

Ao abrigo dos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, são objetivos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei” e “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” (alíneas b) e c) do artigo 10.º dos estatutos).

Nesse âmbito, a ERS tem vindo a acompanhar a evolução da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo publicado três estudos em 2011, 2013 e 2016 onde se analisava, em várias vertentes, o nível de acesso pelas populações aos cuidados prestados naquela rede.¹

Entretanto, no contexto da sua atividade de supervisão, a ERS tem tido conhecimento de dificuldades de acesso à RNCCI e de eventuais ineficiências na gestão da rede de convencionados, em algumas regiões do país. Assim, afigurou-se pertinente realizar uma nova análise do nível de acesso aos cuidados continuados, permitindo conhecer a evolução face aos resultados identificados no último daqueles estudos publicados, o qual incidia sobre a realidade da rede no final de 2015.

Note-se que o foco desta análise é o acesso a cuidados continuados integrados, não obstante aquele estudo ter também considerado os cuidados paliativos, porque nessa altura era recente a separação das duas redes e os dados ainda não refletiam essa separação (concretizada com o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho). Nos últimos anos tem ocorrido uma densificação da legislação sobre a Rede Nacional de Cuidados Paliativos², com a separação efetiva entre esta e a RNCCI.

Segundo a informação mais recente, disponibilizada publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS),³ encontravam-se a aguardar vaga na RNCCI⁴, a 31 de dezembro de 2018, 1.641 utentes, mais 9% do que no ano anterior e

¹ Estudos disponíveis em <https://www.ers.pt/pages/41>.

² Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/cuidados-paliativos/>.

³ Em <https://transparencia.sns.gov.pt>.

⁴ A RNCCI é constituída por vários tipos de respostas, sendo as mais representativas em termos de volume de oferta as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), as Unidades de Média Duração e

mais 24% do que no final de 2016. Como consta da figura 1, é nas ULDM que se concentra um maior número de utentes em espera. A região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo destaca-se por ter 44% de todos os utentes em espera.

Figura 1 – Utentes a aguardar vaga na RNCCI, por região e tipologia



No que concerne à capacidade da rede, verifica-se que entre 2015 e 2018 o número de camas contratadas nas unidades de internamento (UC, UMDR e ULDM) aumentou, mas o número de lugares domiciliários nas ECCI decresceu (ver tabela 1).

Tabela 1 – Número de respostas contratadas na RNCCI

Tipologia	2015	2016	2017	2018	Δ 15/18
UC	764	811	811	991	30%
UMDR	2.306	2.578	2.548	2.674	16%
ULDM	4.411	4.723	4.703	4.794	9%
ECCI	6.585	6.264	5.852	5.673	-14%
Total	14.066	14.376	13.914	14.132	0,5%

Fonte: Dados dos anos de 2015 e 2016 publicados pela ACSS no Relatório “Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2016”; dados de 2017 remetidos à ERS pela ACSS em junho de 2018; dados de 2018 disponíveis publicamente em <https://transparencia.sns.gov.pt>

Na tabela 2 apresenta-se a evolução da mediana do tempo de referenciação até identificação de vaga entre 2016 e o 1.º semestre de 2018. Conforme se pode constatar, este tempo foi superior nas ULDM, atingindo os 58 dias na região de Lisboa e Vale do Tejo em 2018, embora com uma tendência de decréscimo face ao ano de 2016 na maioria das regiões. Por outro lado, embora as UC sejam a tipologia em que os utentes esperam menos tempo – mediana de entre 12 dias nas regiões do Algarve e Centro, a 35 dias na região do Alentejo –, certo é que, face a 2016, os utentes esperam em 2018 mais tempo em quatro das cinco regiões de saúde. Evolução semelhante foi identificada nas UMDR, com um aumento da mediana do tempo de

Reabilitação (UMDR) e as Unidades de Convalescença (UC) – em conjunto, estas respostas representam 97% da oferta da rede.

referenciação em três regiões de saúde, variando no final do 1.º semestre de 2018 entre 26 dias, na região Algarve, e 51 dias, na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 2 – Mediana do tempo de referenciação até identificação de vaga

Região	UC				ULDM				UMDR			
	2016	2017	2018	Δ16/18	2016	2017	2018	Δ16/18	2016	2017	2018	Δ16/18
Norte	15,0	14,0	14,3	-5%	41,1	36,1	27,3	-34%	25,1	28,1	38,2	52%
Centro	11,0	12,8	11,8	7%	30,2	30,2	43,6	44%	23,0	26,0	28,0	22%
LVT	15,8	20,9	28,2	78%	70,0	72,0	58,0	-17%	33,3	44,9	51,1	53%
Alentejo	13,4	18,1	34,9	160%	67,1	46,1	41,3	-38%	48,0	33,3	43,6	-9%
Algarve	3,2	9,1	12,1	278%	68,1	45,7	42,9	-37%	28,2	16,2	25,5	-10%

Legenda: estão sombreados a verde os indicadores que revelam uma evolução positiva e a vermelho uma evolução negativa entre anos.

Fonte: Dados publicados pela ACSS nos relatórios “Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2017” e “Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1.º Semestre 2018”.

A distribuição por região de saúde de médicos, enfermeiros e assistentes sociais afetos às tipologias de internamento da RNCCI (UC, UMDR e ULDM), em 2015 e 2017, encontra-se descrita na tabela 3. Em 2015, Norte e Lisboa e Vale do Tejo apresentaram um rácio menor do que a média nacional para os três tipos de profissionais considerados, e cenário idêntico foi observado no ano de 2017.

Comparando os dois períodos, a tendência nacional, e na maioria das regiões, foi de acréscimo dos recursos humanos por 100.000 habitantes. Porém, no Alentejo os rácios de médicos, enfermeiros e assistentes sociais diminuíram face a 2015.

Tabela 3 – Recursos humanos (ETC) por 100.000 habitantes residentes em cada região de saúde

Ano	2015			2017		
	Médicos	Enfermeiros	Assistentes sociais	Médicos	Enfermeiros	Assistentes sociais
Norte	1,50	17,72	1,50	1,95	21,20	2,03
Centro	3,11	34,41	3,57	3,12	38,44	3,96
LVT	1,15	12,47	1,25	1,31	15,11	1,84
Alentejo	3,17	44,17	4,38	2,70	39,17	3,73
Algarve	3,09	31,69	2,80	2,98	32,82	3,11
Total	1,81	20,72	1,98	2,01	23,47	2,44

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, e ACSS, 2018.

Adicionalmente, foi realizada uma análise do acesso, tendo por base métodos e critérios idênticos aos do estudo de 2016, levando em consideração a capacidade da rede – medida pelo número de camas – em internamento, a população residente e sua proximidade a cada uma das tipologias de cuidados continuados, e índices de necessidades de cuidados continuados e de mobilidade das populações.

De acordo com os dados mais recentes, a população residente a mais de 60 minutos de viagem de uma UC (ou seja, não abrangida por essa tipologia de cuidados) corresponde a 4,7% da população de Portugal continental; cerca de 0,2% da população reside a mais de 60 minutos de uma UMDR; e toda a população se encontra abrangida por pelo menos uma ULDM.⁵

Para definição dos níveis de acesso identificados na avaliação – alto, médio e baixo – foram consideradas as metas de camas por habitantes estabelecidas em 2007 e em 2015, utilizadas no estudo publicado em 2016.⁶ O nível de acesso alto excede as metas de necessidades de camas estabelecidas em 2007 e em 2015, o nível de acesso médio excede a meta de 2015, mas é inferior à meta de 2007, e o nível de acesso baixo corresponde às populações com um rácio de camas inferior às metas estabelecidas tanto em 2007 como em 2015 (tabela 4).

Tabela 4 – Metas de camas por mil habitantes

Unidades	Camas por 1.000 habitantes	
	Meta de 2007	Meta de 2015
UC	0,37	0,29
UMDR	0,41	0,33
ULDM	1,03	0,82

Os resultados que continuam a predominar são os de baixo acesso (tabelas 5, 6, e 7), na medida em que o número de camas por mil habitantes na maior parte de Portugal

⁵ A abrangência das populações é estimada a partir da abrangência geográfica de áreas de códigos postais de quatro dígitos, calculada com base nas distâncias de viagem em estrada medidas em *software* de informação geográfica.

⁶ Teve-se 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. Na medida em que os *scores* de acesso 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).

continental é inferior às metas estabelecidas para a satisfação das necessidades das populações. Comparando com os resultados obtidos para o ano de 2015, a UMDR foi a única tipologia a apresentar uma tendência de melhoria em 2017, a nível nacional e na maioria das ARS, sendo certo que já era a tipologia com maior acesso em 2015.

Tabela 5 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas regiões – UC

ARS	Distribuição da população por nível de acesso, em 2015			Distribuição da população por nível de acesso, em 2017		
	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Norte	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Centro	85%	8%	7%	96%	4%	0%
LVT	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Alentejo	65%	16%	19%	80%	11%	9%
Algarve	88%	12%	0%	100%	0%	0%
Total	95%	3%	2%	98,3%	1,2%	0,4%

Fonte: Dados de 2017 remetidos à ERS pela ACSS em junho de 2018

Tabela 6 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas regiões – UMDR

ARS	Distribuição da população por nível de acesso, em 2015			Distribuição da população por nível de acesso, em 2017		
	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Norte	95%	1%	4%	91%	8%	1%
Centro	58%	17%	26%	48%	17%	35%
LVT	95%	3%	2%	96%	2%	3%
Alentejo	61%	11%	28%	57%	24%	19%
Algarve	82%	18%	0%	69%	11%	20%
Total	86%	6%	8%	83%	8%	9%

Fonte: Dados de 2017 remetidos à ERS pela ACSS em junho de 2018

Tabela 7 – Cobertura populacional dos níveis de acesso nas regiões – ULDM

ARS	Distribuição da população por nível de acesso, em 2015			Distribuição da população por nível de acesso, em 2017		
	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Norte	99%	1%	1%	98%	1%	1%
Centro	78%	6%	17%	76%	13%	11%
LVT	99%	0%	1%	99,8%	0,2%	0%
Alentejo	68%	20%	12%	72%	19%	8%
Algarve	67%	27%	6%	80%	10%	10%
Total	92%	3%	4%	93%	4%	3%

Fonte: Dados de 2017 remetidos à ERS pela ACSS em junho de 2018

Em suma, das análises realizadas conclui-se que apesar de a capacidade da rede em número de camas nas UMDR e ULDM, e as dotações relativas de recursos humanos terem aumentado em quase todo o território, existem mais utentes a aguardar vaga na RNCCI, concentrando-se um maior número de utentes em espera nas ULDM e na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Por outro lado, os tempos de espera para entrada em UC e UMDR aumentaram face ao ano de 2016, enquanto a mediana do tempo de espera até atribuição de vaga em ULDM apresentou uma tendência de melhoria na maioria das regiões de saúde.

Por último, conclui-se que o nível de acesso geográfico à rede piorou entre 2015 e 2017, apenas com a exceção das UMDR.

A ERS irá continuar a acompanhar o funcionamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados, ao abrigo das atribuições estabelecidas nos seus estatutos, para garantia dos direitos dos utentes, designadamente no âmbito do acesso aos cuidados de saúde.

Contactos

Entidade Reguladora da Saúde

 +351 222 092 350

 +351 222 092 351

 geral@ers.pt

 <http://www.ers.pt>

Livro de Reclamações *online*

 <https://www.ers.pt/pages/50>

Outras informações

Estudo sobre a rede de cuidados continuados e paliativos – 2015:

https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1335

Estudo de avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde – 2012:

https://www.ers.pt/pages/18?news_id=620