três metros acima das admissões de ar próximas; centrais com uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática; tomadas de duplo fecho não intermutáveis de fluido para fluido; utilização do tubo de poliamida nas calhas técnicas, suportes de teto e colunas de teto quando integrados pelo fabricante.

destes sistemas (74%) não dava cumprimento a todas as exigências, como consta da figura 49.

Figura 49 – Instalações elétricas e sistema acústico-luminoso de chamada



Ainda no âmbito das instalações, constatou-se que apenas em 22% dos estabelecimentos as instalações elétricas satisfazem plenamente as regras e regulamentos aplicáveis.

Não obstante a RNCCI ser de âmbito nacional, com previsão de requisitos de funcionamento pela Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, foi possível constatar a existência de assimetrias entre as unidades fiscalizadas, mais do que existência de realidades regionais significativamente distintas. Estas assimetrias são mais vincadas entre as unidades implementadas em 2006 a título de experiências piloto, e unidades mais recentes, com menor adequação das primeiras face aos requisitos apontados pela portaria.

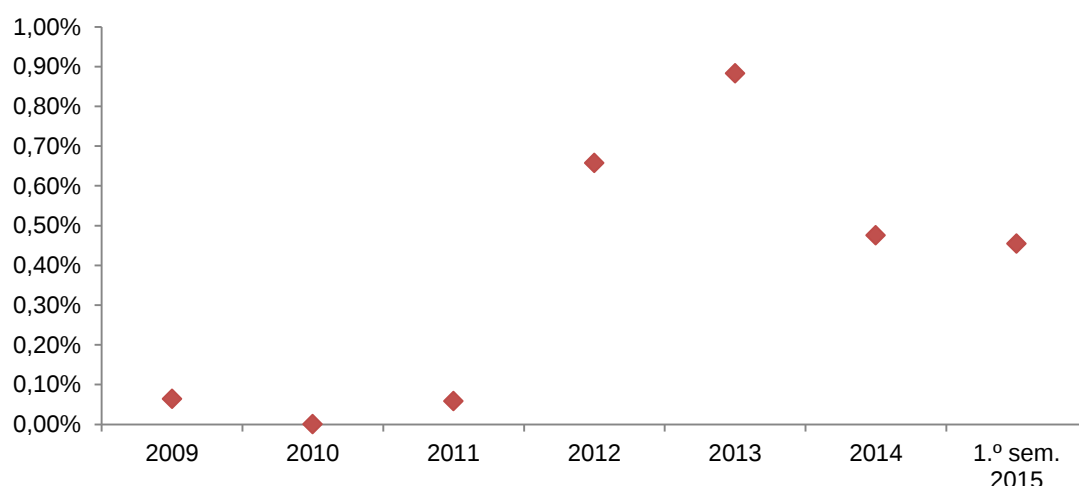
Algumas assimetrias podem dever-se a diferenças na aplicabilidade da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. Conforme previsto no n.º 1 do artigo 37.º da portaria, “[a]s unidades que, à data da entrada em vigor do presente diploma, integram a RNCCI, devem adequar-se às condições nela previstas, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias”, sendo certo que essa disposição não é aplicável “[...] às unidades que foram beneficiárias do apoio financeiro ao abrigo do Programa Modelar I e II, bem como as unidades que integraram as Experiências Piloto de 2006” (cfr. n.º 2 do artigo 37.º da portaria).

7.4. Reclamações sobre cuidados continuados e paliativos

No âmbito da sua atuação regulatória, a ERS rececionou reclamações relativas a cuidados continuados e paliativos, apresentando-se nesta seção as estatísticas referentes ao período entre o ano de 2009 e junho de 2015, com base em dados do Sistema de Gestão de Reclamações da ERS (SGREC).

Entre os anos de 2011 e 2013 o número de reclamações enquadráveis na área de cuidados continuados e paliativos tiveram uma tendência crescente face ao total de reclamações, embora não tenham ultrapassado 1%. No ano de 2014 a percentagem decresceu, apresentando, em valor absoluto, um número semelhante ao de 2013. Em 2015, apesar de não ser considerado o ano completo, a percentagem de reclamações encontra-se próxima da percentagem total observada no ano anterior (*vide* figura 50).

Figura 50: Evolução da percentagem de reclamações sobre cuidados continuados e paliativos, face ao total de reclamações rececionadas

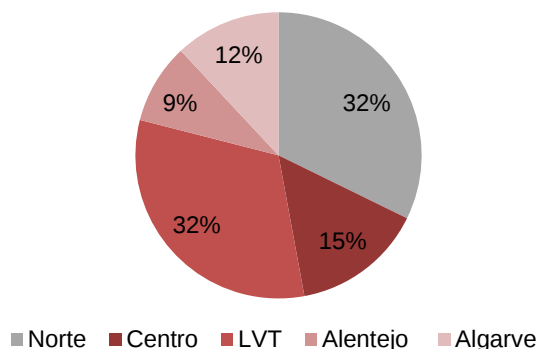


Fonte: Elaboração própria com base em dados do SGREC, 2015.

Os temas mais visados nas reclamações inserem-se no domínio da qualidade da assistência de cuidados de saúde e dos cuidados de saúde e segurança do doente, e questões relativas a instalações foram pouco focadas. Porém, tendo em consideração a importância relativa desta temática, as reclamações relativas a este tipo de cuidados representam uma percentagem inferior a 1% no total de reclamações rececionadas pela ERS, nos anos considerados.

A distribuição das reclamações por região de saúde, no período considerado, apresentada na figura *infra*, aponta para uma maior percentagem de reclamações nas ARS Lisboa e Vale do Tejo e Norte (*vide* figura 51).

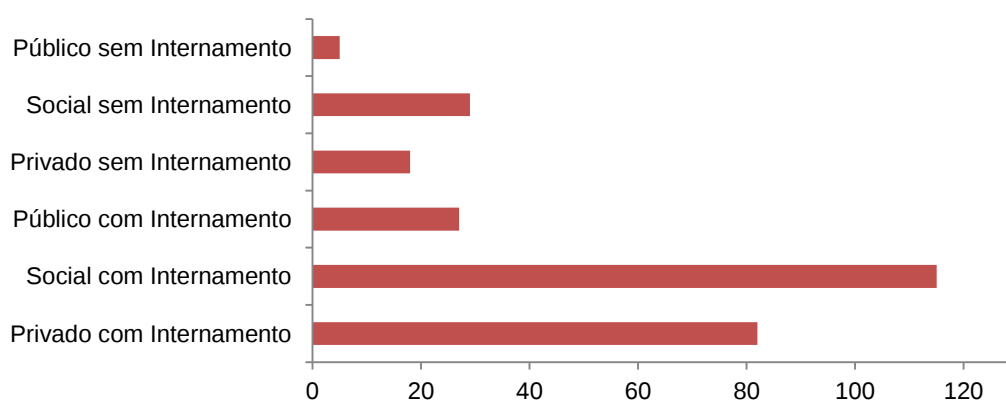
Figura 51: Percentagem de reclamações sobre cuidados continuados e paliativos, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SGREC, 2015.

As reclamações rececionadas por tipologias de prestadores, distinguidas com base na natureza (pública, social e privada) e no regime de prestação de cuidados (com ou sem internamento), encontram-se na figura 52.

Figura 52 – Número de reclamações sobre cuidados continuados e paliativos, por tipologia de prestadores



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SGREC, 2015.

As tipologias com internamento do setor social e privado foram alvo de maior número de reclamações. As unidades sociais sem internamento destacaram-se como a terceira tipologia a motivar maior número de reclamações, superior às direcionadas a unidades públicas com internamento.

8. Concorrência

A avaliação concorrencial aqui produzida assemelha-se à avaliação do acesso em alguns aspetos. Ambas dependem da definição dos produtos ou serviços e das áreas geográficas a estudar e utilizam informações acerca da oferta e da procura. Além disso, devem idealmente considerar a atração dos consumidores aos locais de oferta, o que releva sobretudo no caso de se estar a estudar um setor de atividade como o da prestação de cuidados de saúde, em que os consumidores precisam de se deslocar até aos locais de oferta para obterem os produtos ou serviços de que necessitam.¹⁰¹

Tendo isto em vista, a avaliação concorrencial neste estudo é realizada com as versões de Polzin et al. (2014b, 2015) do Índice de Herfindahl-Hirschmann (IHH) e do método de Melnik et al. (2008), de identificação de existência de uma potencial posição dominante no mercado por parte de um operador (*vide* quadros 4 e 5).¹⁰²

Os níveis absolutos do IHH possibilitam a medição em três níveis da pressão concorrencial nos mercados. De acordo com a Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 indica um nível de concentração baixo, com baixa probabilidade de identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no mercado. Um IHH na faixa de 1.000 a 2.000 indica um grau de concentração moderado. Um IHH superior a 2.000 indica uma concentração substancial no mercado, com a mais alta probabilidade de identificação de problemas concorrenciais.¹⁰³

¹⁰¹ Refira-se que outra relação entre concorrência e acesso na área da saúde reside no facto de que problemas concorrenciais, consistindo de ausência de concorrência e abuso de posição dominante, podem, especialmente num mercado não regulado, afetar o acesso dos utentes negativamente, por exemplo via discriminação de utentes, preços excessivamente altos, limitação da oferta ou redução da qualidade (*vide* Orientações da Comissão para a apreciação de concentrações publicadas no Jornal Oficial da União Europeia, n.º C 31 de 5/2/2004; Motta, M. (2004), *Competition Policy: Theory and Practice*, New York: Cambridge University Press; e os relatórios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) “Competition Assessment Toolkit - Volume I: Principles” e “Policy Roundtables - Competition in Hospital Services”, de 2011 e 2012, respetivamente, disponíveis em www.oecd.org).

¹⁰² *Vide* Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2015), “A decision support method to identify target geographic markets for health care providers”, *Papers in Regional Science*, disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pirs.12167/abstract>; Polzin, P., Borges, J., Coelho, A. (2014a), “Validating the EKD4SFCA method using data of the long-term care sector”, *Advances in Business-Related Scientific Research Journal*, 5 (2), 135-152; Melnik, A., Shy, O. e Stenbacka, R. (2008), “Assessing market dominance”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 68 (1), 63-72; e Hellmer, S. e Wårell, L. (2009), “On the evaluation of market power and market dominance - The Nordic electricity market”, *Energy Policy*, 37 (8), 3235-3241. Entende-se por operador, aqui, empresa ou grupo empresarial detentor de um ou mais estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Define-se o mercado relevante como o mercado da prestação de cuidados continuados e paliativos no âmbito da RNCCI delimitado pelas áreas de influência com fronteiras até aos 60 minutos de tempo de viagem em estrada.

¹⁰³ *Vide guidelines* nas Orientações citadas (Orientações da Comissão para a apreciação de concentrações publicadas no Jornal Oficial da União Europeia, n.º C 31 de 5/2/2004).

Quadro 4 – A versão estendida do Índice de Herfindahl-Hirschmann (IHH)

A versão estendida do IHH utiliza áreas de influência como mercados geográficos e é expressa pela seguinte equação:

$$HHI_i^E = \sum_{G=1}^N \left[\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{Gl} g(d_{il}, d_{\max}) \right]^2 ;$$

em que:

- IHH_i^E é o IHH calculado para a unidade geográfica i (área de código postal);
- G refere-se aos grupos empresariais ($G=1$ é o maior grupo, $G=2$ é o segundo maior grupo, e assim por diante, até $G=N$, que é o grupo mais pequeno a concorrer no mercado);
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{Gl} g(d_{il}, d_{\max})$ refere-se à quota de mercado do grupo G localizado em l , com áreas de influência dos seus estabelecimentos a cobrir i definidas até um limite predeterminado de tempo de viagem em estrada $d_{\max}$ (60 minutos); e
- $g(d_{il}, d_{\max})$ é uma função de proximidade, aplicada para conferir maior peso às distâncias mais pequenas e menor peso às distâncias maiores, de forma a refletir o pressuposto de que os utentes preferem deslocar-se até aos estabelecimentos mais próximos entre um conjunto de alternativas.

Teoricamente, o IHH varia entre 0, mercado perfeitamente concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Na prática, o valor mínimo, dada a estrutura do mercado, é $1/n$, ou $10.000/n$.

Quadro 5 – A versão estendida do método de identificação de potencial dominância de Melnik et al. (2008)

A versão estendida do método identificação de potencial dominância pode ser representada matematicamente da seguinte forma:

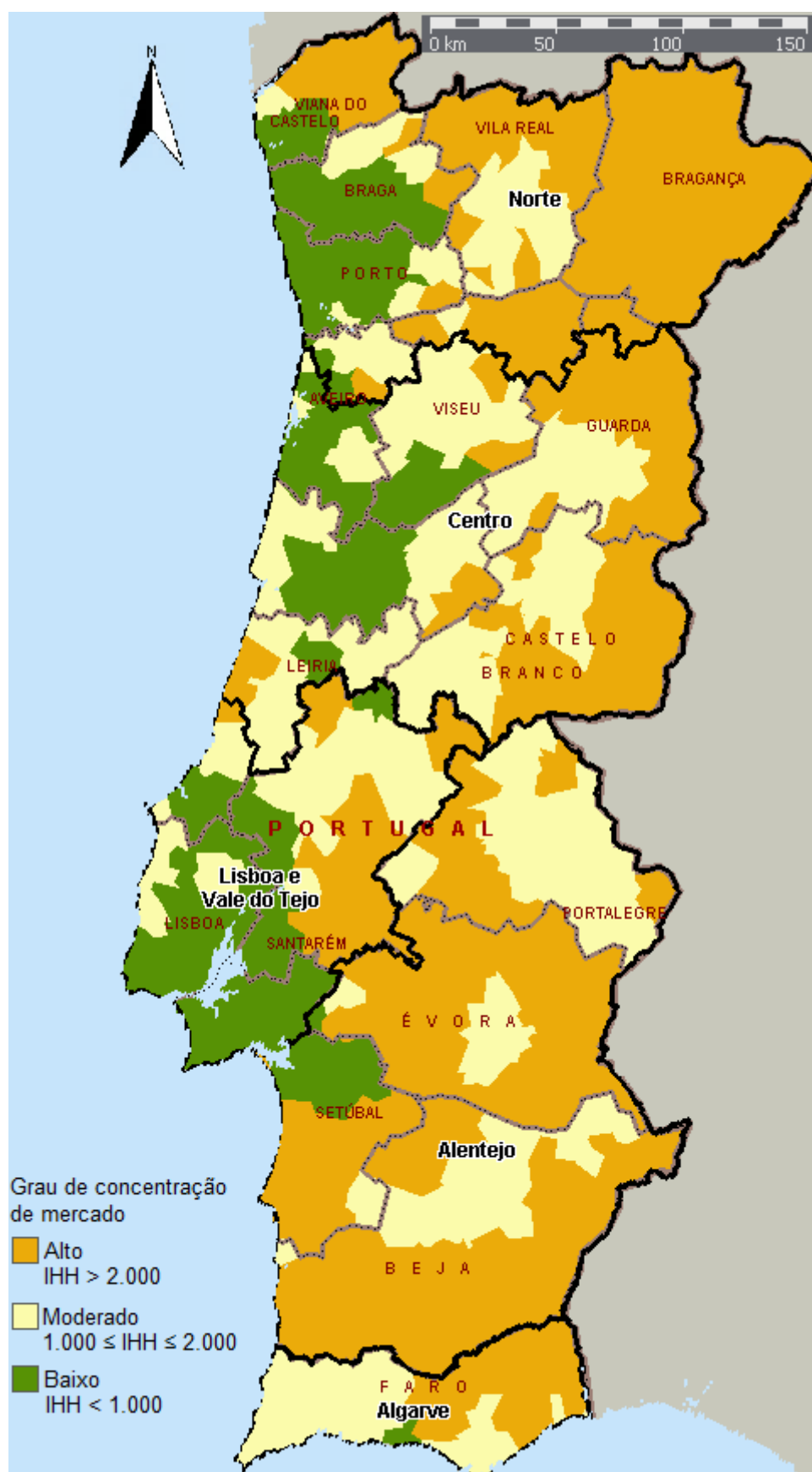
$$Q_i^{DE} = \frac{1}{2} \left\{ 1 - \left[\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{1l} g(d_{il}, d_{\max}) \right]^2 - \left[\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{2l} g(d_{il}, d_{\max}) \right]^2 \right\};$$

em que:

- Q_i^{DE} é o limite de quota de mercado calculado para a unidade geográfica i e as outras variáveis, a função de proximidade e o limite de tempo de viagem $d_{\max}$ (60 minutos) são os mesmos da versão estendida do IHH;
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{1l} g(d_{il}, d_{\max})$ é a quota de mercado do maior operador na unidade geográfica i ; e
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{2l} g(d_{il}, d_{\max})$ é a quota de mercado do segundo maior operador na mesma unidade geográfica.

Identificados os 200 operadores detentores das 319 unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos, os resultados da aplicação da versão estendida do IHH são apresentados na figura 53.

Figura 53 – Concentração de mercado – cuidados continuados e paliativos



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

Na figura é possível identificar que há maior concorrência em zonas mais próximas do litoral do continente, sobretudo nas regiões das ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo.

A tabela 16 resume os resultados visualizados na figura, tendo em consideração os resultados associados às áreas de códigos postais que formam as zonas dos diferentes graus de concentração e as respetivas populações residentes afetadas. São concretamente apresentadas as proporções de população afetadas por cada região de jurisdição das ARS.

Tabela 16 – Abrangência populacional dos níveis de concentração de mercado por ARS

ARS	Nível de concentração de mercado			
	Baixo	Moderado	Alto	Total
Norte	74%	13%	13%	100%
Centro	39%	48%	13%	100%
LVT	84%	13%	3%	100%
Alentejo	2%	38%	60%	100%
Algarve	9%	65%	26%	100%
Total	65%	23%	12%	100%

Assim, constata-se que a maior predominância de resultados de alto grau de concentração de mercado se encontra na região do Alentejo (60%), ao passo que no extremo oposto, a região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta a maior prevalência de baixa concentração (84%).

Enquanto o IHH é uma medida representativa da concorrência ao nível do setor de atividade, em determinado mercado geográfico previamente definido, o método de identificação de potencial dominância é aplicado ao nível de operadores individuais. Este método consiste no cálculo de um limite de quota a partir do qual o operador de maior quota é identificado como detentor de uma posição potencialmente dominante.¹⁰⁴

A identificação de posição potencialmente dominante decorre da verificação de que o maior operador detém uma quota substancialmente superior às dos demais concorrentes no mercado relevante, os quais, atenta esta desproporção, são incapazes de exercer pressão concorrencial suficiente para impedir esse maior

¹⁰⁴ Refira-se que, apesar de este ser um método aplicado ao nível dos operadores, tem por base as quotas de todos os operadores atuantes no mercado relevante. Portanto, assim como no caso do IHH, todos os concorrentes no mercado relevante são considerados na avaliação.

operador de atuar de modo independente no mercado relevante. Desta forma, o método captura a essência do conceito de posição dominante. Com efeito, como decorre da definição deste conceito, um operador dominante é um operador com poder de mercado substancial, que não sofre pressão concorrencial suficientemente forte de outros operadores. Pode atuar, assim, de forma independente dos seus concorrentes e dos utentes, podendo influenciar por um longo período diferentes parâmetros concorrenciais no mercado, nomeadamente os preços, o volume de produção, a promoção da inovação e a diversidade ou a qualidade dos produtos ou serviços, abusando da sua posição dominante, em prejuízo dos demais concorrentes e também dos utentes.¹⁰⁵

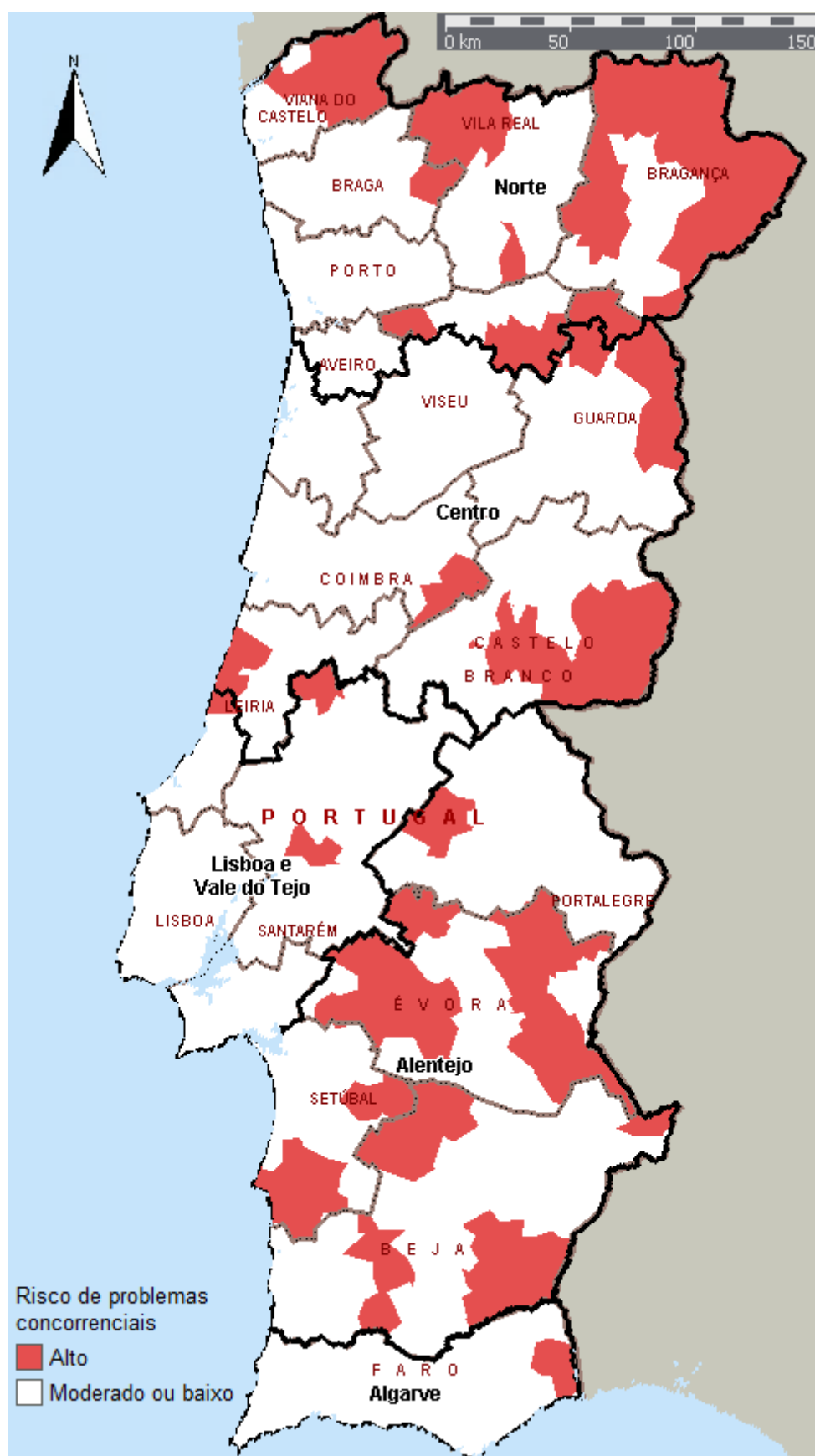
Considerando que a identificação de potencial dominância é uma forma de complementar a avaliação concorrencial realizada com base no IHH, apresenta-se na figura 54 os resultados da aplicação conjunta das versões estendidas do IHH e do método de identificação de posição potencialmente dominante. O IHH superior a 2.000 é assim uma condição necessária, mas não suficiente, para a identificação de risco elevado de ocorrência de problemas concorrenciais e a potencial dominância é uma condição necessária e suficiente para esta identificação de risco.¹⁰⁶

A tabela 17 permite uma comparação dos resultados por ARS, devendo destacar-se a maior prevalência do risco alto na região do Alentejo, na medida que o impacto negativo potencial deste resultado nesta região afeta uma proporção de população relativamente mais alta (35%).

¹⁰⁵ Vide, por exemplo, “Policy Roundtables - Competition in Hospital Services” e “Policy Roundtables - Evidentiary Issues in Proving Dominance”, relatórios da OCDE de 2012 e 2006, respetivamente, disponíveis em www.oecd.org.

¹⁰⁶ Tal como proposto por McIntosh, C. e Hellmer, S. (2012), “Necessary and sufficient conditions in merger control: the use of HHI and threshold value”, *Applied Economics*, 44 (7), 867-878. A consideração do método de Melnik et al. (2008) como complemento ao IHH também é proposta por Knoche, F. e Thöni, M. (2011), “Sozial- und wettbewerbsrechtliche Konflikte bei der Fusionskontrolle in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland”, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 100 (4), 539-560.

Figura 54 – Risco de problemas concorrenciais



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS e do INE, 2015.

Tabela 17 – Abrangência populacional das regiões com risco de problemas concorrenciais

ARS	Risco de problemas concorrenciais		
	Moderado ou baixo	Alto	Total
Norte	93%	7%	100%
Centro	92%	8%	100%
LVT	99%	1%	100%
Alentejo	65%	35%	100%
Algarve	99%	1%	100%
Total	94%	6%	100%

9. Conclusões

O presente estudo tem por objetivo analisar o acesso, a qualidade e a concorrência nos cuidados continuados e paliativos, tendo em linha de conta a realidade da RNCCI, integrando na análise as unidades e equipas em cuidados paliativos.

Os cuidados continuados de saúde englobam o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, centrado na recuperação global da pessoa em situação de dependência, com vista à promoção da sua autonomia, melhorando a funcionalidade, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Os cuidados paliativos são os cuidados ativos prestados a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, assim como às suas famílias, com o objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Os **principais resultados** das análises empreendidas no estudo são de seguida enumerados, por tema de análise:

1. Comparação internacional

- a) Os cuidados continuados e paliativos, formais e informais, em Portugal, encontram-se assentes em três pilares: o utente e respetiva família; o Estado, com a sua função de prestador e financiador; e os prestadores privados, com e sem fins lucrativos. A prestação desses cuidados baseia-se num modelo de intervenção integrado, que pressupõe uma estreita cooperação entre o setor da saúde e de apoio social, tanto ao nível da prestação como ao nível do financiamento, tendo como objetivos, designadamente, garantir a equidade no acesso, a eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.
- b) Apesar de as estruturas de sistemas de cobertura universal de cuidados continuados terem começado a ser promovidas em alguns países europeus desde os anos 40, em meados dos anos 90 a infraestrutura de cuidados continuados em Portugal ainda era escassa, com a maior parte dos cuidados a serem domiciliários e informais, prestados por um residente na mesma habitação.
- c) Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais, principalmente em função da escassez

de trabalhadores formais, escassez que, segundo o *International Labour Office*, configura uma limitação ao acesso a cuidados continuados de qualidade.

- d) Não obstante, e embora a despesa pública em percentagem do PIB relativa aos cuidados continuados em Portugal se encontre abaixo da média dos países europeus, as despesas públicas nesses cuidados têm vindo a crescer a uma taxa superior à das despesas públicas totais em saúde.
- e) Por seu turno, tendo em consideração um conjunto de países da OCDE, Portugal é o país com a maior parcela de financiamento *out-of-pocket* de cuidados continuados (45%), sendo certo que a maior parte do financiamento total resulta de contribuições da segurança social (51%).

2. Procura

- a) Os utentes referenciados para cada tipologia de unidades de cuidados continuados e paliativos, entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015, totalizaram 44.363 episódios, tendo a maior parte dos utentes sido atendida pelas diferentes unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos (mais de 70%), e os restantes utentes por equipas, em que apenas 0,1% dos utentes foram atendidos por equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.
- b) Os doentes atendidos nos diferentes tipos de equipas e unidades de internamento são principalmente idosos, com baixa escolaridade e profissão não qualificada, do género feminino, casados, sendo certo que os seus diagnósticos principais mais frequentes são de doença vascular cerebral aguda e de neoplasia maligna da traqueia, brônquios, pulmão e cólon.
- c) Das projeções realizadas acerca da evolução da população idosa, tanto para Portugal como para os países da UE28, perspectiva-se que a procura por cuidados continuados e paliativos aumente nos próximos anos em todos os países europeus, mas especialmente em Portugal, na medida em que tal população idosa em Portugal deverá crescer a uma taxa mais elevada do que a do total da UE28, devendo a proporção de idosos chegar perto de 25% até 2025 em Portugal.
- d) O envelhecimento da população deve traduzir-se num aumento da procura de cuidados continuados. A procura de cuidados paliativos deverá aumentar, tanto

em função do envelhecimento da população como devido ao projetado aumento de incidência de neoplasias malignas, com base em dados de mortalidade.

3. Acesso

- a) Com base numa amostra de 58 unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos fiscalizadas pela ERS, constatou-se que em 16% das unidades os contatos locais entenderam que não houve cumprimento de todos os critérios de referenciação por tipologia de unidade, indicando casos de atendimento a doentes paliativos em unidades não dedicadas a este tipo de cuidados (casos a que já se alertou no estudo da ERS de 2013), bem como situações em que não existiu correspondência entre os critérios clínicos registados na plataforma da rede e a situação real do utente.
- b) Em todas as ARS, a mediana do tempo desde a referenciação até à identificação de vaga é inferior para a entrada em ECCI face às restantes tipologias de unidades da RNCCI, com exceção da ARS Algarve, no primeiro semestre de 2014. Por outro lado, as tipologias a apresentar maior mediana de tempo até ao ingresso numa unidade são as UMDR, nas ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, e as ULDM, nas ARS Alentejo e Algarve, nos dois períodos considerados.
- c) Tendo em linha de conta a meta em vigor para o rácio de número de camas por habitantes para todas as unidades de internamento em conjunto, o número total de camas necessário para a satisfação das necessidades de cuidados continuados e paliativos em Portugal continental deveria ser de 14.640, pelo que nem 50% da meta foi atingida. Por sua vez, em termos de número de unidades de internamento, houve um aumento de 19% face ao estudo anterior da ERS, de 2013.
- d) Numa análise do acesso potencial, que relaciona a localização dos pontos de oferta da rede e a sua capacidade traduzida em número de camas, com a procura potencial, por tipo de internamento, identificou-se que o baixo acesso atinge desde 81% da população, no caso dos cuidados paliativos, até 95% no caso dos cuidados de convalescença. Se consideradas todas as unidades de internamento de forma conjunta (UC, UMDR, ULDM e UCP), 93% da população tem um acesso baixo, com um número de camas insuficiente face às metas estabelecidas.

- e) Enquanto que em estudo da ERS de 2013 se verificou uma insuficiência maior em termos de número de camas de cuidados paliativos, constata-se que atualmente os maiores problemas de acesso, indicativos de falta de oferta em termos de unidades e camas face à procura potencial, se encontram nos cuidados de convalescença, com 95% da população de Portugal a ter um baixo nível de acesso.
- f) Numa análise regional, verifica-se que as regiões com as mais altas proporções de população com baixo acesso em quase todos os tipos de internamento são as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, sendo certo que, no caso dos cuidados paliativos, o pior acesso está nas regiões Norte e Alentejo.
- g) Ainda no que se refere ao nível de acesso baixo, a região do Algarve destaca-se pelo facto de não haver, no cômputo geral de todas as unidades de internamento, qualquer cumprimento das metas definidas, indicando que a soma de camas de todas as unidades não supera o mínimo considerado necessário para a satisfação das necessidades de toda a população ali residente. Além disso, apenas no caso das ULDM é identificado acesso alto naquela região, encontrando-se para os outros tipos de internamento apenas populações com acesso baixo e médio.
- h) A mais alta proporção de população com acesso alto é identificada na região do Alentejo, no caso dos cuidados de média duração e reabilitação. Mesmo assim, mais da metade da população residente tem um acesso baixo a estes cuidados, o que reflete as desigualdades existentes nessa região.

4. Qualidade

- a) Quanto aos indicadores de estrutura considerados na análise da qualidade, os rácios mais baixos de médicos e enfermeiros (afetos a cuidados continuados e paliativos) por habitantes – inferiores à média nacional – são identificados nas regiões de jurisdição das ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo. Por seu turno, todos os tipos de internamento apresentam maiores percentagens de unidades com número de horas médicas e horas de enfermagem igual ou superior ao valor mínimo aconselhado pela UMCCI, e superiores às observadas no estudo anterior da ERS.

- b) Numa análise da distribuição regional de camas contratualizadas, verifica-se que as maiores percentagens de camas localizam-se nas regiões das ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo – a maioria instalada em ULDM e a menor parcela em UCP.
- c) Relativamente aos indicadores de processo, constatou-se que todos os utentes referenciados entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015 para a RNCCI foram admitidos com o instrumento de avaliação integrado preenchido, e foi avaliado o risco de quedas a 84% dos utentes – uma percentagem igual à percentagem média de utentes com risco de quedas por unidade avaliada no estudo da ERS de 2013.
- d) No âmbito da avaliação dos indicadores de resultados, o número de doentes com incapacidade ou dependentes no momento da alta é inferior ao verificado no momento da admissão em todas as unidades e ARS, mais pronunciado na região do Alentejo – indiciando uma maior taxa de recuperação dos doentes –, mas não ocorre nas ULDM da ARS Lisboa e Vale do Tejo. As ULDM apresentam, globalmente, o pior desempenho.
- e) A maioria dos utentes não teve quedas, e a incidência de úlceras de pressão, durante o internamento, reduziu-se entre 2014 e o primeiro semestre de 2015. O principal motivo da alta dos utentes resulta de terem sido atingidos os objetivos do internamento.
- f) Do estudo econométrico realizado para identificar o efeito de fatores relacionados com as características dos utentes, a tipologia de unidades e indicadores de qualidade na duração do tempo de internamento nas unidades de cuidados continuados e paliativos, extrai-se que ter ensino secundário ou mais aumenta o tempo de internamento, sendo certo que a ocorrência de úlceras de pressão também tem um efeito positivo sobre o tempo de internamento. Foram ainda identificadas assimetrias entre as ECR e a tipologia das unidades de internamento, com a ARS Alentejo e as ULDM a apresentar um efeito marginal superior no tempo de internamento.
- g) Relativamente às conclusões da realização de fiscalizações pela ERS às unidades de cuidados continuados e paliativos, retira-se que não obstante a RNCCI ser de âmbito nacional, existem assimetrias entre as unidades fiscalizadas. Estas assimetrias são mais vincadas entre unidades implementadas em 2006 a título de experiências piloto, e unidades mais

recentes, com menor adequação das primeiras face aos requisitos apontados pela Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

- h) Da análise das reclamações rececionadas pela ERS, entre os anos de 2011 e 2013, verificou-se que o número de reclamações enquadráveis na área de cuidados continuados e paliativos face ao total de reclamações apresentou uma tendência crescente, embora nunca tenha ultrapassado 1%.

5. Concorrência

- a) As 319 unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos consideradas no estudo são detidas por 200 operadores, havendo maior concentração de mercado em zonas menos urbanas e uma mais baixa concentração, com maior diversidade de operadores, em zonas urbanas litorais, principalmente nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo.
- b) A maior prevalência de risco alto de ocorrência de problemas concorrenciais, com potencial prejuízo para os utentes, por exemplo, em termos de qualidade oferecida, é identificada na região do Alentejo, com 35% da população ali residente afetada por este resultado.

Anexo I – Pedido de informação à ACSS

Exmo. Senhor
Prof. Dr. Rui dos Santos Ivo
Presidente do Conselho Diretivo da
Administração Central do Sistema de
Saúde, I.P.
Parque de Saúde de Lisboa, edifício
16
Avenida do Brasil, n.º 53
1700 - 063 Lisboa

REGISTADO

<i>Sua Referência</i>	<i>Sua Comunicação</i>	<i>Nossa Referência</i>	<i>Data</i>
		O.DERE/15.1 EST/005/15	07/08/2015

Assunto: Estudo sobre o acesso, qualidade e concorrência dos cuidados continuados e paliativos na RNCCI

Ao abrigo da missão e das competências estabelecidas nos estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, e em concretização do Plano de Atividades para o ano de 2015, a ERS encontra-se a elaborar um estudo com o objetivo de analisar o acesso, a qualidade e a concorrência dos cuidados oferecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Nesse sentido, cumpre solicitar a V. Exa., ao abrigo do disposto no artigo 32.º dos preditos Estatutos, o envio das seguintes informações que são julgadas essenciais para a realização do estudo tal como planeado:

I. Oferta da RNCCI

I.1. Unidades de internamento

a) Descrição das características de cada unidade de internamento em funcionamento em 30 junho de 2015, concretamente:

i. Denominação da unidade;

- ii. Tipo (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção ou cuidados paliativos);
- iii. Natureza da unidade (pública, privada ou social);
- iv. Identificação do concelho e do código postal de quatro dígitos (CP4) da morada da unidade;
- v. Data de integração da unidade na rede;
- vi. Existência nas instalações de espaços para descanso dos familiares (sim/não);
- vii. Capacidade contratualizada (número de camas);
- viii. Taxa média de ocupação (no primeiro e segundo semestres de 2014 e no primeiro semestre de 2015);
- ix. Número de médicos contratados e equivalentes a tempo completo (ETC) de 40 horas semanais;
- x. Número de enfermeiros contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xi. Número de fisioterapeutas contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xii. Número de assistentes sociais contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xiii. Número de psicólogos contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xiv. Número de nutricionistas contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xv. Número de animadores socioculturais e ETC de 40 horas semanais;
- xvi. Número de terapeutas da fala e ETC de 40 horas semanais;
- xvii. Número de terapeutas ocupacionais e ETC de 40 horas semanais.

Nota 1: As informações deverão ser desagregadas por tipo de internamento, pelo que, no caso de um mesmo prestador de cuidados continuados oferecer mais de um tipo de internamento, deverá ser possível identificar o número de camas, fisioterapeutas, etc., afetos a cada tipo individualmente, tal como exemplificado na tabela *infra*, em que o prestador “A” oferece dois tipos de cuidados continuados (convalescença e cuidados paliativos):

Prestador	Tipo	Concelho	CP4	[...]	Camas	Taxa de ocupação	[...]	Médicos		[...]	Terapeutas ocupacionais	
								Contratos	ETC		Contratos	ETC
A	UC	Porto	4410	[...]	14	89%	[...]	58	60,3	[...]	2	1,8
A	UCP	Porto	4410	[...]	40	90%	[...]	150	88,4	[...]	2	1,2
B	UMDR	Vila Nova de Gaia	4435	[...]	33	50%	[...]	40	35,1	[...]	1	0,5
C	ULDM	Vila Nova de Gaia	4415	[...]	20	33%	[...]	50	58,4	[...]	1	0,5
D	UC	Vila Nova de Gaia	4430	[...]	25	40%	[...]	32	33,5	[...]	1	0,4

I.2. Unidades de ambulatório

a) Descrição das características de cada unidade de dia e de promoção de autonomia em funcionamento em 30 junho de 2015, concretamente:

- Denominação da unidade;
- Natureza da unidade (pública, privada ou social);
- Identificação do concelho e do código postal de quatro dígitos (CP4) da morada da unidade;
- Capacidade contratualizada;
- Número de médicos contratados e ETC de 40 horas semanais;
- Número de enfermeiros contratados e ETC de 40 horas semanais;
- Número de fisioterapeutas contratados e ETC de 40 horas semanais;
- Número de assistentes sociais contratados e ETC de 40 horas semanais;
- Número de psicólogos contratados e ETC de 40 horas semanais;
- Número de animadores socioculturais e ETC de 40 horas semanais;
- Número de terapeutas ocupacionais e ETC de 40 horas semanais;
- Número de utentes efetivamente atendidos (no primeiro e segundo semestres de 2014 e no primeiro semestre de 2015).

I.3. Equipas hospitalares e domiciliárias

a) Descrição das características de cada equipa em funcionamento em 30 junho de 2015, concretamente:

- Tipo (equipa de gestão de altas, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, equipa de cuidados continuados integrados ou equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos);

- ii. Denominação do prestador no qual a equipa se encontra integrada;
- iii. Natureza da equipa (pública, privada ou social);
- iv. Identificação do concelho e do código postal de quatro dígitos (CP4) da localização da equipa;
- v. Capacidade contratualizada (quando aplicável);
- vi. Número de médicos contratados e ETC de 40 horas semanais;
- vii. Número de enfermeiros contratados e ETC de 40 horas semanais;
- viii. Número de fisioterapeutas contratados e ETC de 40 horas semanais;
- ix. Número de assistentes sociais contratados e ETC de 40 horas semanais;
- x. Número de psicólogos contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xi. Número de nutricionistas contratados e ETC de 40 horas semanais;
- xii. Número de terapeutas ocupacionais e ETC de 40 horas semanais;
- xiii. Número de utentes efetivamente atendidos (no primeiro e segundo semestres de 2014 e no primeiro semestre de 2015).

II. Procura na RNCCI

a) Lista de utentes referenciados para as equipas e unidades da RNCCI entre 1 de janeiro de 2014 e 30 de junho de 2015, identificados por qualquer numeração que possibilite a singularização dos utentes na lista, para a deteção de repetições, com referência a:

- i. Sexo;
- ii. Idade;
- iii. Estado civil;
- iv. Escolaridade (número de anos de estudos completos);
- v. Profissão (não qualificado, qualificado, intermédio ou superior);
- vi. Concelho e código postal de quatro dígitos (CP4) da respetiva residência;
- vii. Situação social de coabitação (em família de acolhimento, sem abrigo, em instituição, com família natural, só ou outra);

- viii. Situação social quanto a apoio recebido de familiares (sim/não);
- ix. Situação social quanto a apoio recebido de não familiares, ou seja, centro de dia, vizinhos, técnicos de serviço social ou outros (sim/não);
- x. Número de dias desde a indicação para referenciação (proposta à Equipa Coordenadora Local) e a admissão em unidade/equipa;
- xi. Diagnóstico principal;
- xii. Motivo da referenciação;
- xiii. Entidade referenciadora;
- xiv. Data da admissão ou do atendimento;
- xv. Denominação da equipa ou unidade para a qual foi referenciado;
- xvi. Tipo da equipa ou unidade para a qual foi referenciado;
- xvii. Concelho e código postal de quatro dígitos (CP4) da equipa/unidade;
- xviii. Valor dos encargos suportados pelo utente (caso seja aplicável).

b) Solicita-se, ainda, no caso específico dos internamentos, as seguintes informações:

- i. Data da alta;
- ii. Motivo da alta (óbito, atingimento dos objetivos terapêuticos, decisão pessoal, ingresso no hospital);
- iii. Destino após alta (domicílio sem necessidade de cuidados, domicílio com necessidade de cuidados de saúde, domicílio com necessidade de apoio social, instituição, hospital, outra unidade da Rede, etc.);
- iv. Percentagem de incapacidade/dependência na admissão;
- v. Percentagem de incapacidade/dependência na alta;
- vi. Duração do internamento;
- vii. Informação sobre se o utente teve registo de avaliação social realizado nas primeiras 72 horas (sim/não);
- viii. Informação sobre se o utente foi admitido com Instrumento de Avaliação Integrado preenchido (sim/não);
- ix. Informação sobre se foi empreendida uma avaliação de risco de quedas (sim/não);

- x. Informação sobre a realização do registo de índice de massa corporal na última avaliação (sim/não);
- xi. Número de quedas durante o internamento;
- xii. Número de episódios infecciosos novos durante o internamento;
- xiii. Número de úlceras de pressão no momento da admissão;
- xiv. Número de úlceras de pressão durante o internamento;
- xv. Autonomia física na admissão (incapaz, dependente, autónomo ou independente);
- xvi. Autonomia física na alta (incapaz, dependente, autónomo ou independente).

Nota 2: A tabela seguinte *infra* apresenta-se como um exemplo de estrutura das informações solicitadas nas alíneas a) e b) *supra*, devendo notar-se a possibilidade de se identificar a repetição do utente na lista:

N.º do utente	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	[...]	CP4 residência	[...]	Tipo de equipa/unidade	[...]	CP4 da equipa/unidade	[...]
111111	M	50	Solteiro	0	[...]	4410	[...]	ULDM	[...]	3000	[...]
222111	F	40	Víuvo	1 a 6 anos	[...]	4410	[...]	UCP	[...]	3000	[...]
222333	F	70	Víuvo	7 a 12 anos	[...]	3000	[...]	ECCI	[...]	4410	[...]
111111	M	50	Solteiro	0	[...]	4410	[...]	UC	[...]	3000	[...]
111555	M	20	União de Facto	7 a 12 anos	[...]	4000	[...]	ECSCP	[...]	3030	[...]
111666	M	60	Casado	7 a 12 anos	[...]	4435	[...]	UMDR	[...]	3030	[...]
222555	M	44	Divorciado	13 ou mais anos	[...]	4415	[...]	ECSCP	[...]	4415	[...]
111333	F	66	Divorciado	13 ou mais anos	[...]	3000	[...]	ULDM	[...]	3000	[...]

III. Referenciação

- a) Identificação, para o final do primeiro e do segundo semestre de 2014 e para o final do primeiro semestre de 2015, das seguintes informações:
 - i. Número de utentes que se encontravam a aguardar avaliação nas Equipas Coordenadoras Locais;
 - ii. Número e distribuição de utentes que não cumpriram critérios (não ingressaram) por tipologia da RNCCI (por semestre);
 - iii. Distribuição de utentes por motivo de não ingresso na RNCCI (por semestre);
 - iv. Demora média entre os diferentes níveis de referenciação (por semestre).

IV. Satisfação dos utentes e profissionais

- a) Envio dos relatórios finais de eventuais questionários de avaliação da satisfação de utentes e dos profissionais, que tenham sido promovidos em momento posterior ao Relatório “Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)” de março de 2013.

V. Execução financeira no primeiro semestre de 2015

- a) Execução financeira da RNCCI, com distinção clara entre componente saúde e componente de apoio social, por ARS e por tipo de unidade;
- b) Repartição dos encargos pelas diferentes fontes de financiamento (Ministério da Saúde, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Jogos Sociais e utentes).

Mais se solicita que seja remetida informação quanto a eventual planeamento existente das necessidades para implementação da RNCCI, com referência individualizada às metas e aos rácios de cobertura que se pretendem atingir em cada data, por tipologia de cuidados e por região, bem como o envio dos documentos de suporte no qual se encontram definidos estes objetivos.

Muito se agradece o envio das referidas informações no prazo de até **15 dias úteis**, atenta a necessidade de uma análise diligente e célere por parte da ERS, diretamente para os correios eletrónicos dos técnicos superiores de regulação Doutor Pierre Polzin, ppolzin@ers.pt, e Dra. Ana Maria Reis, areis@ers.pt, os quais poderão ser contactados pelo telefone 222 092 350 para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Jorge Simões)



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt