



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Caracterização das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Mónica Alexandra Ribeiro Pereira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Administração Pública

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento,
Professora Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional, ISCTE – IUL Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018

Agradecimentos

Na elaboração desta dissertação contei com o apoio inestimável de inúmeras pessoas às quais estou profundamente grata.

À Orientadora desta dissertação, Professora Generosa do Nascimento, pela disponibilidade, pelo incentivo, pelas suas críticas e valiosas sugestões. O meu muito obrigada.

Ao Professor Manuel Lopes, pela colaboração e recetividade demonstradas.

À Dra. Elsa Baião, pela sua inesgotável generosidade, profissionalismo e humanismo.

Ao Amigos e Colegas, pelo companheirismo e apoio na elaboração desta dissertação.

Aos entrevistados, pela amabilidade com que me receberam e partilharam as suas experiências.

A toda a minha Família, pelo apoio incondicional, pelo estímulo permanente e principalmente, por estarem sempre ao meu lado.

“O primeiro passo para a análise do Setor Saúde de um país consiste em identificar as forças e as fraquezas nas três dimensões centrais: estado de saúde da população, políticas de saúde e sistema de saúde.”

Federico Tobar

“Há que estudar, perspetivar, amadurecer, criar sinergias (...) é essa a nossa missão!

Em REDE!”.

Inês Guerreiro

Resumo

A política integrada dos cuidados continuados em Portugal é muito recente contudo, o resultado dos serviços prestados até ao momento demonstra a sua mais-valia e a capacidade dos atores e políticas se reajustarem às necessidades das comunidades.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) assenta num modelo integrado de intervenção, numa filosofia de descentralização, com níveis de coordenação e responsabilização diferenciados, contudo cooperantes e interdependentes.

Após doze anos de existência, a RNCCI assiste a uma mudança de paradigma, que procura investir nas equipas domiciliárias (ECCI) e privilegia a recuperação funcional em contexto familiar, sempre que possível.

A base desta dissertação, por que tem que existir um início, foi o trabalho desenvolvido por algumas das Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Para chegar às conclusões que se apresentam, foi importante contextualizar o crescimento da RNCCI, compreender o caminho percorrido, analisar as estratégias implementadas, caracterizar os atores deste processo e refletir sobre as políticas executadas.

Foi esse o desafio!

Palavras-Chave: Políticas de Saúde; Nova Gestão Pública; Serviço Nacional de Saúde; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Cuidados Continuados Integrados

Abstract

Although there is a new integrated policy of continuing cares in Portugal, the provided services results have already shown both its added value and a strong adjustment capacity of the actors and the policies to the community needs.

The Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) is based on an integrated model of intervention, in a philosophy of decentralization, with different levels of coordination and accountability, yet cooperating and interdependent.

After twelve years of existence, there is a paradigm shift in the RNCCI seeking to invest in home teams (Long-Term Care Teams) and favouring the functional recovery in a family, whenever possible.

The basis of this dissertation, is the work developed by some of the Long-Term Care Teams of the Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. To come to these conclusions, it was important to contextualize its growth, to understand the path taken, to analyze the implemented strategies, to characterize the actors in the process and to reflect on implemented policies.

That was the challenge!

Key-Words: Health Policies; New Public Management; National Health Service; Integrated National Continuing Care Network; Integrated Continuing Care Team; Long-Term Care

Índice

Introdução	1
------------	---

Capítulo I

1. Enquadramento internacional dos sistemas de saúde	4
1.2. Do Estado-providência aos novos modelos de gestão pública: A Nova Gestão Pública	6
1.2.1. As reformas do sistema de saúde português e a Nova Gestão Pública	11
1.3. As políticas de saúde e os cuidados continuados em Portugal	20
1.4. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e de Apoio Social	22
1.4.1. Modelo organizacional	23
1.4.2. Circuito de referenciação do doente	26
1.4.3. O financiamento	28
1.4.4. Tipologias	30
1.4.4.1. A especificidade da resposta em ECCI	33
1.4.5. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Saúde Mental	36
1.4.6. Mapeamento nacional das tipologias da RNCCI	40
1.5. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo	45

Capítulo II

2. Método	49
2.1. Desenho e metodologia de investigação	49
2.2. Universo e amostra	50
2.3. Técnicas de recolha de dados	51
2.4. Técnicas de tratamento de dados	52
2.5. Considerações éticas	53

Capítulo III

3. Apresentação dos resultados obtidos	54
3.1. Recursos humanos	55
3.2. Recursos materiais	57

3.3.Referenciação de doentes	61
3.4.Procedimentos e organização interna	65
3.5. Prestação de cuidados	68
3.6. Discussão dos resultados e apresentação de sugestões	72
Conclusão	78
Referências bibliográficas	80
Anexos	85
CV (Modelo europeu)	130

Índice de Figuras

Figura 1: Equipas da RNNCCI	24
Figura 2: Principais competências das ECR	25
Figura 3: Principais competências das ECL	26
Figura 4: Circuito de referência do doente na RNCCI	27
Figura 5: Tipologias de resposta previstas na RNCCI	28
Figura 6: Tabela de preços da RNCCI	29
Figura 7: Tipologias de resposta da RNCCI: caracterização e durabilidade da prestação de cuidados	32
Figura 8: Tipologias Adultos - critérios de admissão	37
Figura 9: Tipologias Infância e Adolescência - critérios de admissão	38
Figura 10: Circuito de referência RNCCI SM	39
Figura 11: Lista de Contratos -Programa a celebrar com Unidades e Equipas de Saúde Mental no âmbito da RNCCI SM	39
Figura 12: Identificação da área de abrangência da RLVT (ARSLVT)	45

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Evolução nacional do número de camas de internamento na RNCCI (2007-2015)	40
Gráfico 2: % Referência para ECCI - % utentes referenciados na região	43
Gráfico 3: % Referência para ECCI – unidades hospitalares e ACES, por Região	43
Gráfico 4 e 5: População da RNCCI com idade superior a 80 anos e Utentes com idade > 80 anos, distribuição por sexo	44
Gráfico 6: Evolução de camas contratualizadas na RLVT	46
Gráfico 7: Distribuição das camas contratualizadas na RLVT, por tipologia	47
Gráfico 8: Distribuição dos lugares em ECCI na RSLVT	47
Gráfico 9: Tipificação das equipas referenciadoras de doentes para as ECCI	63

Índice de Tabelas

Tabela 1: Número de camas de internamento na RNCCI	40
Tabela 2 e 3: Número de ECCI e respetivo número de lugares existentes	41
Tabela 4: Cobertura Nacional da RNCCI	41
Tabela 5: Número de utentes referenciados por região e por Equipa Referenciadora - variação 2016 2017 semestre	42
Tabela 6: Motivos de referenciação para a RNCCI, no ano de 2017	42
Tabela 7: Número de utentes referenciados por tipologia a nível nacional	43
Tabela 8: Índice demográfico por ACES	46
Tabela 9: Défice de camas na RLVT	47
Tabela 10: Equipas que constituem a amostra do presente estudo	51
Tabela 11: Amostra de equipas entrevistadas /taxa de resposta do presente estudo	54
Tabela 12: A cobertura das ECCIs a nível nacional	54
Tabela 13: Cobertura das ECCIs a nível regional LVT	55
Tabela 14: Identificação dos recursos humanos que compõe as ECCIs entrevistadas	56
Tabela 15: Identificação dos recursos humanos considerados em falta nas ECCIs	56
Tabela 16: Recursos humanos identificados pelas ECL como estando em falta nas ECCIs	57
Tabela 17: Tipo de sala das ECCIs	57
Tabela 18: Existência de sala de atendimento com privacidade	57
Tabela 19: Espaço para os materiais de consumo e apósitos/tipo de acesso	58
Tabela 20: Plataforma informática utilizadas pelas ECCIs	59
Tabela 21: Tecnologias de informação e comunicação nas ECCIs	59
Tabela 22: Meios de deslocação das ECCIs até aos domicílios dos doentes	60
Tabela 23: Meios de deslocação das ECCIs até aos domicílios dos doentes: carro do serviço/próprio	60
Tabela 24: Caracterização generalista dos doentes em ECCI	61
Tabela 25: Caracterização dos utentes em ECCI, por género	62
Tabela 26: Faixa etária dos doentes integrados em ECCI	62
Tabela 27: Equipas referenciadoras de doentes para as ECCI	63
Tabela 28: Motivo da referenciação de doentes para as ECCI	64

Tabela 29: Procedimento em situação acidente, incidente, negligência ou abuso	65
Tabela 30: Horário de funcionamento	66
Tabela 31: Frequência de ações de formação	67
Tabela 32: Medidas de controlo de infeção	67
Tabela 33: Áreas de intervenção das ECCIs	68
Tabela 34: Cumprimento das 48horas para efetivação da admissão	68
Tabela 35: Acompanhamento dos processos: Elaboração de PII e aplicação de escalas de avaliação	69
Tabela 36: Palavras identificativas como sendo as oportunidades, fragilidades, mais-valias, constrangimentos das ECCIs	70
Tabela 37: Tipo de acompanhamento efetuado pelas ECL, às ECCIs	71

Acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVD- Atividades de Vida Diária

AML - Área Metropolitana de Lisboa

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CI – Consentimento Informado

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CN – Coordenação Nacional

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DH - Department of Health

DHSSPS - Department of Health, Social Services and Public Safety

EC CI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa Gestão de Alta

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

JCI - Joint Commission International

LTC – Long-term Care

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

MTSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

NGP - Nova Gestão Pública

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (para as unidades territoriais portuguesas)

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDS – Plataforma de Dados em Saúde

PICC – Plano Individual de Cuidados Continuados

PII – Plano Individual de Intervenção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RSLVT - - Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SA - Sociedades Anónimas

SM – Saúde Mental

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SS – Segurança Social

SCM – Santa casa da Misericórdia

TA – Termo de Aceitação

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TNF – Tabela Nacional da Funcionalidade

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidado na Comunidade

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDAP - Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDm – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Local de Saúde

UP – Úlcera de Pressão

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O envelhecimento demográfico e o aumento da incidência de doenças crônicas, associadas a níveis de dependência e incapacidade (temporária ou permanente) contribuíram para a definição e adoção de novas políticas de saúde e sociais. Em paralelo, as mudanças nas estruturas familiares e as novas percepções sobre a visita domiciliária reforçam essas novas políticas, que se querem mais próximas dos doentes e famílias.

Esta conciliação de fatores exige respostas diferenciadas das tradicionalmente prestadas pelos serviços de saúde e de apoio social, bem como a reflexão sobre os cuidados a disponibilizar aos doentes.

Assiste-se, atualmente, a uma alteração no paradigma da prestação de cuidados de saúde que procura o desenvolvimento e a incrementação de modelos integrados de prestação de cuidados de saúde e apoio social. Estes modelos pretendem responder à crescente e complexa procura de cuidados continuados, bem como promover a eficiência dos serviços, retirando das unidades de agudos (serviços de medicina e enfermarias hospitalares) os doentes que não necessitam destes cuidados mas que, contudo, mantêm uma continuidade de cuidados, prestados por profissionais diferenciados, capacitados para avaliar e responder às necessidades cada vez mais complexas dos doentes e famílias.

Esta alteração de paradigma social tem obrigado a uma reestruturação na prestação de cuidados de saúde, sendo disso exemplo o crescimento dos cuidados continuados integrados.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, “os cuidados continuados são um conjunto de atividades destinadas a pessoas dependentes, com limitações no autocuidado de forma continuada” (WHO, 2002). Esta prestação de cuidados destina-se a pessoas que, independentemente da idade, “não possuam autonomia física, resultante ou agravada por doença crónica, demência, deficiência, doença severa e/ou incurável” (WHO, 2002). Para dar resposta a estas limitações, os cuidados continuados integrados prestam cuidados de reabilitação ou manutenção, para que o doente ganhe ou mantenha alguma autonomia nas suas atividades de vida diária, bem como a sua readaptação no seu contexto social e familiar. Estas atividades, tidas como essenciais para a prossecução da qualidade de vida da pessoa dependente, podem ser desenvolvidas no domicílio do doente (cuidados domiciliários) ou em unidades de internamento de curta, média ou longa duração.

Em Portugal, a compreensão da necessidade de cuidados continuados surgiu na década de 90. Contudo, apenas em 2006 foi implementado um modelo de prestação de cuidados a nível nacional, designado por Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Legalmente prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, no âmbito de competências do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e da Segurança Social, estando definida enquanto estratégia nacional integrada no Serviço Nacional de Saúde, em estreita colaboração entre o setor público, social e privado.

O objetivo passa por otimizar o “tratamento dos doentes após a ocorrência de um evento agudo ou o agravamento de doença crónica, provindo-lhes um maior conforto e qualidade de vida, mesmo para situações não recuperáveis” (Canha, *et al.*, 2013) e independente da idade.

A RNCCI implica a articulação entre as várias entidades do Serviço Nacional de Saúde na medida em que são as unidades hospitalares públicas e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que vão referenciar os doentes.

O seu modelo de gestão de utentes baseia-se numa filosofia de acesso, a cuidados de saúde, de forma equitativa e na possibilidade de mobilidade entre as diferentes tipologias de cuidados. Assim, assegura-se a continuidade dos cuidados, “mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados e potencia-se a prestação dos cuidados comunitários de proximidade” (Tribunal de Contas, 2009).

Doze anos após a sua criação, a RNCCI está a crescer e a reforçar a sua capacidade de resposta, procurando responder a cuidados ainda mais específicos como é o caso dos cuidados pediátricos integrados e a saúde mental. Por sua vez, os cuidados paliativos ganharam alguma autonomia na estrutura da RNCCI, através da operacionalização da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Enquanto estratégia nacional para o desenvolvimento da RNCCI salienta-se a necessidade de alargamento da capacidade de resposta e a articulação de cuidados e serviços de apoio às pessoas em situação de dependência. Neste sentido, procurar-se-á reforçar os cuidados prestados no domicílio, o reconhecimento e apoio aos cuidadores informais, entre outros vetores. Em suma, reforçar o modelo de cuidados integrados. Com base no Relatório de monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017, elaborado pelo Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, “existiam no país 8.072 camas em funcionamento na RNCCI, distribuídas entre respostas de internamento [convalescença, média, longa, paliativos e pediátricos] e 6.203 lugares domiciliários” (ACSS, 2018).

Com base no Relatório de Atividades da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de 2017, esta região de saúde, área geográfica que serviu de campo de estudo à presente dissertação, no fim de 2017, apresentava “uma capacidade de resposta de 2167 camas de internamento e 2072 lugares em Equipas de Cuidados Continuados Integrados” (domicílio) (ARSLVT, 2018). Apesar deste elevado número de camas/lugares, as necessidades de expansão da capacidade de resposta são enormes. Com base no descrito pela ACSS, “a RSLVT tem a menor cobertura populacional em relação a lugares de internamento” (ACSS, 2018:17).

É com base neste enquadramento nacional e regional que a presente dissertação foi elaborada. Face ao contexto atual e à estratégia de desenvolvimento preconizada para a RNCCI, procurou-se fazer o ponto de situação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) que atuam no domicílio dos doentes. Assim, como pergunta de partida questiona-se “Como se caracterizam as Equipas de Cuidados Continuados Integrados que atuam no domicílio dos doentes, da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo?”

Para responder à questão de partida, definiram-se quatro objetivos, os quais serão o objeto de estudo desta dissertação:

- a) Apresentar uma evolução histórica dos Cuidados Continuados em Portugal;
- b) Caracterizar as ECCI da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com base nos critérios definidos na amostragem;
- c) Apresentar uma análise do atual paradigma de cuidados continuados integrados no domicílio e identificar boas práticas deste modelo de intervenção.
- d) Formular recomendações para potenciar o trabalho desenvolvido pelas ECCI da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo selecionadas.

O presente trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo será efetuada uma revisão bibliográfica aos principais referenciais teóricos das políticas de saúde, do sistema de saúde português e dos modelos de prestação de cuidados continuados integrados no nosso país. No segundo capítulo apresentar-se-á o desenho e a metodologia de investigação: o modelo, os objetivos, a amostra, as técnicas de recolha e tratamento de dados, as considerações éticas e no terceiro capítulo serão apresentados os resultados obtidos.

Capítulo I

1. Enquadramento internacional dos sistemas de saúde

Num passado pouco longínquo, o conceito de saúde era definido como “ausência de doença” e a doença era vista como um “estado de ausência de saúde, de desconforto físico ou de falta de bem-estar” (Bolander, 1998).

Nos dias de hoje, a definição de saúde está consensualizada e a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceptualiza-a como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a de ausência de doença” (WHO, 2001). Trata-se de uma definição numa perspetiva positiva, “onde se enfatiza a presença de atributos ao invés da ausência por defeito” (Pais-Ribeiro, 2009).

Com a subscrição da Declaração de Alma-Ata (1978), o conceito de saúde vê-se reforçado enquanto um direito fundamental. Assim, a prevenção e promoção da saúde são também considerados bens essenciais para o bem-estar dos cidadãos e para o desenvolvimento social e económico sustentável das comunidades.

Não será surpresa afirmar-se que a maioria dos países classifica a saúde como uma das suas prioridades, apenas ultrapassada pelas inquietações de índole económico, tais como desemprego e os baixos salários. Daqui resulta que a área da saúde seja uma constante da agenda política, onde se procura que as políticas públicas de saúde respondam às necessidades das comunidades, tendo em atenção o modelo socioeconómico e cultural vigente no país. Algumas decisões governamentais cingem-se à área da saúde, sendo disso exemplo a vacinação. Contudo a área da saúde está intimamente ligada a outros setores como a educação e a segurança, na medida em que estes também são determinantes no índice de saúde dos cidadãos. “A experiência internacional demonstra que a qualidade das decisões políticas tende a melhorar quanto mais for apoiada por um amplo leque de ciências. Das ciências da saúde às ciências sociais” (Carapinheiro e Correia, 2015).

Para a OMS, o sistema de saúde são “todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção de saúde” (WHO, 2001), sendo que este sistema é influenciado pela especificidade dos seus contextos ambientais e caracteriza-se de acordo com as suas realidades culturais, sociais e políticas, pelo que, não há nenhum pacote de políticas que seja eficaz em todos os contextos. Tendo por base Tendo por base o descrito no Relatório Mundial da Saúde de 2010, para se atingir uma cobertura universal em saúde, os países necessitam de organizar o seu sistema de saúde de forma a que os cidadãos possam usufruir de vários

níveis de serviços de saúde (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) “sem incorrer em sacrifícios financeiros” (WHO, 2010).

É também importante esclarecer que nenhum país tem um sistema de saúde puro. O que se observa é a existência de uma predominância de determinada forma de organização e financiamento de saúde que caracterizam um sistema. “O que define e distingue cada sistema saúde são as suas fontes de financiamento, a sua regulação e a *praxis* da prestação de cuidados de saúde” (WHO, 2010). Os atuais sistemas de saúde desenvolveram-se a partir de três grandes modelos - o bismarckiano, o beveriano e o de livre escolha e competição (mercado).

O sistema bismarckiano foi desenvolvido na Alemanha do final do século XIX, pelo Chanceler Bismarck. Trata-se de um sistema que assenta fundamentalmente na criação de um seguro social público (*Public Health Insurance*), “de acesso universal mas financiado a partir da contribuição dos trabalhadores” (Odier, 2010). Este sistema assegura os serviços considerados básicos de saúde (cuidados em ambulatório e hospitalares) e ao doente é garantida a livre escolha do profissional de saúde (*Statutory Health Insurance*). Paralelamente o cidadão é “convidado” a subscrever um seguro privado de saúde - de subscrição obrigatória - (*Private Health Insurance - PHI*) para que sejam cobertas as despesas remanescentes da prestação de cuidados” (Hassenteufel, 2007). Em suma, no sistema bismarckiano o financiamento da saúde é genericamente assegurado pelo Estado através do e complementado por um seguro privado. Estes seguros estatais estão legalmente previstos na legislação alemã, através do Código Social (*Social Code Book - SGB*). O modelo bismarckiano foi adotado e adaptado por outros países, nomeadamente Áustria, França e Holanda (Nascimento, 2015).

Por sua vez, o sistema beveriano leva-nos até à Grã-Bretanha, durante a II Grande Guerra Mundial, onde o serviço de saúde é totalmente financiado pelo Orçamento do Estado, de acesso universal, gratuito e que assegura a prestação de todos os cuidados de saúde. Foi apresentado pela “primeira vez em 1942 e assenta num sistema público de saúde, financiado pelos impostos e o direito à saúde é independente da condição laboral” (Nascimento, 2015). Esta configuração de sistema de saúde foi implementada no Reino Unido, Dinamarca, Noruega e Itália.

Por último, e fruto da pressão social sentida e da necessidade de responder aos crescentes problemas de eficiência, “recorreu-se a novas combinações das características dos modelos bismarckiano e beveriano, adotando para o tradicional sistema de saúde mecanismos típicos do sistema de mercado” (Harfouche, 2008: 61). O sistema de mercado, de inspiração liberal, assenta numa base de contratualização entre os *stakeholders* privados (seguradoras privadas, instituições e profissionais de saúde) e os cidadãos. Não existe o princípio de cobertura universal da saúde nem o princípio

do financiamento público. A proteção na saúde é “considerada uma responsabilidade individual ou da respetiva entidade patronal” (Odier, 2010). Os EUA foi o país que mais abraçou este tipo de organização em Saúde. Apresenta um sistema misto de seguros sociais e privados, em que se justapõem sistemas concorrentes que exprimem as escolhas sociais do Estado (Escoval, 2003).

1.2. Do Estado-providência aos novos modelos de gestão pública: A Nova Gestão Pública

Numa perspetiva histórica, o Estado-providência surge no final da I Grande Guerra Mundial como forma de superação das desigualdades sociais provocadas pelo Estado Liberal, tendo como pilar o conceito de igualdade e justiça social.

A sua primeira evolução data do final do século XIX, quando se evidencia a ligação entre o conceito de liberalismo (liberdade, segurança e igualdade) e o princípio de que todas as relações laborais devem regular-se por um contrato social. O Estado deveria regular toda a atividade laboral “com base na liberdade contratual, da existência da propriedade dos meios de produção, segurança no exercício da atividade e sob o princípio da igualdade” (Caeiro, 2008: 211).

Foi na Prússia, atual Alemanha, que o Estado-providência teve a sua origem, pela mão do Chanceler Otto Bismark, através da criação dos primeiros programas de proteção social, implementados entre 1883 e 1889, os quais contemplavam os seguros obrigatórios de doença, os seguros de acidentes de trabalho, bem como os seguros obrigatórios de velhice e invalidez (Mozzicafredo, 1994 e Caeiro, 2008).

No final do século XIX, outros países da Europa procuraram criar políticas sociais idênticas, nomeadamente a Inglaterra que, em 1897, publica a primeira legislação sobre acidentes de trabalho (*Workmen's Compensation Act*). Já nos Estados Unidos da América apenas em 1908 é publicado o *Workmen's Compensation Law*. Estas leis apesar de bastante restritas quanto aos seus beneficiários, introduziram as primeiras preocupações sociais e lançaram as bases para a expansão do conceito de Estado-providência. Nas primeiras duas décadas do século XX, com a subida ao poder dos partidos social-democratas nos países nórdicos e de liberais e trabalhistas em Inglaterra, ficou favorecido o desenvolvimento das políticas de proteção social nesses países. Já nos Estados Unidos da América, o *Social Security Act*, de Roosevelt, em 1935, “cria um sistema de segurança social para fazer face aos problemas sociais decorrentes da crise económica de 1929” (Caeiro, 2008).

No final da II Grande Guerra Mundial surge em Inglaterra a proposta de uma política social do Estado com o objetivo de prestar apoio às famílias através de abonos, da criação de uma política de pleno emprego e da implementação do Serviço Nacional de Saúde inglês, de acesso gratuito e financiado através do Orçamento do Estado. Podemos então afirmar que a noção de *welfare state* aparece efetivamente nas décadas de 40 e 50 do século XX, numa reação contra as políticas dos regimes fascistas antes da II Grande Guerra Mundial e “pela necessidade de reconstrução das economias europeias no pós-guerra” (Caeiro, 2008: 212).

A adoção do Plano Beveridge é geralmente apontada como a origem política do Estado-providência, enquanto sistema político de garantias sociais generalizadas, e não apenas “como um conjunto de políticas sociais desagregadas” (Esping-Andersen, 2000). Beveridge, visando ultrapassar políticas pontuais de erradicação da pobreza e esquemas parcelares de seguros sociais, propõe um modelo de proteção social assente numa nova conceção de risco social e do papel do Estado. Este estaria assente em três domínios essenciais: Um sistema de segurança social, eixo central do seu modelo, com o objetivo de garantir uma segurança de rendimentos; um sistema de saúde (Serviço Nacional de Saúde), e por último, uma organização nacional do emprego.

Segundo a conceção de Beveridge trata-se de um sistema de políticas sociais universais (abrange toda a população independentemente do seu estatuto e/ou rendimento), unificado (baseado numa cotização social única), uniforme (desenvolve a sua intervenção na base de serviços e prestações sociais uniformes para todos os beneficiários) e centralizado (sustentado por uma administração única e central). Assim, em termos conceptuais, a implantação e generalização do *Welfare State* apoiou-se num modelo de sistemas públicos nacionais de serviços sociais inspirados nas propostas do Relatório Beveridge de 1942.

Numa perspetiva economicista sobre o Estado-providência, uma das definições consensuais é a de Nicholas Barr, que definiu o *Welfare State* como um sistema de duas dimensões interdependentes, “com a função de proteção das pessoas, face à adversidade, e uma dimensão moral de igualdade e justiça social” (Barr, 1993).

Assim, o Estado-providência caracteriza-se por um conjunto de atuações políticas propensas à garantia de bem-estar dos cidadãos de uma nação, através da conjugação de condições de acesso a de serviços mínimos que garantam a sua sobrevivência, sistematizados em quatro áreas: “saúde, educação, pensões sociais e subsídio de desemprego” (Caeiro, 2008).

Parece ficar claro que a principal função do Estado providência, na sua designação original *Welfare State*, será, acima de tudo, a de “garantir a provisão de recursos que promovam o bem-estar na sociedade” (Carolo, 2006).

Esta garantia não será numa perspetiva assistencialista, motivada pela caridade, mas sim, “como um direito consagrado politicamente, por ser um dever da sociedade para com os seus membros” (Wilensky, 1975).

Para o cumprimento destas funções, o *Welfare State* recorre a dois tipos de mecanismos. Por um lado, funciona como uma redistribuição horizontal, ajudando os indivíduos a redistribuírem o seu rendimento pelo ciclo de vida e a diminuírem, assim, o risco de volatilidade desse mesmo rendimento. Por outro, “como um “*Robin-Hood*” promovendo a redistribuição vertical, através de dispositivos que operam uma transferência de recursos do topo para a base da pirâmide social” (Carolo, 2006).

O autor tenta, ainda, apresentar uma distinção entre as áreas ou programas que têm um papel central na promoção de finalidades de igualdade absoluta e aqueles cujo enfoque está na promoção da igualdade de oportunidades. Para aquele autor, um sistema nacional de saúde constitui a base do Estado-providência, na garantia do bem-estar, uma vez que esta é uma contribuição inequívoca para a vida humana e, “até pelo seu cariz universal, tem um forte impacto ao nível da equidade no acesso aos cuidados de saúde” (Wilensky, 1975). Contudo, o investimento na educação, sobretudo quando se estende até ao nível superior, é entendido como uma “contribuição para a igualdade de oportunidades” (Carolo, 2006).

A expansão do Estado-providência, após o final da II Guerra Mundial, resultou das concepções de Bismarck e de Beveridge, da aplicação da teoria *keynesiana* e da pressão exercida pelas forças sindicais e políticas num contexto de democracia eleitoral. É a adoção da doutrina *keynesiana* segundo a qual cabe diretamente ao Estado, através da despesa pública ou “indiretamente através da política fiscal e de crédito, intervir para incentivar o consumo e o investimento de forma a combater o desemprego e as disfuncionalidades do mercado” (Caeiro, 2008). Uma das áreas indicadas pela teoria *keynesiana* como objeto dessa intervenção estatal é precisamente a das “políticas sociais de gastos públicos, destinadas tanto a compensar as disfuncionalidades do mercado, como a atuar na redistribuição do rendimento nacional, através de transferências monetárias, dos benefícios sociais, de assistência social e das políticas de qualificação e reconversão profissional” (Mozzicafredo, 1994:19).

Em suma, o Estado-providência decorre do processo de construção do próprio Estado, designadamente como Estado de bem-estar social, do seu papel na relação entre o político e económico, consubstanciada pelas políticas sociais, por via da promoção da redistribuição operada, quer pelos mecanismos de substituição do rendimento, quer pela universalização do acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, contribuindo assim para a promoção da equidade social.

As características do Estado-providência em Portugal são o resultado da influência de fatores que atuaram em três etapas que marcaram a sua evolução. Em primeiro lugar, a criação da previdência social, em 1935, e as várias reformas e ajustamentos que tiveram lugar ao longo do período do Estado-Novo, que originaram a cobertura de riscos sociais clássicos numa lógica de seguro social e de solidariedade intra-profissional, de base corporativa de garantia de direitos sociais associados ao mundo do trabalho.

Uma segunda etapa ocorreu após a Revolução de 25 de abril de 1974, em que a restauração do regime democrático se traduziu na consolidação dos direitos de cidadania, consagrando direitos civis e políticos, alargando e aprofundando os direitos sociais, originando o carácter universal de alguns deles, de onde resultou um aumento das despesas sociais públicas, obrigando a um reforço da solidariedade fiscal. Só depois de 1975 é que se pode falar em Estado-providência em Portugal, enquanto definição sistemática em que o Estado assume responsabilidade pelos direitos universais de cidadania, incluindo direitos económicos, que até então eram apenas um conjunto de políticas sociais, mas não um Estado-providência sistemático. Esta etapa deixou, no entanto, algumas clareiras na plena realização dos direitos sociais, que têm vindo a ser colmatados na terceira etapa do seu desenvolvimento, iniciada em Janeiro de 1986, com a adesão de Portugal à CEE/EU.

Esta terceira etapa traduziu-se numa “europeização do Estado-providência português” (Pereirinha e Nunes, 2006), consistindo numa alteração do contexto (de nacional para supranacional) em que a política social passou a ser feita do conteúdo da intervenção política internacional (em termos do significado científico e político dessa intervenção) e da orientação dessa política (em termos das grandes opções e objetivos de política, dos instrumentos e formas de intervenção e de coordenação dessas políticas).

A década de 80 testemunhou uma vaga de novas reformas públicas de gestão na administração pública. “As reformas implementadas eram uma contestação ao modelo de gestão pública associado ao Welfare State, que vigoravam até então” (Hood, 1991:4). Este modelo era acusado de ineficiência e lentidão para reagir às necessidades dos cidadãos e às transformações que estavam a surgir, prejudicando assim o crescimento económico. Era tido como um projeto que fomentava a criação de agentes e processos burocráticos que desenvolviam a sua função “apenas com o objetivo do aumento do seu bem-estar e do seu poder” (Damgaard, 1997).

Foram vários os motivos que ditaram o fim da era do modelo burocrático, destacando-se os fatores de índole económico-financeiros, o pensamento ideológico/políticos e as pressões internacionais. As crises petrolíferas e financeiras

registadas no final do século passado tiveram impacto negativo no modelo de gestão tradicional. A necessidade de intervenção do Estado e “algumas políticas Keynesianas, a nível económico e social, começaram a cair em desuso” (Arndt, 1998). Ganhou sustentabilidade a ideia de que a “regulamentação, as imposições fiscais, a criação de instituições e estruturas estatais constituía um obstáculo tanto ao crescimento como ao desenvolvimento económico” (Korpi, 2000: 49). “O declínio do fordismo passou a ser uma realidade e este período alterou a forma de gerir e produzir” (Hood, 1991) É igualmente neste período que ganha protagonismo uma nova ideologia promovida por pensadores neo-liberais donde se destaca Milton Friedman (1956).

A linha de pensamento redireciona-se para o “princípio da competitividade e para a liberalização de mercado, em oposição à dilatação de funções do Estado” (Arndt, 1998). A nível político, o emergir da ideologia do *New Right* veio criticar as opções e políticas seguidas pelo *Welfare State*, que considerava que o modelo burocrático prejudicava o equilíbrio natural da economia (Arndt, 1998).

A nível transnacional, a criação de um espaço único europeu, com a consequente abolição das barreiras comerciais e a posterior liberalização do mercado, evidenciava as dificuldades de cada país. “Estas mudanças facilitaram a atracção de capital de risco e aumentaram a competitividade das respetivas economias, levando os governos a promover a atualização das práticas administrativas” (Araújo, 2002). Foram estas tensões de cariz económico- financeiro, político e ideológico, bem como o esgotamento das soluções protagonizadas pela administração pública tradicional, que criaram as condições adequadas para o surgimento de um novo modelo de gestão: a Nova Gestão Pública. Este modelo de gestão baseia-se na procura da diminuição do peso do Estado na sociedade através da “introdução de mecanismos de mercado e na adoção de ferramentas de gestão privada, na promoção de competição entre fornecedores de bens e serviços públicos, na expectativa da melhoria do serviço prestado ao cidadão, visando também um aumento da eficácia, eficiência e flexibilização da gestão” (Jackson, 1994:121).

A Nova Gestão Pública (NGP) convida os atores a serem parte ativa de um Estado que se pretende menos intervencionista mas que mantém o seu papel regulador nas funções importantes da vida social e económica do país.

Mais do que introduzir um conjunto de técnicas de gestão, a NGP permitiu a implementação de novos valores e de uma cultura administrativa virada para a ideia de competição, o primado da orientação do serviço para o consumidor e a apologia do espírito empreendedor, a avaliação do desempenho profissional e funcional da instituição com a finalidade de obter resultados e eficiência da economia.

Assim, podemos identificar duas dimensões dominantes da NGP: as estruturas organizativas e os indicadores de *performance*.

Este modelo de gestão procura, segundo Edwards Warrington, organizar e operacionalizar a Administração Pública e os seus profissionais de forma a: “i) melhorar o seu desempenho; ii) Aumentar a sua eficiência; iii) Evitar a corrupção; iv) Orientar a Administração Pública para as necessidades dos cidadãos; v) Abrir a Administração Pública à sociedade; vi) Torna-la mais transparente e idónea; vii) Definir e identificar competências e responsabilidades; viii) Evitar o desperdício”; (Warrington, 1997).

Em termos de estrutura organizacional, a NGP procura reformar o funcionamento da Administração Pública, promovendo uma autonomização e separação de tarefas, enquanto o Estado, assume uma posição maioritariamente financiadora e decisora das políticas públicas. A organização administrativa passa a ser encarada como um conjunto de unidades produtivas. O conceito de organizações com um vasto campo de ação e com multi-objectivos desaparece, dando lugar a “agências com uma linha de negócio perfeitamente identificável” (Kettl, 2000). É também através desta autonomização que se consegue um aumento na capacidade de controlo sobre o desempenho do gestor e da entidade organizacional. Ao identificar as “atividades básicas de cada profissional, bem como a definição dos seus indicadores de desempenho, os objetivos tornam-se mais explícitos o que facilita a sua correção” em caso de erro (Pollit, 1990).

1.2.1 As reformas do sistema de saúde português e a Nova Gestão Pública

Os cidadãos de nacionalidade portuguesa habituaram-se à ideia de que a proteção na saúde seja uma responsabilidade do Estado, contudo, esta é uma realidade com apenas 38 anos de existência.

Para compreender o que hoje é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o caminho percorrido e os desafios que a NGP lhe coloca, torna-se necessário fazer uma retrospectiva histórica do que foi a saúde, conhecer um pouco da sua história e dos seus atores.

Desde os séculos XIX /XX até ao ano de 1979, data da criação do SNS, o acompanhamento médico era da responsabilidade das famílias, das instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia a assistência aos mais desfavorecidos. Só após 1979, o Estado assumiu a responsabilidade pela salvaguarda do direito à proteção na saúde.

A saúde pública passou a ser uma preocupação no nosso país na primeira metade do século XIX. Como sinal dessa crescente preocupação, no final de 1901, foi criada a Direção Geral de Saúde e Beneficência.

No início do século passado, os serviços de saúde públicos e privados estavam organizados para responderem às necessidades das comunidades a nível da doença biológica/física. Como consequência do domínio do modelo biomédico, verificava-se a primazia da conceção de doença e das suas causas em termos microbiológicos e fisiológicos e a eficácia dos cuidados de saúde ocorria essencialmente com os avanços no campo da medicina e da farmacologia.

Depois da II Grande Guerra Mundial, com o acesso aos conhecimentos científicos, a técnicas e a tecnologias mais sofisticadas, foi possível identificar novos agentes causais de doenças. Com melhores diagnósticos e tratamentos mais eficazes, acentuou-se o lado profilático da medicina passando os seus aspetos curativos e preventivos a estarem íntima e inexoravelmente ligados à prevenção e promoção da saúde.

Apenas com a publicação da Lei nº 2011, de 2 de abril de 1946, é que se organizam efetivamente os serviços prestadores de cuidados de saúde e se cria uma rede hospitalar sob a responsabilidade das Santas Casas das Misericórdias. Nesta época, também a definição de saúde procurava afastar-se do modelo biomédico que estava orientado para a superação de episódios de doença ou de incapacidade. O conceito de saúde fica então formulado como um “estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2010), saindo reforçada a multidimensionalidade e heterogeneidade da saúde.

Em nome da Nação, através da Lei nº 2120, de 19 de julho 1963, são promulgados os alicerces da política de saúde e os princípios orientadores da assistência prestada. Só em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida como a Reforma de Gonçalves Ferreira, surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste documento são identificados os seus princípios orientadores, como por exemplo o direito à saúde de todos os portugueses, sendo responsabilidade do Estado assegurar o seu comprimento através da implementação de uma política unitária. Esta política procurava integrar todas as atividades de saúde e assistência, com vista otimizar os recursos utilizados. “É a partir desta data que se inicia a criação de centros de saúde (de 1ª geração) em quase todos os concelhos, com atividade predominantemente vocacionada para a saúde da mãe e da criança” (Rodrigues e Carvalho, 2002).

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a 15 de setembro de 1979, o acesso aos cuidados de saúde passa, efetivamente, a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição física, económica e social.

Pela Lei n.º 56/79, Lei que criou o SNS, foi implementada uma rede de serviços prestadores de cuidados de saúde, que abrangiam o “diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social a toda a população” (Rodrigues e Carvalho, 2002), ou seja, o princípio da promoção da saúde e de prevenção da doença. O SNS baseava o seu funcionamento no modelo hierárquico da administração pública portuguesa, sendo o Estado o proprietário dos hospitais e centros de saúde, com um orçamento financiado pelo próprio.

Em 1990 é publicada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de agosto), importando referir a Base XII – Sistema de Saúde – Artigo 1º: “O Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas, entidades privadas e por todos os profissionais livres”.(Lei de Bases da Saúde).

Surge aqui uma nova conceção do sistema de saúde, que, para além de integrar o SNS, contempla ainda as entidades privadas de saúde. Assim, o Estado atuava através de das suas estruturas de saúde, celebrava acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde, apoiava e fiscalizava a restante atividade privada na área da saúde. É ainda importante recordar o que a Base XXXVI, da Lei de Bases da Saúde, refere sobre a gestão dos hospitais e centros de saúde. Aqui afirma-se que “a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas” (Lei de Bases da Saúde, 1990), que veio a resultar, nomeadamente, na posterior proposta de criação das unidades integradas de cuidados de saúde.

Outro momento importante da evolução histórica dos cuidados de saúde em Portugal foi a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, que cria o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Um documento que, entretanto, sofreu 16 alterações, a mais recente datada de 2014 (Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro). Este estatuto tem como objetivo criar um quadro legal que garanta a continuidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma maior articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários. Desta forma, os cidadãos e as entidades, independente da sua natureza, passam a ter um papel ativo na criação de condições que lhes permitam o exercício do direito à proteção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Posteriormente, e considerando-se que este modelo não garantiria uma articulação flexível e adequada às necessidades das comunidades, instituiu-se por decreto-lei (Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de maio), um modelo de articulação/integração

de cuidados de saúde, com a designação de Sistemas Locais de Saúde, que enfatizou aspetos como “a articulação de recursos com base na complementaridade, a organização da prestação de cuidados de acordo com uma lógica geográfico-populacional e a participação social em articulação com a rede de referenciação hospitalar” (Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de maio).

Nesse mesmo ano, o Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de junho, introduziu um novo modelo organizacional da prestação de cuidados de saúde que procurava alcançar níveis superiores de eficiência e de eficácia através da “articulação entre os diferentes níveis de cuidados em saúde” (Campos e Simões, 2011). É através desta conjugação de fatores que são criadas as Unidades Locais de Saúde (ULS). Estes autores consideram que o modelo das ULS era um “exemplo de integração vertical de cuidados de saúde” (Campos e Simões, 2011), tendo subjacente uma lógica de maior responsabilidade pelo estado de saúde de uma determinada população, realçando-se o aspeto da indivisibilidade da saúde através de uma gestão conjunta dos cuidados primários e hospitalares (Campos e Simões, 2011), o que foi inovador à data da sua criação.

Neste momento a experiência piloto foi replicada e existem em Portugal oito exemplos deste modelo organizacional (ULS de Matosinhos, ULS Norte Alentejano, ULS Baixo Alentejo, ULS Castelo Branco, ULS Guarda, ULS Nordeste, ULS Alto Minho e ULS Litoral Alentejano).

Relativamente à organização atual do sistema de saúde português, esta é caracterizada pela coexistência de três sistemas: o SNS, os subsistemas públicos e privados e os seguros privados de saúde. No que diz respeito à organização da prestação de cuidados de saúde, esta traduz-se na rede de prestadores públicos e privados, assumindo o Ministério da Saúde o papel da coordenação e do financiamento.

A principal fonte de financiamento do SNS é o Orçamento Geral do Estado, ainda que os pagamentos diretos correspondam a uma parcela com algum significado no que diz “respeito aos seus fluxos financeiros” (Barros, *et al.*, 2011).

Nos dias de hoje, o SNS tem três níveis de prestação de cuidados de saúde: os primários, os hospitalares e cuidados continuados integrados.

O modelo está desenhado para que cada um destes níveis assuma um papel específico na prestação de cuidados de saúde ao longo da vida. Assim sendo, o SNS está organizado para que cada cidadão tenha um médico de família, a quem recorre quando necessita de cuidados de saúde. Consequentemente, o clínico trata a pessoa ou referencia-a para outro nível de cuidados especializados, nomeadamente no hospital. Em casos de emergência é disponibilizado um acesso direto às urgências hospitalares. Depois da alta clínica hospitalar, o doente regressa à comunidade onde

deverá ser acompanhado pelo seu médico de família ou, caso necessite, poderá usufruir de cuidados continuados integrados, adequados às suas necessidades de reabilitação ou manutenção funcional. Segundo Barros, em 2011 a realidade percebida era bem mais complexa (Barros, 2011a). Apesar de, teoricamente, o primeiro contacto do doente com o sistema público de saúde seja o seu médico de família (centro de saúde), o que acontecia efetivamente era que os doentes acediam diretamente aos serviços de urgência hospitalares, uma prática que se considerou estar relacionada com a dificuldade na obtenção de consultas nos centros de saúde. Outro problema levantado pelo autor era o facto de nem todos os residentes em Portugal disporem de médico de família e, apesar de os movimentos de reforma nos cuidados de saúde primários e das experiências com novos modelos organizacionais nos cuidados hospitalares, não existia ainda a articulação necessária entre estes dois níveis de prestadores de cuidados de saúde.

Apesar desta constatação, e de acordo com Adalberto Campos Fernandes, o sistema de saúde português evoluiu bastante nos últimos 30 anos no que se refere à universalidade, garantindo um razoável nível de cobertura no território nacional. No setor público assistiu-se a “uma requalificação da rede de cuidados de saúde [alargando-se, inclusivamente], a cobertura em áreas como a saúde oral e dando início à implementação de respostas na área dos cuidados continuados integrados, onde a parceria com o setor social teve um papel central” (Fernandes, 2011). No entanto, considerava-se existirem muitas incertezas quanto ao futuro, nomeadamente no que respeita às garantias de acesso conquistadas até à data. Existiam, segundo Fernandes, “dúvidas sobre a sustentabilidade económica e financeira” (Fernandes, 2011) do SNS face às adversidades, resultantes das dificuldades económicas do país, para além de questões associadas ao envelhecimento da população, a redução do índice de fecundidade, a inovação tecnológica e a difícil gestão das expectativas dos cidadãos. Fernandes considera ainda que ser fundamental planear, coordenar e integrar cuidados, ponderando rigorosamente os investimentos em recursos materiais e nas opções de gestão dos recursos humanos o que, a não ser feito, poderá conduzir a duplicações dispensáveis e, conseqüentemente, ao incremento dos custos desnecessários.

Adalberto Campos Fernandes recorda ainda alguns aspetos que não devem ser esquecidos nos processos de gestão da mudança necessária, “corrigindo no presente para garantir no futuro” (Fernandes, 2011: 90). Um dos aspetos estava relacionado com a necessidade de se definir com rigor os termos da relação entre os setores público, social e privado, defendendo que o serviço público não poderia deixar de assumir a responsabilidade de gerar diversidade, competição e um padrão de resposta adequado, com o objetivo de utilizar melhor os recursos e elevando o padrão da qualidade na

prestação (Fernandes, 2011). Outra questão a merecer atenção foi a da regulação no setor da saúde. Fernandes defende, por um lado, que devem ser exigidos iguais critérios de controlo e qualidade, bem como o mesmo nível de exigência nos padrões de acesso, quer ao setor público quer ao setor privado. Por outro lado, devem ser reforçados os mecanismos de contratualização, acentuando-se assim o papel do Estado enquanto financiador e comprador de cuidados de saúde, constituindo esta uma oportunidade importante para introduzir medidas de desempenho.

Nestes últimos 38 anos, assinalaram-se melhorias notórias na saúde dos portugueses, tendo o nosso país alcançado um patamar de desenvolvimento e progresso do seu sistema de saúde que apresenta hoje resultados equiparáveis com os dos principais parceiros internacionais, “graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde (aumento da cobertura e generalização da acessibilidade) e ao acréscimo de recursos (humanos, financeiros e técnicos) alocados ao sistema de saúde” (Fernandes, 2011).

Tal como já foi referido, nestas quase quatro décadas ocorreram, entre outros momentos muito relevantes como a passagem generalizada dos hospitais das Misericórdias para a alçada do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases da Saúde, a transformação estatutária do regime jurídico dos hospitais públicos para sociedades anónimas (SA) e posteriormente para entidade pública empresarial (EPE). Apesar destas alterações estruturais e operacionais, a incapacidade do poder político em introduzir reformas necessárias à correção das disfunções do modelo burocrático na saúde, faz com que o SNS apresente graves problemas organizacionais e de funcionamento. A preocupação com a contenção dos gastos de saúde e com a eficiência do sistema têm sido questões centrais dos políticos nos últimos anos, mas cujas medidas para inverter esta situação não têm surtido o efeito pretendido.

Sendo o Orçamento Geral do Estado limitado e continuando a despesa total com saúde a aumentar, facto associado ao aumento da esperança média de vida, a exigência de melhores cuidados, a interiorização de hábitos e estilos de vida saudáveis dos cidadãos, são fatores que constituem uma grande pressão sobre o SNS. Face a este diagnóstico, a área saúde é assim um campo fértil para a implementação de medidas de reestruturação organizacional, que facilitam a aceitação das políticas da Nova Gestão Pública (NGP) e legitimação das suas propostas enquanto “instrumentos meramente técnicos, racionais e neutros, colocados ao serviço da eficiência e da eficácia e, logo, do bem-estar social” (Araújo, 2005). As reformas que a NGP introduziu no setor da saúde estão diretamente ligadas a quatro princípios fundamentais: a equidade, a eficiência, o aumento da responsabilidade perante o consumidor e a qualidade dos sistemas de saúde públicos nacionais (OCDE, 1994). A atual proposta de

reforma para o SNS assenta numa abordagem substancialmente diferente, na qual o Estado altera o seu papel de prestador de cuidados para um papel de gestor de mercado. Abdicando da sua hegemónica função de prestador de cuidados, passa a ser um financiador do SNS, contratualizando, regulando e controlando os serviços de saúde.

Tal como já referido, o SNS português é composto por três níveis de cuidados: os cuidados de saúde primários (Centros de Saúde), cuidados diferenciados (Unidades hospitalares) e os cuidados continuados integrados (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados). Em cada uma destas estruturas o modelo de gestão implementado pela NGP deixou as suas marcas e provocou mudanças na organização e na forma de gestão dos recursos.

Nos cuidados de saúde primários, a reforma iniciou-se com a implementação das Unidades de Saúde Familiar (Despacho Normativo 9/2006, de 16 de fevereiro) que preveem serviços de saúde de proximidade, com número de utentes e profissional mais reduzido e uma personalização efetiva dos cuidados prestados por profissionais de referência para cada área de intervenção. Os antigos centros de saúde são transformados em mega serviços de cuidados de saúde primários (Agrupamento de Centros de Saúde - ACES) e as unidades funcionais são reconvertidas em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

No que diz respeito aos cuidados hospitalares, a reforma do SNS orienta-se para dois novos modelos de intervenção: introdução da gestão privadas nas Unidades Hospitalares e a “criação de um quase-mercado através de contratos” (Araújo, 2005), tornando-se difícil delinear as fronteiras entre o setor público e o sector privado. Procura-se o aumento no financiamento da saúde e a expansão dos serviços de saúde prestados, ao nível da quantidade e da qualidade, e a utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) para uma maior interatividade entre utente/profissional de saúde/sistema de saúde. Com a entrada em vigor da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, que aprova o novo regime de gestão hospitalar é definido um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde. Dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE) e constroem-se novos hospitais no âmbito de Parcerias Público – Privadas (PPP), com uma aposta crescente de grandes grupos económicos na área da saúde.

As unidades hospitalares, pela sua dimensão e pela abrangência de cuidados que prestam, ocupam um lugar central nos diferentes sistemas de saúde e, simultaneamente, constituem-se também enquanto organizações que empregam o

maior número de profissionais. Incita-se a aplicação de conceitos da gestão privada que incluem a conceitos como a descentralização, a definição de metas e objetivos, a avaliação de desempenho e a responsabilização dos atos. Estas medidas tentam incentivar a criação de uma cultura de gestão em organizações tradicionalmente caracterizadas pelo profissionalismo, com o fim último de tornar estas entidades prestadoras de cuidados de saúde mais eficientes e eficazes.

No que diz respeito aos cuidados continuados, até 2006 a perspectiva de prestação destes cuidados baseava-se na visitação domiciliária dos doentes para análise e intervenção dos profissionais. Com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, conceptualiza-se mais um nível de prestação de cuidados, que procura articular a área hospitalar, com os cuidados de saúde primários e o setor social. Procura-se desenvolver respostas integradas, agregadas e personalizadas, que garantam a continuidade de cuidados ao doente dependente.

A reforma parte do princípio que o aumento da concorrência entre serviços criará competitividade, que irá promover uma melhor gestão de recursos e proporcionar uma melhor prestação de serviços aos seus utilizadores. “As forças da concorrência são o agente de mudança que irão conduzir à eficiência do sistema” (Araújo, 2005). Este conjunto de medidas implica a redução do controlo direto do Estado sobre as unidades hospitalares e sujeita-os aos incentivos de mercado.

Ao nível da prestação de cuidados de saúde diferenciados, este novo modelo tem quatro intervenientes, os hospitais do setor público administrativo, os hospitais de natureza empresarial, os hospitais SA e os hospitais de natureza privada. Desta forma garante-se o cumprimento do princípio da separação entre financiador e prestador de serviços.

Neste novo modelo de SNS, promove-se a eficiência do sistema, a livre escolha do prestador, a responsabilização e qualidade do serviço prestado.

O financiamento deixa de ter a sua origem apenas no Orçamento do Estado e na cobrança de taxas moderadoras e passa a ter por base uma negociação/contratualização de serviços (carteira de serviços). Esta contratualização é efetuada com base numa tabela de preços e o orçamento é efetuado com base nos resultados previstos para o hospital (realização de consulta e cirurgias, etc.), ou seja, o cumprimento da carteira de serviços. Por sua vez, as cinco Administrações Regionais de Saúde veem assim o seu papel reforçado na medida em que serão elas quem irá mediar o processo de contratualização.

Simultaneamente é criada a Entidade Reguladora da Saúde que irá regular o mercado e admoestar os infratores. Com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 309/2003

de 10 de dezembro, a Entidade Reguladora da Saúde passa a ter um enquadramento legal em que lhe são conferidas “competências para supervisionar a atividade e o funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes” (Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro).

Para que o modelo esteja mais próximo da filosofia de mercado, a reforma prevê que o acesso e circulação dos cidadãos seja livre em todo o território. Também este princípio já se encontra legalmente previsto, através do Despacho 5911-B/2016, de 3 de maio.

Procura-se que, com a liberdade de escolha do cidadão em relação ao prestador de cuidados, exista do lado dos prestadores, uma maior preocupação com a carteira de serviços disponibilizada e com o nível de qualidade demonstrado.

Nos dias de hoje, o nível de literacia em saúde aumentou o que permite aos cidadãos uma maior capacidade reivindicativa dos seus direitos enquanto beneficiários/utilizadores do SNS.

Ao mesmo tempo que se dá esta alteração no paradigma de prestação de cuidados, são introduzidos novos métodos e técnicas de gestão privada.

“A empresarialização dos hospitais e a criação de hospitais SA representa a tentativa de introduzir uma estrutura de gestão na qual se enfatiza o controlo dos custos, produtividade, flexibilidade, autonomia de gestão e a responsabilização pelos resultados. Está previsto o alargamento do modelo de gestão de tipo empresarial aos hospitais que vão permanecer no Setor Público Administrativo” (Araújo, 2005).

No que diz respeito aos profissionais que exercem as suas funções na área da saúde, outros desafios os esperam. Com a implementação de um novo modelo de gestão, coloca-se uma questão deontológica deveras difícil de compatibilizar. Se por um lado a eficácia da prestação de cuidados de saúde é uma prioridade, a preocupação com a racionalização dos custos desses mesmos cuidados é uma questão a considerar, de forma a manter a sustentabilidade do próprio modelo. São dois atores no mesmo palco com preocupações organizacionais e profissionais, onde se considera que o equilíbrio entre estas duas perspetivas será a solução para o compromisso com o utente e com os objetivos do sistema.

Será importante realçar que a implementação de novos modelos de gestão, per si, não resolve os atuais problemas do sistema de saúde português. É necessário desenvolver novas rotinas e criar sinergias entre gestores e profissionais. Esta deverá ser uma prática nos cuidados de saúde sejam eles de natureza pública ou privada.

1.3. As políticas de saúde e os cuidados continuados em Portugal

Em quase todos os países ocidentais, verifica-se um progressivo e constante aumento da esperança média de vida. “Esta é uma das principais razões do aumento da prevalência de situações de cronicidade e incapacidade” (ACSS, 2013). A este facto, associam-se alterações nas estruturas familiares, bem como a perceção de que a visitação domiciliária tradicional dos profissionais de saúde já não responde às necessidades dos doentes, nem à complexidade dos cuidados que lhes são prestados.

Esta conjugação de fatores exige respostas diferenciadas das tradicionalmente dadas pelos serviços de saúde e apoio social. Neste contexto, os países procuram encontrar soluções que, com base nos seus sistemas de saúde, respondam a este novo paradigma social. Assim, procura substituir-se o modelo biomédico tradicional, cujo foco é a mudança biológica da saúde vs doença, para um modelo de acompanhamento e cuidado biopsicossocial, que inclui, adicionalmente, “o cuidado com as funções físicas relativas à vida diária, cognitivas e emocionais, bem como uma vertente de apoio social” (ACSS, 2013).

Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados continuados “são um conjunto de atividades destinadas a pessoas dependentes, com limitações no auto-cuidado de forma continuada” (WHO, 2002). A prestação de cuidados deve ser disponibilizada a qualquer indivíduo que dela necessite, no tempo certo, no lugar mais adequado e pelo profissional melhor preparado para o efeito. Neste sentido, esta prestação tem obrigatoriamente que estar articulada entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, a área social, o doente e a família. Deste modo é imperativo assegurar que todos estes atores estão em sintonia na prossecução do objetivo comum: prestação de cuidados de reabilitação ou manutenção, para que o doente ganhe autonomia nas suas atividades de vida diária, podendo assim readaptar-se e reintegrar-se socialmente. Para a OMS, a prestação de cuidados continuados pode ser efetuada através de dois tipos de intervenção: “os cuidados formais e os cuidados informais” (WHO, 2002). Entende-se por cuidados formais os cuidados prestados por entidades locais, nacionais ou internacionais, onde os prestadores são profissionais com formação específica e preparação prévia para a atividade que desempenham, sendo que esta atividade varia consoante o contexto laboral (ERPI, Centro de Dia, Equipas de Apoio Domiciliário, ECCI, entre outros). Por regra, estes cuidados são pagos podendo existir algum cofinanciamento público. Por sua vez, os cuidados informais são os cuidados prestados pelos membros da família nuclear ou alargada, vizinhos ou amigos. Maioritariamente, estes cuidadores assumem estes papéis quando confrontados com casos de doença, em que é necessário apoiar a pessoa em situação de dependência.

Em Portugal, como no resto do mundo, deparamo-nos com alterações sociais e económicas, “resultantes do envelhecimento demográfico, das modificações no padrão epidemiológico, bem como das alterações do tecido social das comunidades” (OCDE, 2013). Estas transformações elencam novas necessidades em saúde como por exemplo o acompanhamento em situações de incapacidade e dependência, “a aprendizagem na forma de lidar com processos de doença incurável e a gravidade de situações de carência económica face aos gastos em saúde” (Macià, *et al.*, 2010).

Para estes casos torna-se premente a criação de respostas adequadas à sua satisfação. Estes processos, pela sua complexidade e durabilidade, alteram substancialmente as dinâmicas familiares, as relações interpessoais e os papéis sociais que cada pessoa desempenha, sendo necessário criar condições para que as famílias se adaptem ao novo contexto familiar, bem como os serviços tenham um modelo de intervenção adequado à crescente necessidade de prestação de cuidados personalizados, com qualidade e de proximidade. Assim nasceram os cuidados continuados.

Tal como já referido, até 2006, os serviços públicos de saúde portugueses estavam organizados em dois níveis de prestação de cuidados: os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados. Até então, a única resposta do SNS para as situações de dependência era o internamento em unidades hospitalares, sujeitando o doente a possíveis infeções e a um ambiente hostil ou a visita domiciliária, efetuada pelos profissionais dos cuidados de saúde primários. Reconhecendo a necessidade de criar uma resposta adequada às necessidades destes doentes e que simultaneamente promovesse a sua reabilitação e autonomia, foi emanada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril que cria a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, no âmbito de competências do Ministério da Saúde. Esta Comissão tem como objetivo: “i) Identificar as necessidades em saúde não satisfeitas; ii) Efetuar um levantamento da oferta instalada, pública, privada e do setor social; iii) Recolher e organizar contributos de diversos parceiros sociais e institucionais relevantes para a conceção, criação, desenvolvimento e acompanhamento dos serviços comunitários de proximidade; iv) Propor um modelo de intervenção; v) Propor um plano de ação; vi) Criar progressivamente serviços comunitários de proximidade em todo o País, através de parcerias promovidas pelos centros de saúde com IPSS e autarquias e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde” (Decreto-Lei n.º 213/2005 de 9 de Dezembro). Nesta linha de pensamento, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge como uma resposta à necessidade de disponibilização de cuidados de saúde personalizados, de reabilitação e reinserção, a par da elaboração de políticas de envelhecimento ativo.

1.4. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e de Apoio Social

Legalmente prevista pelo Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho, no âmbito de competências do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, a RNCCI “constitui-se como um nível intermédio de cuidados, com o objetivo de promover a autonomia da pessoa em situação de dependência, garantindo uma continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social a todos os cidadãos” Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho) independentemente da idade. Contudo, 12 anos após a sua implementação, é notório que a maioria, “cerca de 85%, dos seus utilizadores são idosos e que a resposta a uma população mais jovem é considerada pontual” (ACSS, 2016).

O modelo conceptual da RNCCI está centralizado na pessoa e nas suas necessidades, operacionalizando-se através da elaboração de um Plano Individual de Intervenção (PII), elaborado multidisciplinarmente e que permite o delineamento dos objetivos da intervenção com a pessoa em situação de dependência.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, a RNCCI é coordenada a nível nacional, regional e local de forma hierarquizada através de um modelo que prevê a articulação e integração de diferentes tipos de unidades de internamento e equipas que prestam prestar cuidados integrados aos níveis social e de saúde, formando uma estrutura descentralizada.

O artigo 3º do Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho define os cuidados continuados integrados como sendo o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei n.º101/2006). Assim, este novo paradigma de funcionamento (re)centraliza nos doentes e famílias, os recursos, as ações concertadas entre os diferentes profissionais, tendo isto como consequência uma alteração da conceção da prestação de cuidados.

A RNCCI presta de cuidados tendo por base três tipos de resposta: unidades de internamento, unidades de ambulatório e equipas domiciliárias.

Nos últimos dois anos, a RNCCI viu as suas áreas de intervenção serem alargadas à área da saúde mental e aos cuidados pediátricos. Deu-se também a autonomização administrativa dos cuidados paliativos, através da criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

1.4.1. Modelo organizacional

O modelo organizacional da RNCCI assenta numa filosofia de descentralização, com níveis de coordenação e responsabilização diferenciados, contudo cooperantes e interdependentes

São objetivos da RNCCI “a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos” (artigo 4º, do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Procurando identificar os valores pelos quais a RNCCI guia a sua atividade, podemos identificá-los como “a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; f) avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; h) Participação das pessoas em situação de dependência e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede; i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;” (artigo 6º, do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

A RNCCI apresenta três diferentes níveis decisórios sendo possível identificá-los a nível nacional, regional e local. Esta estratégia organizacional permite uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis de coordenação, garantindo assim a flexibilidade e sequencialidade na gestão das unidades e equipas que a compõem.



Figura 1 – Equipas da RNCCI

Fonte: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, UMCCI, (2009) adaptado

A nível nacional, o Coordenador Nacional para a reforma do SNS da área dos Cuidados Continuados Integrados, juntamente com a sua equipa de profissionais nomeados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, têm como funções promover e dinamizar a estratégia nacional, nomeadamente: “a) O aprofundamento da RNCCI, promovendo a coordenação e a articulação entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade, Segurança Social e da Saúde, assegurando a adequada cobertura territorial da população com necessidade de cuidados continuados integrados; b) A Rede de Cuidados Continuados em Saúde Mental dando prioridade às situações e áreas identificadas como prioritárias; c) A implementação da Rede de Cuidados Continuados em Pediatria; d) O reforço do número de vagas na Rede em todas as tipologias, privilegiando o cabal aproveitamento dos recursos disponíveis e a aposta nos cuidados domiciliários, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos; e) As estratégias que visem soluções inovadoras, centradas no diálogo entre os atores locais e de acordo com o princípio da transversalidade da saúde; f) As estratégias que promovam, apoiem e valorizem o contributo de todos para a resolução dos problemas nomeadamente os cuidadores informais e familiares; g) A redefinição e simplificação de procedimentos, nomeadamente os associados à referenciação e divulgação de indicadores de resultado; h) A avaliação das tipologias existentes na RNCCI, refletindo na sua adequação em função da experiência adquirida, bem como a sua forma de financiamento; i) O processo de cuidados como integrador dos contributos setoriais e profissionais e a promoção do autocuidado como desígnio; j) A coordenação horizontal com os restantes níveis de cuidados, desenvolvendo esforços conjuntos conducentes à continuidade de cuidados, nomeadamente os associados à

imprescindível interoperabilidade dos sistemas de informação e comunicação.” (CNRCCI, 2016).

A nível regional, a gestão da RNCCI é assegurada por Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), uma por cada região de saúde do país, que são designadas por três anos, renováveis, e que integram representantes das ARS e dos Centros Distritais de Segurança Social. Estas equipas são constituídas “por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação, sendo que a sua dimensão é definida em função das necessidades e dos recursos existentes” (Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho).

De acordo com o artigo 10º do referido Decreto-Lei, e como a figura procura representar, é da competência das ECR:



Figura 2 – Principais competências das ECR

Fonte: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, UMCCI, (2009)

A nível local, as Equipas Coordenadoras Locais (ECL) estão sedeadas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e são também elas constituídas de forma multidisciplinar e misto. Integram “um médico e um enfermeiro do ACES, um assistente social do respetivo Centro Distrital do Instituto da Segurança Social e, sempre que possível, um representante da autarquia local, designado pelo respetivo presidente da Câmara Municipal” (Despacho conjunto n.º 19040/2006, de 19 de setembro).

Estas equipas visam uma “articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade das intervenções, acompanhamento e monitorização do cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da RNCCI, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes” (Despacho conjunto n.º 19040/2006).

Principais competências das ECL



Figura 3 – Principais competências das ECL

Fonte: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, UMCCI, (2009)

Nos hospitais da rede pública, as Equipas de Gestão de Altas (EGAs) são equipas multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares e que, com serviços referenciadores (serviços de internamento), avaliam e encaminham os processos de referência para a RNCCI.

Já nos ACES, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados fazem parte integrante nas Unidades de Cuidados na Comunidade, “que intervêm de forma multidisciplinar com pessoas que se encontrem no domicílio em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário” (n.º 4, do artigo 11º, do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro).

1.4.2. Circuito de referência do doente

O modelo de referência de utentes da RNCCI “baseia-se num método equitativo, no acesso a cuidados de saúde e na possibilidade de mobilidade entre os diferentes tipos de unidades de internamento e equipas” (CNRNCCI, 2016).

De acordo com a dinâmica organizacional da RNCCI, o doente pode ser referenciado por uma de duas vias: se estiver internado num hospital do SNS, será a equipa do serviço de internamento que terá a responsabilidade de efetuar a referência. Caso o doente esteja no domicílio, internado num hospital privado ou noutras instituições a referência é da responsabilidade dos profissionais dos cuidados de saúde primários.

Este processo de referência à RNCCI é sempre efetuado em estreita ligação entre os profissionais que acompanham o doente, o próprio doente e a família e tendo por base uma avaliação multidisciplinar (médica, enfermagem e social), que deverá

explicitar as condições clínicas e sociais do doente. Caso o doente apresente critérios para ser referenciado para a RNCCI, os profissionais iniciam o processo de referência no aplicativo informático existente para o efeito.

Com a implementação do GestCare® CCI, em 2007, plataforma informática de gestão de fluxos de doentes, todo o processo de referência ficou mais transparente, célere, com procedimentos rigorosos e uniformes. Também a informação passou a ser registada e disponibilizada em tempo real para os intervenientes.

Podem e devem ser referenciadas para a RNCCI as pessoas em situação de “limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social” (Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro).

Tendo como referencial o previsto no artigo 8º da Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro, consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas da RNCCI, as pessoas com “episódio de doença em fase aguda ativa, doentes com necessidade exclusiva de apoio social, [doentes cujo] objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico [ou em situações em que] o regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar” Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro.

Após o registo das avaliações dos profissionais implicados, as Equipas de Coordenação Local validam a informação que consta do processo, verificando os critérios de referência e se a tipologia é a mais adequada ao doente, aprovando assim, a proposta de referência. O processo segue para a Equipa Coordenadora Regional (ECR) e assume a condição da fase aguarda vaga. É esta ECR que irá colocar o doente de acordo com a tipologia adequada, unidade pretendida e vagas disponíveis. De forma sistemática, o circuito do doente poderá ser apresentado da seguinte forma:

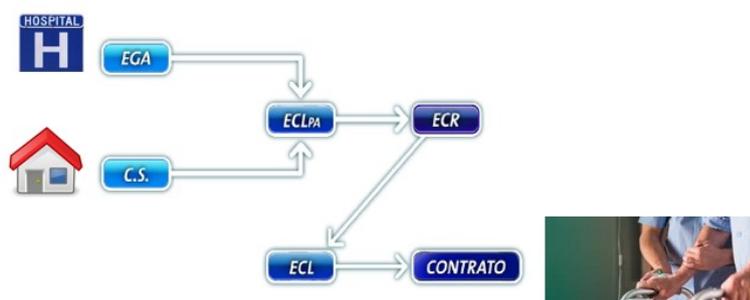


Figura 4 – Circuito de referência do doente na RNCCI
Fonte: Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro (adaptado)

A escolha da tipologia para a qual o doente será referenciado tem por base os critérios previstos na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro e novamente alterada e republicada pela Portaria n.º

50/2017, de 2 de fevereiro que iremos especificar mais à frente, aquando da descrição de cada uma das tipologias da RNCCI.

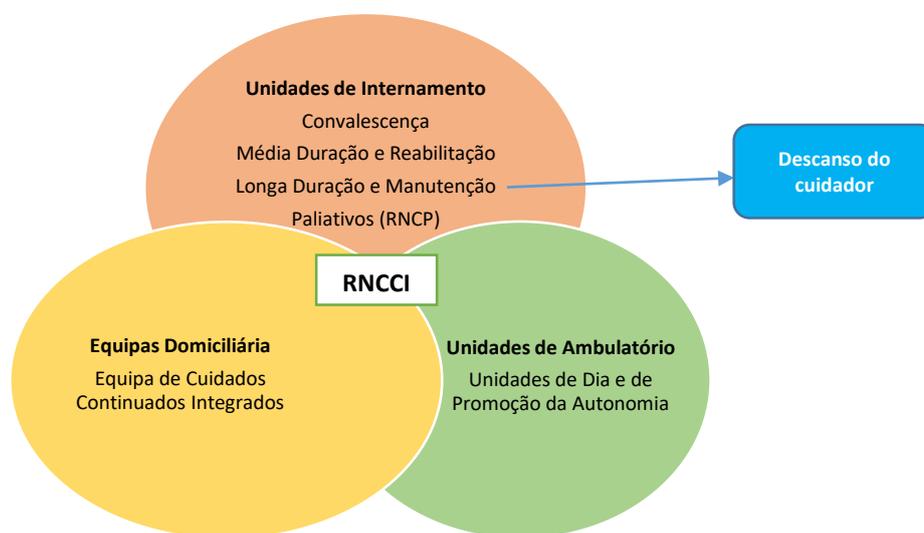


Figura 5 – Tipologias de resposta previstas na RNCCI

Fonte: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, UMCCI, (2009) adaptado

Conforme se observa na figura 5, as unidades de internamento subdividem-se em Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

No domicílio, encontram-se as Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados, sendo que ao nível ambulatório existem Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

1.4.3. O financiamento

A contratualização com as entidades prestadoras de cuidados continuados em regime de internamento, preconiza o pagamento com base numa diária por utente, fixada em portaria conjunta do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e da Segurança Social (MTSSS).

Através da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, foi definido o modelo de financiamento da RNCCI bem como fixados os encargos financeiros de cada Ministério, contudo, em 2017, os valores foram atualizados em 0.6%, estando em vigor a Portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro.

Tabela de preços RNCCI

(anexo II da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, na redação dada pelo anexo III da Portaria n.º 189/2008, e 19 de fevereiro)

Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente dia)	Total (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Unidade de convalescença	91,00	15,09			106,09
Unidade de cuidados paliativos	91,00	15,09			106,09
Unidade de média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
Unidade de longa duração e manutenção	18,72	10,06	30,52	1,25	60,55
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e promoção de autonomia	9,64				9,64

Figura 6 – Tabela de preços da RNCCI

Fonte: Portaria n.º 353/2017 de 16 de novembro - Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde

Tal como é possível verificar na figura 6, o pagamento da diária de internamento, por doente, engloba quatro tipos encargos: encargos com os cuidados de saúde, os encargos com os medicamentos administrados, exames complementares de diagnóstico efetuados, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão, encargos com os cuidados de apoio social e encargos com fraldas (apenas nas ULDM).

O Ministério da Saúde, através dos orçamentos das respetivas ARS, é responsável pelos encargos decorrentes dos internamentos em todas as tipologias de cuidados, sendo que os encargos decorrentes do internamento nas Unidades de Média Duração e Longa Duração são também da responsabilidade do MTSSS e do doente (alínea 4, do artigo 47º, do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho).

No decurso do internamento, os atos prescritoriais de receituário médico não podem ser abrangidos por mais nenhum regime de participação.

Tendo por base a informação descrita no Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017, a execução financeira da componente da saúde na RNCCI “no primeiro semestre de 2017 foi de 73.021.445,43€. O valor do funcionamento da RNCCI foi de 72.953.985,27€, representando 99,9% da despesa total. O investimento totalizou 67.460,16€, referente apenas à região Norte, 35.574,66€ referente a despesas do corrente ano e 31.885,50€ do ano de 2016. As restantes regiões não apresentaram despesas de investimento. Do total do funcionamento, 22,6% foi referente a despesas do ano anterior. Na região Norte as despesas de funcionamento do ano anterior representam 46,4%, no Algarve a 36,5% e no Alentejo a 34,1%. O valor global desde o início da implementação da RNCCI, em 2006, mostra que o montante acumulado até à data é de € 1.276.831.958,63€. O valor da componente Saúde, desde o início da RNCCI representa 80,9% do total” (ACSS, 2017).

1.4.4. Tipologias da RNCCI

A RNCCI providencia a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de acordo com três tipologias de resposta, dividindo-se em unidades de internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Cuidados Paliativos - RNCP), equipas domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) e unidades de ambulatório (Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia), que passamos a descrever:

Unidades de Convalescença (UC)

Segundo o preconizado pela UMCCI (2009), as UCs têm como finalidade a estabilização ou recuperação clínica e funcional dos indivíduos. A referenciação para estas unidades contempla os indivíduos que se encontrem em fase de recuperação de um processo agudo ou intercorrência de um processo crónico, e que apresentem uma elevada previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis” num período de tempo estimado até 30 dias consecutivos” (UMCCI, 2009).

São ainda critérios de referenciação as situações que, “na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, [e que requeiram]: a) Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes; b) Reabilitação funcional intensiva” (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro).

Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

As Unidades de Média Duração e Reabilitação têm como “objetivo responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação integral e independência dos indivíduos, cujo motivo de carência decorra de um processo de doença agudo ou de descompensação de doença crónica” (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro). Este tipo de unidades assume igualmente uma diferenciação na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas (UMCCI, 2009).

São ainda critérios de referenciação, “as situações que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde (médico e enfermagem) diários, reabilitação funcional e apoio social” (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro).

Esta tipologia de cuidados pressupõe, previsivelmente, um período de internamento entre os 30 dias e os 90 dias.

Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

De acordo com a UMCCI e o Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho, as Unidades de Longa Duração e Manutenção “têm como objetivo a prestação de cuidados que previnam ou diminuam o impacto da situação de dependência, otimizando o estado de saúde dos indivíduos e potenciando o conforto e a qualidade de vida” (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Esta tipologia de cuidados é dirigida essencialmente a indivíduos com múltiplas doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e que, de acordo com o seu quadro clínico e social, não reúnem condições para serem cuidados no domicílio.

São também critérios de referenciação para esta tipologia de cuidados, os doentes que necessitem de uma continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional e que, pela sua complexidade ou duração, “requerem cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes e reabilitação funcional de manutenção” (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Os tempos de internamento preconizados para as ULDM é superior a 90 dias de internamento.

Estas Unidades apresentam uma especificidade de grande relevância e que está diretamente ligada com o cuidador informal. Para as Unidades de Longa duração e Manutenção podem ainda ser referenciados doentes que estejam no domicílio com um cuidador informal e que necessitam de internamentos temporários, por dificuldade de apoio familiar e/ou necessidade de descanso do principal cuidador (Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro). O tempo de internamento preconizado para apoio ao cuidador tem um limite anual de 90 dias.

Unidades de Cuidados Paliativos

As Unidades de Cuidados Paliativos têm como objetivo “dar resposta à necessidade de prestar cuidados, tratamento e acompanhamento paliativo aos indivíduos que pela complexidade e sofrimento inerentes à sua situação de doença, se encontram em fim de vida ou em fase avançada de doença incurável [e progressiva] ” (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Tendo em consideração a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), aprovada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro e a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, que regulamenta a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, estas unidades deixaram de estar na jurisdição da RNCCI, apesar de o circuito de colocação de doentes ainda se encontrar na dependência funcional das e da RNCCI.

Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDAP)

Ainda na área da prestação de cuidados no âmbito comunitário, de acordo com a UMCCI, as Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia, visam a “promoção da autonomia a todos os indivíduos que se encontrem em situação de dependência, mas que, considerando a sua situação de doença atual e o seu contexto sociofamiliar, é possível providenciar os cuidados de apoio social, [saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas] em regime de ambulatório (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Apesar da potencialidade desta resposta, as unidades de ambulatório não estão implementadas no nosso país. Acredita-se que a falta de interesse por parte dos promotores prende-se com os financiamentos tabelados para esta tipologia.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Ao nível do domicílio atuam as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que estão sediadas nos ACES, na dependência hierárquica e funcional das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) ou em cada unidade local de saúde, que não tenha ACES constituído (Despacho n.º 3730/2011, de 25 de fevereiro).

Sendo estas equipas o foco de estudo desta dissertação, optou-se por criar um subcapítulo dedicado à sua descrição e identificação de funções e competências.

De forma esquemática e resumida, podemos caracterizar as tipologias da RNCCI da seguinte forma:

Tipologia	Caracterização	Duração
UC	Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos	30 dias
UMDR	Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável	30 a 90 dias
ULDMM	Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida	>90 dias
UDPA	A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio	Sem limite de duração
ECCI	Tem por finalidade os cuidados de saúde e apoio social cuja intensidade e complexidade de cuidados permita a sua prestação no domicílio. Esta Equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada ACES, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais	Sem limite de duração

Figura 7 – Tipologias de resposta da RNCCI: caracterização e durabilidade da prestação de cuidados

Fonte: Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro, adaptado

1.4.4.1. A especificidade da resposta em ECCI

Sendo esta dissertação dedicada ao estudo e caracterização das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) torna-se necessário contextualizá-las legalmente e compreender a sua estrutura organizacional.

Até à criação e implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o acompanhamento efetuado aos doentes no domicílio era prestado pelas equipas de cuidados continuados dos centros de saúde que trabalhavam em articulação com equipas de Apoio Domiciliário Integrado (ADI), tal como previsto no Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho. Com a implementação da RNCCI em Portugal, foi necessário dinamizar e definir os modelos conceptuais das ECCIs, o que impôs uma mudança na conceção da prestação de cuidados de saúde no domicílio.

Esta nova perspetiva descentraliza-se das práticas do profissional e das suas competências, focando-se na satisfação das necessidades do doente, de forma holística. O ónus da intervenção passa a ser o doente, as suas necessidades e a família.

Assim, as ECCI são definidas como uma “equipa multidisciplinar da responsabilidade dos 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 [cuidador informal/formal], cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (artigo 27º, Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Estruturalmente, as ECCI integram as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de cada ACES que, para além dos profissionais dos ACES (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional), articula-se com os parceiros locais e recursos comunitários disponíveis, para promover respostas complementares às necessidades dos utentes admitidos (artigo 27º do Decreto Lei 101/2006).

A dimensão e a capacidade de resposta de cada ECCI dependem das características geodemografias onde está inserida, considerando-se que cada UCC “não deverá ultrapassar o valor máximo de 100.000 utentes, conjugando os critérios de dispersão geográfica, dimensão e características demográficas, sociais e epidemiológicas da população” (UMCSP, 2007). A implementação deste processo é da responsabilidade dos ACES, em articulação com a Equipa de Coordenação Local e Regional.

A Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro define no seu artigo 8º as condições de funcionamento das equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados da RNCCI

do Serviço Nacional de Saúde: “a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais; b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados; c) Prestação de apoio psicoemocional; d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa; e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária; f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia; g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais” (artigo 8º da Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados prestam cuidados de saúde e apoio social 365/6 dias por ano, com um horário de funcionamento que deverá ser das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, com prestação de cuidados pelo menos das 9 às 17h (UMCSP, 2007). Em caso de necessidade, através de contacto telefónico, estas equipas garantem também o acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente e/ou cuidador, num horário alargado, para situações devidamente identificadas.

Nas suas funções inclui-se também o assegurar de cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa no domicílio. Estas equipas prestam cuidados ao nível do doente dependente (nomeadamente cuidados médicos, enfermagem, fisioterapia) e da sua família/cuidador (cuidados de índole psicológico, de suporte social, formativo ou informativo, prestados no domicílio do doente). A ECCL poderá ainda assegurar ações paliativas aos doentes que deles necessitem podendo solicitar apoio diferenciado à Equipa Comunitária de Suporte em cuidados Paliativos (ECSCP) do ACES ou à Equipa Intra-Hospitalar (EIHCP) do hospital de referência. A prestação de cuidados destas equipas domiciliárias é determinante para a manutenção dos doentes no domicílio e para o empoderamento dos cuidadores/famílias na prestação de cuidados. Nesta prestação de cuidados a ECCL centraliza todo o seu saber no cuidar do doente e família, tendo por base a avaliação técnica das reais necessidades do doente e a apreensão do contexto familiar em que o doente está inserido. Fatores como a aceitação da doença, as limitações funcionais, a labilidade emocional, o suporte social e financeiro são fundamentais para a adaptação da prestação de cuidados às necessidades cada vez mais complexas do doente na comunidade, procurando sempre garantir a dignidade humana e a qualidade dos cuidados prestados.

Estas equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em contextos de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se deslocam de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na sua fragilidade, limitação funcional condicionada por fatores ambientais, ao longo do ciclo de vida e que “reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados” (DT n.º 1/2008 da UMCSP) e que requeiram “a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a uma vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde, incluindo fins-de-semana e feriados; c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal” (UMCSP, 2007).

Para uma articulação entre as intervenções dos diferentes técnicos é criado, desenvolvido e adaptado um Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC), que inclui o Plano Individual de Intervenção (PII), no qual são identificados os dados pessoais do doente, os objetivos definidos com o utente, os profissionais responsáveis pelas intervenções e as expectativas da família. Sempre que se considerar pertinente, é designado um profissional de saúde enquanto Gestor de Caso.

O artigo 28º do Decreto-lei 101/2006, refere que as ECCI “asseguram na sua prestação de cuidados: a) [Os] 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; b) Cuidados de fisioterapia; c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) Apoio na satisfação das necessidades básicas; f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária; g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais” (Decreto-lei 101/2006, de 6 de junho).

A referenciação para as ECCIs está sujeita à presença de critérios de admissão e/ou exclusão de doentes, tal como acontece nas outras tipologias da RNCCI. Após a colocação dos doentes na ação das ECCI, a equipa deverá iniciar a sua intervenção nas primeiras 48 horas após a admissão para efetuar uma avaliação das reais necessidades do doente e iniciar a prestação de cuidados. Neste primeiro contacto e ao longo do acolhimento ao doente, a equipa deverá informar sobre a filosofia e princípios da RNCCI, apresentar a sua carteira de serviços e prestar informação sobre o funcionamento e organização da ECCI (horários, contactos, etc.). Para isso poderá disponibilizar panfletos, um guia de acolhimento ou outros materiais em suporte de papel ou digital.

A prestação de cuidados e a avaliação das necessidades identificadas no PII devem ser efetuadas periodicamente e de forma multidisciplinar e para que se acompanhar a evolução do doente. Para a concretização desta avaliação podem ser utilizadas escalas de avaliação que permitem fundamentar a intervenção efetuada e diagnosticar comorbilidades associadas. Todas as intervenções são registadas em GestCare® CCI e no SCLINICO, para que a informação seja partilhada por todos os profissionais que acompanham o doente e família. A nível de GestCare® CCI são obrigatórios os registos no momento da admissão em ECCI (nas primeiras 48 horas) e mensalmente após início da prestação dos cuidados (Carta de Compromisso da ECCI e no n.º 1, artigo 22, da Portaria 50/2017). A existência destas equipas é fundamental para a manutenção do doente no seio da comunidade e para o desenvolvimento das competências dos cuidadores que prestam diariamente os cuidados aos seus familiares.

A integração dos doentes em ECCI é uma mais-valia para o SNS, não apenas pelo facto de o doente efetuar a sua recuperação no domicílio, mas também pela redução de custos ao nível do orçamento da saúde.

Está testado que um doente em ECCI custa 28 euros/dia (<http://www.arsalentejo.min-saude.pt/ARSAIentejo/Noticias/Paginas/Experi%C3%A7%C3%A3o-piloto-da-ECCI-24-de-%C3%89vora-com-excelentes-resultados.aspx?PageID=1032>), um valor substancialmente menor do que o internamento em cama hospitalar - média 880 euros/dia - para os Grupos de Diagnósticos Homogéneos definidos (ERS, 2014: 16) ou numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados - média de 100 euros/dia (Portaria n.º 353/2017 de 16 de novembro).

1.4.5. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Saúde Mental

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, o Conselho Nacional de Saúde Mental vê concretizada a intenção de integrar a área da saúde mental na área dos cuidados continuados integrados.

A criação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCI SM) permitiu que a RNCCI alargasse a sua área de intervenção a pessoas com problemas de saúde mental, criando para o efeito tipologias de respostas adequadas para estes doentes.

Com base no Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da RNCCI, a figura 8 apresenta um esquema com as tipologias da RNCCI direcionadas para a saúde mental, os critérios de referência, bem como os tempos de internamento previstos.

Critérios de admissão	Residência Treino de Autonomia	Residência Autónoma	Residência Apoio Moderado	Residência Apoio Máximo	Unidade Socio Ocupacional	Equipa de Apoio Domiciliário	
Permanência máxima	12 meses						
Grau de incapacidade	Moderado Reduzido	Reduzido	Moderado	Elevado	Moderado Reduzido	Elevado, Moderado, Reduzido	
Supervisão	24h	Periódica	24h	24h	Diurna	Programada	
Outros critérios de admissão	Estabilização clínica da fase aguda da doença	Estabilização clínica da fase aguda da doença	Estabilização clínica da fase aguda da doença	Estabilização clínica da fase aguda da doença	Estabilização clínica ultrapassada fase aguda da doença	Estabilização clínica ultrapassada fase aguda da doença	
	Necessidade de consolidação da estabilização clínica, desde que o seu comportamento não ponha em causa a convivência com os outros residentes	Ausência de suporte familiar ou social adequado	Ausência de suporte familiar ou social adequado	Ausência de suporte familiar ou social adequado		Encontrar -se a viver na comunidade em domicílio próprio ou familiar	
	Funcionalidade básica conservada, que viabilize a interação e vivência em grupo, nas áreas: - orientação - espaço-temporal - cuidados pessoais - mobilidade física - relação interpessoal	Funcionalidade básica conservada, que viabilize a interação e vivência em grupo e a autonomia na comunidade , nas áreas: - orientação espaço-temporal - cuidados pessoais - mobilidade física - relação interpessoal	Funcionalidade instrumental conservada nas áreas: - orientação espaço-temporal - cuidados pessoais - mobilidade física - relação interpessoal - actividades de vida doméstica - mobilidade na comunidade Dificuldades relacionais significativas	Graves limitações funcionais ou cognitivas: - dificuldades relacionais acentuadas - incapacidade para reconhecer situações de perigo - incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e ou de terceiros - reduzida mobilidade na comunidade	Funcionalidade básica conservada nas áreas: - orientação espaço-temporal - cuidados pessoais - mobilidade física - relação interpessoal		
	Necessidade de supervisão nas: - actividades básicas de vida diária - actividades instrumentais de vida diária	Necessidade de supervisão nas: - actividades instrumentais de vida diária	Necessidade de supervisão nas: - actividades básicas de vida diária - actividades instrumentais de vida diária	Necessidade de apoio: - na higiene - na alimentação - nos cuidados pessoais - na gestão do dinheiro - na gestão da medicação	Comportamento que não ponha em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilite o trabalho em grupo		
			Sem incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros		Perturbação da funcionalidade nas áreas: - relacional - ocupacional - profissional		
			Descanso do cuidador até 45 dias/ano				

Figura 8: Tipologias Adultos - critérios de admissão

Fonte: Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da RNCCI (ACSS, 2017a) e Portaria 68/2017 de 16 de fevereiro (adaptado)

No que diz respeito à infância e adolescência, também estão previstas tipologias de resposta para esta área de intervenção:

Critérios de admissão	Residência Treino de Autonomia subtipo A ou subtipo B	Residência Apoio Máximo	Unidade Socio Ocupacional	Equipa de Apoio Domiciliário
Idades	11 a 17 anos	11 a 17 anos	13 a 17 anos	5 a 17 anos
Permanência máxima	12 meses	12 meses	12 meses	
Grau de incapacidade	Moderado	Elevado	Moderado	Elevado, Moderado, Reduzido
Supervisão	24h	24h	Diurna	Programada
Outros critérios de admissão	Perturbação mental grave (subtipo A) OU Perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade (subtipo B) Situções provenientes de internamento para consolidação clínica. Situções de ausência adequada de suporte familiar ou institucional. Situação clínica refratária a outra intervenção.	Perturbação psiquiátrica em que se verifique, cumulativamente: i) Limitação funcional e ou cognitiva grave; ii) Dificuldade relacional acentuada; iii) Incapacidade para reconhecer situações de perigo; iv) Incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e ou de terceiros; v) Reduzida mobilidade na comunidade; vi) Necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais; vii) Situação clínica estável e sem sintomatologia aguda de doença psiquiátrica, ainda que numa situação de risco que requeira medidas alternativas de intervenção, mas sem indicação para tratamento em internamento psiquiátrico na área da infância e adolescência	Perturbação mental e ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade com perturbações nas áreas relacional, ocupacional e ou escolar	Perturbação mental com disfunção psicossocial grave e que, pela sua complexidade actual aliada à falta de recursos específicos, comporta riscos a nível do desenvolvimento e funcionamento globais
	Situação clínica estável sem sintomatologia aguda	Necessidade de recuperação e ou reparação de competências parentais do principal cuidador até ao máximo de 45 dias por ano.	Funcionalidade básica conservada nas áreas: - orientação espaço-temporal, - mobilidade física - cuidados pessoais;	Situação psicopatológica com necessidade de supervisão e intervenção reabilitativa em meio natural de vida.
	Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem: a) Situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas; b) Atraso mental com quociente de inteligência (QI) muito inferior aferido por avaliação com escalas de Wechsler, excepto nos casos em que se considere que o nível cognitivo se encontra temporariamente prejudicado pela perturbação psiquiátrica.	Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem: a) Situações de défice cognitivo severo sem patologia psiquiátrica associada; b) Situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem: a) Comportamentos que ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo; b) Situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas; c) Atraso mental com QI muito inferior aferido por avaliação com escalas de Wechsler, excepto nos casos em que se considere que o nível cognitivo se encontra temporariamente prejudicado pela perturbação psiquiátrica.	Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
	Necessidade de intervenção em contexto estruturado			Necessidade de recuperação e ou reparação de competências parentais do principal cuidador até ao máximo de 45 dias por ano.
	Situação refratária a outras modalidades de intervenção pedopsiquiátrica			Cuidadores com incapacidade psicossocial decorrente, designadamente, de perturbação psiquiátrica crónica, que não lhes permita salvaguardar a evolução favorável da situação clínica da criança e ou adolescente
				Dificuldades acrescidas no processo de transição para a comunidade de origem após internamento pedopsiquiátrico

Figura 9: Tipologias Infância e Adolescência - critérios de admissão

Fonte: Guia de referência para as Unidades e Equipas de Saúde Mental da RNCCI (ACSS, 2017a) e Portaria 68/2017 de 16 de fevereiro (adaptado)

Também na especificidade da saúde mental, os doentes são devidamente avaliados pelas equipas referenciadoras (equipas multidisciplinares com competências específicas na área da saúde mental), que, como a figura ilustra, referenciam o doente para a tipologia de cuidados mais adequada tendo em atenção a situação clínica e social do doente e de acordo com o projeto terapêutico definido.



Figura 10: Circuito de referenciação RNCCI SM

Fonte: adaptado do Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da RNCCI

Com a publicação do Despacho n.º 1269/2017 de 6 de fevereiro, as Administrações Regionais de Saúde e o Instituto de Segurança Social foram autorizados a assumir encargos plurianuais com 17 entidades do setor privado e social, com reconhecida experiência de trabalho na área da saúde mental, tendo sido criadas de 366 vagas destinadas ao acompanhamento e integração de pessoas com doença mental.

Entidade	Tipologia	N.º de Lugares/ N.º Vagas	INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.			ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.		
			2016	2017	2018	2016	2017	2018
Santa Casa da Misericórdia do Porto (Hospital Conde Ferreira)	RAIA (Adultos)	24	82 535,04	103 724,40	163 724,40	142 195,30	282 077,00	282 077,00
Santa Casa da Misericórdia do Porto (Hospital Conde Ferreira)	RAIO	15	54 951,60	109 007,25	109 007,25	99 207,00	99 207,00	99 207,00
Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital Magalhães de Lemos (AFLUA)	USO (Adultos)	30	51 710,40	102 600,00	103 420,80	51 710,40	102 600,00	103 420,80
Associação Encontrar-se	USO (Adultos)	25	43 092,00	85 500,00	86 184,00	43 092,00	85 500,00	86 184,00
Instituição S. João de Deus (ISJD) - Casa de Saúde de Barcelos (1)	RA	7	8 668,24	17 195,15	17 195,15	7 856,80	15 585,50	15 585,50
Instituição S. João de Deus (ISJD) - Casa de Saúde de Barcelos (2)	RA	7	8 668,24	17 195,15	17 195,15	7 856,80	15 585,50	15 585,50
Associação Recovery	RTA (Tipo A)	6	33 959,04	67 894,40	67 894,40	31 438,80	144 089,60	144 089,60
Associação Recovery	USO (Infância/Adolescência)	10	24 885,00	49 770,00	49 770,00	24 885,00	49 770,00	49 770,00
Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus (IHSJC) - Casa de Saúde de Braga	EAD (Adultos)	8	16 883,84	33 492,40	33 492,40	35 283,84	69 992,40	69 992,40

Entidade	Tipologia	N.º de Lugares/ N.º Vagas	INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.			ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.		
			2016	2017	2018	2016	2017	2018
Associação de Solidariedade Social de Lafões (ASSOL)	USO (Adultos)	30	51 710,40	102 600,00	103 420,80	75 513,60	149 796,00	149 796,00
Associação Quinta das Pontes - Comunidade Sócio-terapêutica	RAIO	8	29 307,52	58 137,30	58 137,30	26 672,64	52 910,40	52 910,40
Fundação Beatriz Santos	EAD (Adultos)	8	16 883,84	33 492,40	33 492,40	35 283,84	69 992,40	69 992,40
Fundação Beatriz Santos	USO (Adultos)	30	51 710,40	102 600,00	103 420,80	75 513,60	149 796,00	149 796,00

Entidade	Tipologia	N.º de Lugares/ N.º Vagas	INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.			ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.		
			2016	2017	2018	2016	2017	2018
Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS)	RAIA (Adultos)	24	82 535,04	103 724,40	163 724,40	142 195,30	282 077,00	282 077,00
Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS)	RAIO	16	58 615,04	116 274,40	116 274,40	53 945,28	105 820,80	105 820,80
Instituto de São João de Deus (ISJD) - Casa do Telhal	RTA (Adultos)	7	24 472,00	48 545,00	48 545,00	34 338,08	68 116,30	68 116,30
Instituto de São João de Deus (ISJD) - Casa do Telhal	RA	6	7 429,92	14 738,70	14 738,70	6 734,40	13 359,00	13 359,00
Associação de Reabilitação e Integração Ajudada (ARRA)	RTA (Adultos)	12	41 952,00	83 220,00	83 220,00	58 865,28	116 770,80	116 770,80
Associação de Reabilitação e Integração Ajudada (ARRA)	EAD (Adultos)	8	16 883,84	33 492,40	33 492,40	52 925,76	104 989,60	104 989,60
Comunidade Vida e Paz	RA	7	8 668,24	17 195,15	17 195,15	7 856,80	15 585,50	15 585,50
Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus (IHSJC) - Casa de Saúde da Idanha	RTA (Tipo A)	12	67 918,08	134 728,80	134 728,80	142 657,60	283 386,00	283 386,00
Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus (IHSJC) - Casa de Saúde da Idanha	USO (Infância/Adolescência)	20	49 770,00	98 750,00	98 750,00	82 966,60	163 666,00	163 666,00

Entidade	Tipologia	N.º de Lugares	INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.			ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.		
			2016	2017	2018	2016	2017	2018
Instituto de São João de Deus (ISJD) - Hospital S. João de Deus	RAIO	10	58 615,04	116 274,40	116 274,40	63 042,88	105 820,80	105 820,80
Santa Casa da Misericórdia de Mora	USO (Adultos)	10	17 236,80	34 200,00	34 473,60	29 275,20	49 932,00	49 932,00

Entidade	Tipologia	N.º de Lugares	INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.			ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.		
			2016	2017	2018	2016	2017	2018
Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAAL)	RAIA (Adultos)	20	68 778,20	136 437,00	136 437,00	137 816,00	235 090,00	235 090,00

Figura 11: Lista de Contratos -Programa a celebrar com Unidades e Equipas de Saúde Mental no âmbito da RNCCI SM

Fonte: Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro

1.4.6. Mapeamento nacional das tipologias da RNCCI

Consultado o Portal da transparência (<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified&q=cuidados+continuados+integrados&refine.keyword=Admiss%C3%A3o>) e com base nos dados publicados no Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre de 2017, podemos afirmar que desde a sua criação até 2015, a RNCCI teve um crescimento de 329% no que concerne ao número de camas de internamento contratualizadas.

Acresce salvaguardar que os dados apresentados não incluem a informação relativa aos cuidados paliativos, por se tratar de uma resposta da RNCP, nem os dados relativos à da experiência-piloto de Saúde Mental, por ainda não existirem resultados oficiais sobre os resultados a sua implementação.

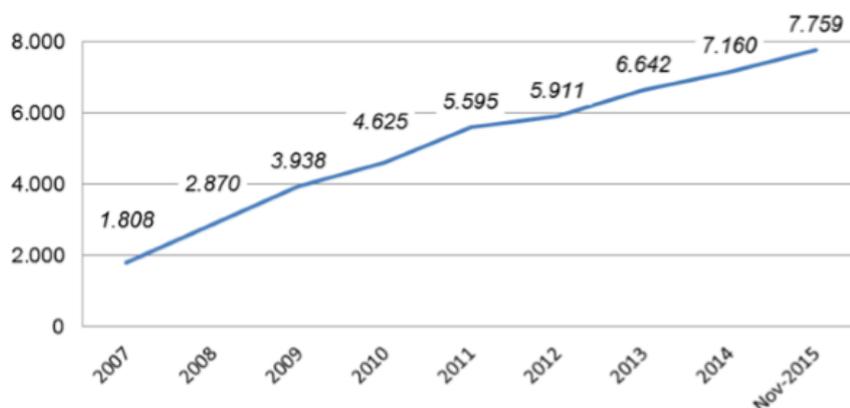


Gráfico 1: Evolução nacional do número de camas de internamento na RNCCI (2007-2015)

Fonte: Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019

Em 2017, no que diz respeito à sua distribuição geográfica, concluímos que a região com mais camas contratualizadas é a Região Norte (2428 camas), de seguida a Região Centro (2.308 camas), a Região de Lisboa e Vale do Tejo (2038 camas), a Região do Alentejo (769 camas) e a Região do Algarve com 519 camas.

TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	157	251	199	135	69	811
Média Duração e Reabilitação	737	745	720	203	143	2.548
Longa Duração e Manutenção	1.534	1.312	1.119	431	307	4.703
TOTAL	2.428	2.308	2.038	769	519	8.062
Pediátricas - UCIP N 1	10					10
	2.438					8.072

Tabela 1: Número de camas de internamento na RNCCI (final de junho de 2017)

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

Como é possível verificar nas tabelas 2 e 3, em junho de 2017, Portugal tinha em funcionamento 282 ECCIs, num total de 6203 lugares que estavam distribuídas da seguinte forma:

Região	2016	2017	variação
Norte	84	87	4%
Centro	66	66	0%
LVT	60	60	0%
Alentejo	37	37	0%
Algarve	32	32	0%
TOTAL	279	282	1%

Região	2016	2017	Varição
Norte	1623	1644	1,3%
Centro	887	826	-6,9%
LVT	2105	2087	-0,9%
Alentejo	564	561	-0,5%
Algarve	1085	1085	0,0%
TOTAL	6264	6203	-1,0%

Tabela 2 e 3: Número de ECCI e respetivo número de lugares existentes no final de junho de 2017
Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

Com base no descrito no Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017, o número de equipas cresceu 1%, em relação a 2016, devendo-se este aumento à criação de novas ECCIs na Região Norte. Contudo o número de lugares sofreu uma diminuição nas regiões Centro, LVT e Alentejo dada a necessidade de adaptação de recursos alocados a estas equipas.

Face aos dados apresentados, conclui-se que o número de lugares domiciliário da RNCCI é inferior ao número de camas de internamento, representando apenas 43% de lugares (internamento e domiciliários) num total de 14.265 lugares na RNCCI.

A partir da tabela 4 é possível verificar que, a nível nacional, a Região de Lisboa e Vale do Tejo e a Região do Norte são as regiões com menor cobertura populacional em relação a lugares de internamento, sendo a região com maior cobertura o Alentejo, sobreponível ao Algarve. Em relação aos lugares domiciliários, é na Região do Algarve que se encontra a maior cobertura de resposta.

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	Nº de Camas	N.º Camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos	Nº Lugares ECCI	N.º Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ de 65anos	Nº Lugares TOTAIS	N.º Lugares TOTAIS por 100.000 hab. ≥ de 65anos
Norte	631.439	2.428	385	1.644	260	4.072	645
Centro	393.338	2.308	587	826	210	3.134	797
LVT	696.815	2.038	292	2.087	300	4.125	592
Alentejo	128.427	769	599	561	437	1.330	1.036
Algarve	87.769	519	591	1.085	1.236	1.604	1.828
TOTAL	1.937.788	8.062	416	6.203	320	14.265	736
		57%		43%			

Tabela 4: Cobertura Nacional da RNCCI
Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

Como é possível validar na tabela 5, no que concerne à origem das referenciações para as tipologias da RNCCI, apercebemo-nos que as unidades hospitalares referenciam mais doentes do que os cuidados de saúde primários.

	CENTROS DE SAÚDE			HOSPITAIS			GLOBAL		
	2016	2017	Variação	2016	2017	Variação	2016	2017	Variação
NORTE	2.007	2.216	10,4%	4.599	4.551	-1,0%	6.606	6.767	2,4%
CENTRO	1.966	2.012	2,3%	2.670	2.910	9,0%	4.636	4.922	6,2%
LVT	1.876	1.664	-11,3%	4.351	4.301	-1,1%	6.227	5.965	-4,2%
ALENTEJO	751	774	3,1%	988	1.055	6,8%	1.739	1.829	5,2%
ALGARVE	637	513	-19,5%	835	819	-1,9%	1.472	1.332	-9,5%
NACIONAL	7.237	7.179	-0,8%	13.443	13.636	1,4%	20.680	20.815	0,7%

Tabela 5: Número de utentes referenciados por região e por Equipa Referenciadora - variação 2016 2017 semestre

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

Procurando sistematizar os principais motivos pelos quais os doentes foram referenciados para a RNCCI, no ano de 2017 registou-se maior incidência de situações de dependência para a realização das atividades de vida diária, a reabilitação e o ensino ao utente/cuidador informal.

	ECCI	UC	ULDM	UMDR	UC1P N 1	UAP	Nacional
MOTIVOS							
Dependência AVD	88%	92%	87%	95%	33%	67%	91%
Ensino utente/Cuidador informal	90%	92%	85%	93%	67%	83%	90%
Reabilitação	46%	91%	26%	84%	67%	83%	63%
Cuidados pós-cirúrgicos	15%	36%	5%	24%	0%	17%	20%
Tratamento de Feridas/Ulceras de pressão	35%	3%	12%	7%	0%	0%	17%
Doença Cardiovascular	11%	13%	12%	13%	33%	0%	12%
Gestão regime terapêutico	10%	3%	37%	5%	0%	0%	12%
Portadores de SNG/PEG	6%	1%	16%	7%	33%	67%	7%
Ulceras de pressão múltiplas	13%	1%	6%	4%	0%	0%	7%
Descanso do Cuidador	2%	0%	39%	1%	67%	33%	7%
Manutenção de dispositivos	3%	1%	9%	2%	0%	17%	3%

Tabela 6: Motivos de referenciação para a RNCCI, no ano de 2017 – Dados nacionais

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

A próxima tabela apresenta o total de doentes referenciados, por tipologia, destacando-se as Regiões Norte e LVT referenciaram 61.2% do total de doentes referenciados a nível nacional.

Regiões	ECCI	UC	ULDM	UMDR	UCIP N 1	UAP	TOTAIS		
							CS	HOSPITAIS	TOTAL
NORTE	2.396	1.013	1.641	1.705	7	5	2.216	4.551	6.767
CENTRO	616	980	1.749	1.577	0	0	2.012	2.910	4.922
LVT	1.731	1.089	1.147	1.995	3	0	1.664	4.301	5.965
ALENTEJO	369	394	536	530	0	0	774	1.055	1.829
ALGARVE	589	244	202	297	0	0	513	819	1.332
NACIONAL	5.701	3.720	5.275	6.104	10	5	7.179	13.636	20.815
% Total	27,4%	17,9%	25,3%	29,3%	0,05%	0,02%	34,5%	65,5%	

Tabela 7: Número de utentes referenciados por tipologia a nível nacional
 Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

No que concerne à referência para ECCI, e como é possível identificar no gráfico 2, a referência para esta tipologia da RNCCI difere entre as regiões do país. A Região do Algarve é quem apresenta maior número de referências (44,2%) e a Região Centro a que menos utentes referenciados para ECCI (12,5%).

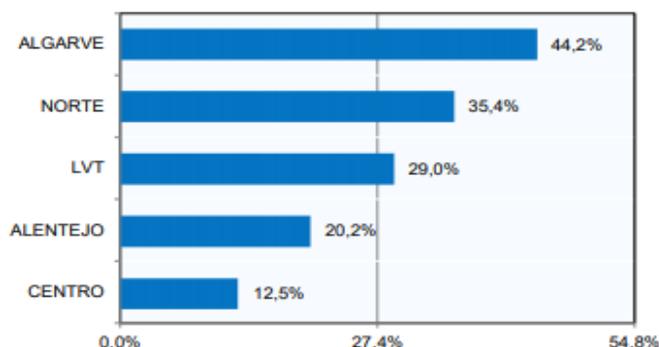


Gráfico 2: % Referência para ECCI - % utentes referenciados na região.
 Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

Quando se procura identificar a origem da referência dos doentes para ECCI, com base no gráfico 3, o peso dos ACES e das unidades hospitalares difere entre regiões sendo que na Região LVT, são os hospitais quem mais referencia para esta tipologia da RNCCI.

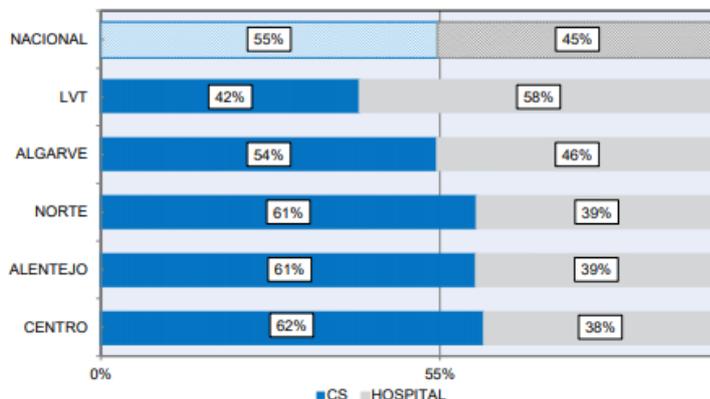


Gráfico 3: % Referência para ECCI - Unidades hospitalares e ACES, por Região
 Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

No que diz respeito à caracterização dos utentes da RNCCI, tendo por base o já referido Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017, os utentes com idade superior a 80 anos tendo vindo a aumentar, sendo que no 1º semestre de 2017 representavam 50,4% do total de doentes que integram a RNCCI. Os utentes de género feminino representam 54,9% dos doentes.

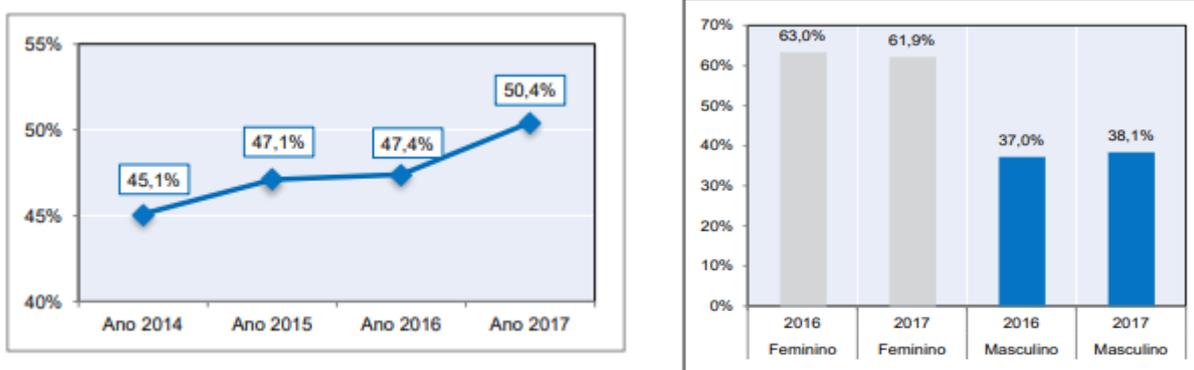


Gráfico 4 e 5: População da RNCCI com idade superior a 80 anos e Utentes com idade > 80 anos, distribuição por sexo, respetivamente.

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º semestre 2017

Após 12 anos de existência, a RNCCI está definitivamente instalada e integrada nos serviços de saúde portugueses, sendo que a sua atual missão passa pela expansão da sua capacidade de resposta, privilegiando a domicilição e as respostas comunitárias, dando prioridade às regiões e às respostas mais carenciadas.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (Revisão e Extensão a 2020) e o Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, a estratégia de desenvolvimento nacional para a RNCCI passa pela ampliação e melhoria da integração da RNCCI e de outros serviços de apoio à pessoa em situação de dependência (DGS, 2015 e ACSS, 2016), tendo sido delineados 6 vetores de intervenção: “i) Reforço do modelo de abordagem integrada previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho; ii) Reforço dos cuidados continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório; iii) Reforço da capacidade de resposta da RNCCI através do aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados, em todas as suas tipologias, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos; iv) Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes; v) Reforço da investigação e integração de TIC(s) com vista ao desenvolvimento de Ambientes de Vida Assistida (AVA); vi) Incremento da formação e da Governação Integrada de Saúde e Apoio Social ou Governação Integrada” (ACSS, 2016: 19).

1.5. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo

A Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), área geográfica onde incidirá o estudo empírico desta dissertação é formada por 4 Nomenclaturas das Unidades Territoriais para fins estatísticos (NUTS): Oeste, Área Metropolitana de Lisboa, Médio Tejo e Lezíria do Tejo, o que perfaz um total de 52 Concelhos e 355 Freguesias.



Figura 12: Identificação da área de abrangência da RLVT

Fonte: *site* da CCDR - <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/a-regiao/7279.htm>

Tendo por base a informação descrita nos Censos de 2011, o território da RLVT corresponde a 13,2% de todo o território nacional, distribuídos por cerca de 13.000 km² e concentra 34,6% do total da população nacional (Censos 2011). A população da RSLVT, à data dos Censos 2011, era composta por 3.659.868 habitantes.

A Área Metropolitana de Lisboa corresponde às NUTS III (Grande Lisboa e Península de Setúbal), representa 3,2% do território nacional e 26,7% da sua população.

A estrutura etária da região acompanha a tendência nacional: “base estreita (embora com aumento de residentes nos escalões mais baixos), alargamento do topo e a diminuição dos residentes nos escalões entre os 15 e os 34 anos” (Censos 2011).

Na distribuição da população por Agrupamento de Centros de Saúde, verifica-se que Sintra é o maior agrupamento, seguido de Loures-Odivelas e Almada-Seixal. É Também de referir que três ACES concentram cerca de 30% dos residentes de toda a região. De acordo com os dados identificados nos referidos Censos, os territórios que correspondem aos ACES Médio Tejo, Lezíria e Lisboa Central, constituem as áreas onde o envelhecimento da

população é mais evidente. Estes territórios integram os ACES onde o índice de envelhecimento é superior e o índice de maternidade é inferior. Em contrapartida, são nestas mesmas áreas que se encontram os mais elevados índices de dependência e de longevidade. No caso do “ACES Lisboa Central, embora se assemelhe nesses pontos aos dois outros referidos ACES, apresenta, simultaneamente, um índice de potencialidade e de tendência elevados.

Os ACES Sintra, Estuário do Tejo, Arco Ribeirinho, Arrábida e Oeste Sul constituem os territórios mais jovens” (ARSLVT, 2018).

ACES	Índice de Dependência Jovens	Índice de Dependência Idosos	Índice de Dependência Total	Índice de Envelhecimento	Índice de Longevidade	Índice de Tendência	Índice de Potencialidade	Índice de Maternidade
Lisboa Norte	21	35	56	166	51	100	94	19
Lisboa central	19	38	57	196	54	102	95	19
Lisboa Ocidental e Oeiras	23	34	57	146	48	98	82	21
Cascais	24	27	51	112	46	97	78	21
Amadora	22	28	50	126	42	103	97	21
Sintra	26	20	46	78	43	93	78	21
Loures - Odivelas	23	25	48	109	41	103	94	21
Estuário do Tejo	25	23	48	90	44	98	86	22
Almdad - Seixal	23	27	50	117	44	99	85	21
Arco ribeirinho	24	28	52	117	43	101	87	22
Arrábida	25	26	52	105	44	96	82	23
Oeste Norte	22	32	55	145	48	88	79	19
Oeste Sul	25	28	53	109	47	93	80	22
Médito tejo	22	39	61	180	52	88	77	19
Lezíria	23	37	60	163	49	90	78	20
ARSLVT	23	29	52	124	47	97	85	21

Tabela 8: Índice demográfico por ACES (CENSOS 2011) Adaptado
Fonte: Plano de atividades da ARSLVT 2016

A ARSLVT integra assim uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevado nível de incapacidade e de dependência, o que faz com que a resposta da RNCCI seja fundamental no referido contexto demográfico (Censos 2011, adaptado). Para responder a estes indicadores, a RSLVT tem feito um investimento na contratualização de camas de internamento para a RNCCI.

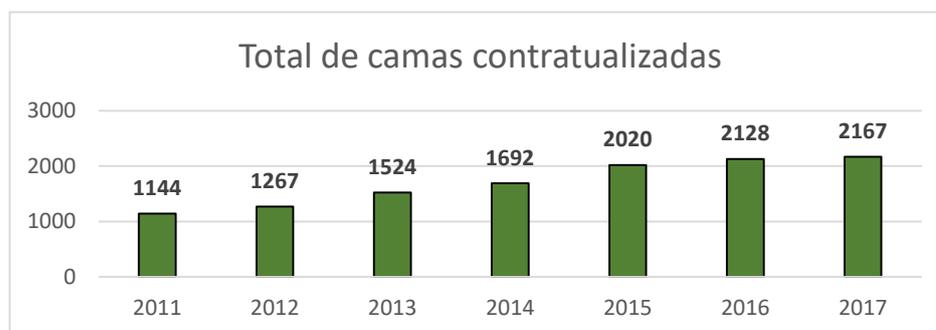


Gráfico 6: Evolução de camas contratualizadas na RLVT
Fonte: Cuidados Continuados na Região de Lisboa e Vale do Tejo (2017)

Como é possível verificar no gráfico 6, no ano de 2017 a RSLVT tinha 2167 camas contratualizadas e distribuídas pelas diferentes tipologias da RNCCI. As unidades de longa duração e manutenção são a tipologia com mais camas contratualizadas (gráfico 7).

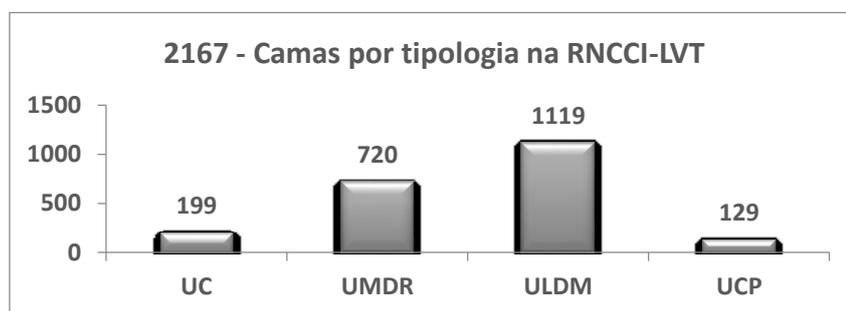


Gráfico 7: Distribuição das camas contratualizadas na RLVT, por tipologia
Fonte: Relatório de Atividades ECR 2017

Contudo, apesar do número de camas contratualizado, este número fica muito aquém das necessidades regionais. Só na NUT LVT, estão em falta cerca de 2600 camas de internamento.

NUTS da ARS LVT	CONCELHOS	DÉFICE DE CAMAS	DÉFICE DE CAMAS POR TIPOLOGIA		
		TOTAL	Convalescença	Média	Longa
Oeste	Alcobaça; Bombarral; Caldas da Rainha; Nazaré; Óbidos; Peniche; Alenquer; Arruda dos Vinhos; Cadaval; Lourinhã; Sobral de Monte Agraço; Torres Vedras	260	80	60	116
Grande Lisboa	Cascais; Lisboa; Loures; Mafra; Oeiras; Sintra; Vila Franca de Xira; Amadora; Odivelas	1687	414	313	1227
Península de Setúbal	Alcochete; Almada; Barreiro; Moita; Montijo; Palmela; Seixal; Sesimbra; Setúbal	276	143	18	139
Médio Tejo	Abrantes; Alcanena; Constância; Entroncamento; Ferreira do Zêzere; Sardoal; Tomar; Torres Novas; Vila Nova da Barquinha; Ourém; Mação	188	63	20	109
Lezíria	Azambuja; Almeirim; Alpiarça; Benavente; Cartaxo; Chamusca; Coruche; Golegã; Rio Maior; Salvaterra de Magos; Santarém	192	76	13	91

Tabela 9: Défice de camas na RLVT
Fonte: Cuidados Continuados na Região de Lisboa e Vale do Tejo (2017)

Relativamente às ECCI, à data da elaboração desta dissertação, a RSLVT tem 59 ECCI, distribuídas pelos 15 ACES, num total de 2072 lugares.

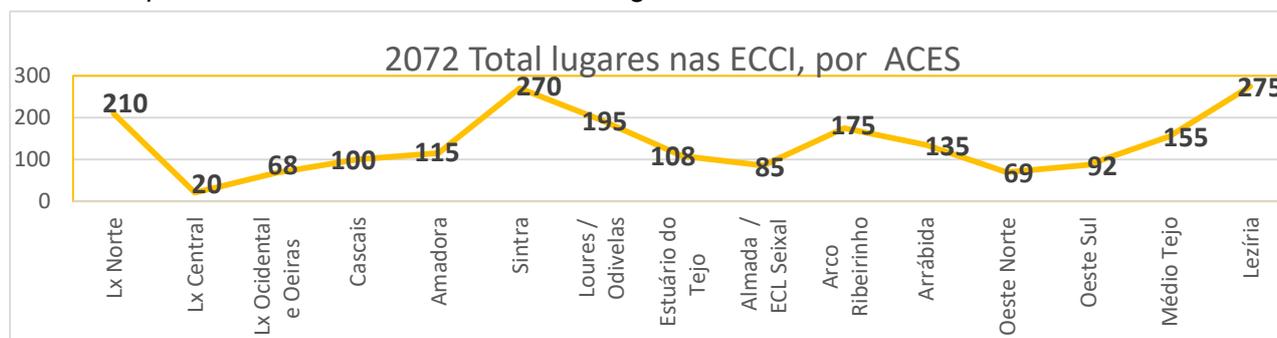


Gráfico 8: Distribuição dos lugares em ECCI na RSLVT
Fonte: Cuidados Continuados na Região de Lisboa e Vale do Tejo (2017)

Em 2016, estas equipas apresentavam, em média, “uma taxa de ocupação de 69%, o que fica aquém dos níveis máximos de capacidade de resposta”. (ACSS, 2017). Apesar da relevância da cada uma das respostas da RNCCI, a presente dissertação irá focar-se apenas nos cuidados continuados integrados prestados no domicílio.

Para a Coordenação Nacional da RNCCI, o investimento nas respostas domiciliárias é fundamental na medida em que é uma solução financeiramente mais acessível e que responde às necessidades do doente no seu contexto familiar, “o que lhe permite maior conforto e capacidade adaptativa no seu processo de reabilitação” (ACSS, 2016). Em situações de alta hospitalar e impossibilidade de integração direta em unidade de internamento, as ECCI têm um papel fundamental de assegurar a continuidade de cuidados, no domicílio, ao mesmo tempo que permitem iniciar um processo de reabilitação e manutenção dos cuidados no seu contexto familiar. Também no momento da alta das UCCI, por vezes os doentes apresentam critérios para serem integrados em ECCI, contudo, não são transferidos para as Equipas dos ACES (Tavares, 2011). Esta realidade carece de um estudo aprofundado no intuito de compreender as razões deste fenómeno.

Após a revisão bibliográfica efetuada, desconhece-se a existência de algum estudo de diagnóstico sobre o ponto de situação das ECCIs, que têm como público-alvo os doentes e as suas famílias, num campo de ação por vezes adversos, como são os domicílios.

Assim, com um horizonte temporal em que se pretende investir no trabalho desenvolvido por estas equipas, faz sentido conhecê-las, caracterizá-las, perceber as suas necessidades, saber as dificuldades que sentem e os benefícios que trazem à prestação de cuidados de saúde e apoio social. Em suma, numa fase pré-adolescência da RNCCI, interessa fazer um ponto de situação do desenvolvimento das ECCI.

Enquanto quadro conceptual desta dissertação, foram elaborados três objetivos operacionais de investigação:

Objetivo 1 – As ECCI, enquanto tipologia da RNCCI são uma mais-valia para a prossecução do princípio da continuidade de cuidados prestados aos doentes;

Objetivo 2 – As ECCI apresentam uma capacidade de resposta que está subaproveitada por falta de referenciações, recursos humanos e/ou materiais, por inexistência de procedimentos organizativos internos;

Objetivo 3 – As ECCI têm boas práticas que fazem com que seja possível uma rentabilização da sua capacidade de resposta.

Enquanto campo de estudo, a escolha recaiu sobre a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, pelas características identificadas neste capítulo e pelo peso que esta região representa na RNCCI.

Capítulo II

2. Método

A investigação é fundamental para a construção de novos saberes e para a evolução científica, pois permite-nos compreender os fenómenos da realidade e estudá-los de forma a contextualizá-los, “pois só assim podemos avançar, produzir e desenvolver o conhecimento científico” (Fortin, *et al.*, 2006).

De acordo com Raymond Quivy, a investigação permite ao investigador “conceber e pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho. Este nunca se apresentará como uma simples soma de técnicas que se trataria de aplicar tal e qual se apresentam, mas sim como um percurso global do espírito que exige ser reinventado para cada trabalho” (Quivy, 1998:15).

Neste ponto será apresentado o tipo de estudo efetuado, os objetivos delineados, identificadas as fases do processo de investigação, a amostra selecionada e o modelo de análise elaborado.

2.1. Desenho e metodologia de investigação

A definição do desenho de investigação é definida como “o conjunto de decisões a tomar para desenvolver uma estrutura operacional, que responde às questões de investigação. Por sua vez, a metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência” (Fortin, *et al.*, 2006).

O processo metodológico desta dissertação iniciou-se com a elaboração da pergunta de partida, a qual serviu de fio condutor de toda a investigação. Esta tomou corpo no momento em que se iniciaram as pesquisas bibliográficas, com a preparação e realização das entrevistas e respetiva análise de conteúdos. O presente estudo é de índole exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Esta foi a abordagem que se considerou a mais adequada para dar resposta à questão de investigação, possibilitando a exploração, identificação e caracterização que se pretendeu aqui estudar.

Antes de iniciar a recolha de dados, foi necessário efetuar uma revisão bibliográfica que permitiu a criação do quadro referencial teórico. Para tal, foi necessário recorrer à leitura e análise de vários documentos escritos, nomeadamente livros sobre a evolução do sistema de saúde português, as políticas de saúde na área dos cuidados continuados, manuais de implementação da RNCCI, relatórios de monitorização, planos de desenvolvimento nacional, diretivas técnicas, guias de acolhimento, relatórios e planos de atividade, bem como o enquadramento legal vigente da RNCCI.

Após este enquadramento teórico foi possível delinear o modelo de análise, delimitar a amostra e estruturar as entrevistas. Este modelo de análise teve ainda em consideração a proposta de grelha de acompanhamento às ECCIs, apresentada na dissertação “Equipas de Cuidados Continuados Integrados: Instrumento de apoio à organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados”.

Uma vez realizadas as entrevistas foi necessário transcrevê-las para que pudessem ser introduzidas na ferramenta estatística MAXQDA 12 e posteriormente efetuar a análise de conteúdos. Só após estas fases foi possível apresentar os resultados obtidos e tirar conclusões.

2.2 – Universo e amostra

A definição de universo de investigação e a delimitação da amostra são fases importantes do trabalho de investigação, devendo deste modo ser motivo de especial atenção por parte de qualquer investigador.

Segundo Ezequiel Ander-Egg, o universo da investigação é “a totalidade de um conjunto de elementos, seres ou objetos que se deseja investigar e da qual se estudará uma fração [a amostra] que se pretende que reúna as mesmas características em igual proporção” (Ander-Egg, 1983: 179). Com base nesta definição, o universo desta dissertação é composto pelas 59 Equipas de Cuidados Continuados Integrados, as 15 respetivas ECLs, a Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo e a Coordenação para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados Continuados Integrados.

Contudo, os investigadores, na realização de pesquisas científicas “utilizam as técnicas de amostragem no planeamento de seus trabalhos, não só pela impraticabilidade de poderem observar na sua totalidade determinada população em estudo, como devido ao aspeto económico dessas investigações, conduzidos com um menor custo operacional, dentro de um menor tempo, além de possibilitar maior precisão nos respetivos resultados, ao contrário, do que ocorre com os trabalhos realizados pelo processo censitário” (Cochran, 1965).

A opção pela escolha de uma amostra surgiu pela grande dispersão geográfica das ECCIs da RSLVT e face ao limitado tempo para esta recolha de dados.

Assim, foi construída uma amostra por conveniência tendo por base os seguintes critérios:

- 1) As ECCIs e respetivas ECLs da ARSLVT, IP, devidamente identificadas no portal da ARSLVT a 1 de março de 2018;
- 2) ECCI e ECL da Área Metropolitana de Lisboa;
- 3) ECCI com taxa de ocupação igual ou superior a 72%.

Esta percentagem foi definida por ser a média da taxa de ocupação das ECCI da RSLVT, no mês de março de 2018.

4) ECCI com atividade iniciada até 31 de dezembro de 2013.

A opção por esta data prende-se com o facto de se considerar que as equipas com cinco ou mais anos de atividade são equipas com processo de aprendizagem consolidados, com maior capacidade reflexiva e com maior experiência acumulada de boas práticas profissionais.

As ECLs entrevistas correspondem aos ACES das ECCIs e são as equipas que acompanham e supervisionam, mais de perto, o trabalho realizado pelas equipas domiciliárias.

Denominação do Prestador onde a equipa se encontra integrada (ACES)	Equipas de Cuidados Continuados Integrados	Início atividade	Taxa Ocupação (mar/2018)	NUT
Coordenação Nacional				
Coordenação Regional				
Lisboa Norte	ECL			
	Sete Rios	02/03/2010	84,3%	Área Metropolitana Lisboa
Lisboa Central	ECL			
	Olivais/Marvila	01/10/2010	78,7%	Área Metropolitana Lisboa
Lisboa Ocidental e Oeiras	ECL			
	Consigo	01/07/2013	96,3%	Área Metropolitana Lisboa
	Saudar	02/03/2010	95,4%	Área Metropolitana Lisboa
Cascais	Cuidar Mais	02/03/2010	91,2%	Área Metropolitana Lisboa
	ECL			
	Cascais	02/03/2010	72,5%	Área Metropolitana Lisboa
Amadora	ECL			
	Amadora	02/03/2010	88,6%	Área Metropolitana Lisboa
	Venda Nova	01/06/2013	83,1%	Área Metropolitana Lisboa
Sintra	ECL			
	Algueirão/Rio de Mouro	01/10/2010	78,0%	Área Metropolitana Lisboa
	Pero Pinheiro	01/10/2010	88,8%	Área Metropolitana Lisboa
	Cacém	02/03/2010	78,8%	Área Metropolitana Lisboa
Loures e Odivelas	Queluz	02/03/2010	84,7%	Área Metropolitana Lisboa
	ECL			
	Loures	01/01/2009	91,9%	Área Metropolitana Lisboa
Arco Ribeirinho	ECL			
	Barreiro	02/03/2010	88,5%	Área Metropolitana Lisboa
	Moita	02/03/2010	97,8%	Área Metropolitana Lisboa
	A Cuidar do Vale até à Baixa	02/03/2010	72,7%	Área Metropolitana Lisboa
Arrábida	ECL			
	Palmela	02/03/2010	91,0%	Área Metropolitana Lisboa
	Sesimbra	02/03/2010	80,7%	Área Metropolitana Lisboa

Tabela: 10 Equipas que constituem a amostra do presente estudo
Fonte: GESCTARE CCI

Em virtude da amostra condicionada, os resultados e conclusões da presente dissertação não podem ser generalizados nem extrapolados para outras Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Contudo, considera-se que as conclusões apresentadas podem ser alvo de reflexão e ponderação por todos os seus leitores.

2.3. Técnicas de recolha de dados

Dada a complexidade do fenómeno em estudo e atendendo aos objetivos, considerou-se que a técnica de recolha de dados mais adequada seria a entrevista semi-diretiva, uma vez

que admite uma grande flexibilidade na gestão das questões colocadas por parte do entrevistador e possibilita a recolha de informações de forma estruturada não diretiva. Neste tipo de entrevista “o investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos, cada vez que o entrevistado deles se afastar, e para colocar perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível” (Quivy, 1998:179).

O facto de esta técnica permitir a inclusão de questões suplementares para esclarecer o sentido das respostas, bem como, uma maior flexibilidade por parte do entrevistador para introduzir outros assuntos e aprofundar aspetos considerados mais relevantes, foram alguns dos motivos pelos quais se optou por este instrumento de recolha de dados. Apesar dos guiões se encontrarem formalmente estruturados, a entrevistadora procurou reger-se por uma atitude de flexibilidade, tendo ajustado o guião da entrevista ao discurso de cada um dos entrevistados. Com este tipo de entrevista, pretendeu-se recolher opiniões, atitudes, posições dos profissionais destas equipas que diariamente trabalham nos domicílios dos doentes e das equipas que têm como uma das suas funções o acompanhamento e monitorização do trabalho desenvolvido na RNCCI.

No início de cada entrevista foi efetuada uma conversa introdutória onde foram tratados os aspetos formais como a assinatura do consentimento informado. Foi disponibilizada informação suficiente e adequada sobre a finalidade do estudo, a duração média da entrevista, o tipo de perguntas a realizar e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Para a recolha dos dados foram elaborados quatro guiões de entrevista (Anexo 1), adaptados ao perfil do entrevistado – Coordenação Regional/Coordenação Nacional, ECCI e ECL.

Para a realização das entrevistas considerou-se conveniente a marcação antecipada, para que a realização das mesmas fosse feita em tempo e local apropriados, procurando não perturbar a dinâmica diária de cada Equipa/Profissional.

Todas as entrevistas foram gravadas em sistema áudio, através da aplicação de telemóvel Gravador de Voz Fácil.

2.4. Técnicas de tratamento de dados

A técnica de tratamento adotada para esta investigação foi a análise de conteúdo.

Laurence Bardin define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 2014: 42). Esta opção prendeu-se com a modalidade de análise de conteúdo categorial, na medida em que esta “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 2014: 173).

Após a transcrição integral das 23 entrevistas procedeu-se à análise de conteúdo com base nos modelos de análise criados para o efeito (Anexo 2). No modelo de análise aplicado à Coordenação Regional e Nacional, as categorias selecionadas foram os Recursos, a Cobertura Nacional/Regional e Estrutura Organizacional das ECCI.

Nas entrevistas às ECL, o modelo de análise foi criado com base em duas categorias -Recursos Humanos e Acompanhamento/monitorização às ECCIs.

Relativamente às entrevistas às ECCIs, o modelo de análise foi estruturado com base em 5 categorias - Recursos Humanos, Recursos Materiais, Referenciação, Procedimentos e Organização Interna e Prestação de Cuidados.

A todos os entrevistados foi solicitado que identificassem uma palavra que refletisse, na sua opinião, a mais-valia, o maior constrangimento, a maior oportunidade e a maior fragilidade da estrutura organizacional das ECCIs. Para a elaboração da análise de conteúdo das entrevistas recorreu-se ao programa MAXQDA 12.

2.5. Considerações éticas

Para a realização da presente dissertação foi solicitado à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo a respetiva autorização, tendo sido emitido um parecer favorável ao estudo (Anexo 3).

Após a emissão do Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, os Diretores Executivos dos nove ACES foram contactados via correio eletrónico e telefonicamente, de forma a se obter as devidas autorizações para a realização das entrevistas.

Todos os entrevistados assinaram o Consentimento Informado (Anexo 4), dando autorização à respetiva gravação áudio.

Terminada a fase de realização das entrevistas foi enviado um e-mail de agradecimento a cada um dos entrevistados (Anexo 5).

Assim, considera-se que a recolha de dados efetuada aos 23 profissionais de saúde foi devidamente acautelada por todos os princípios éticos inerentes a este tipo de investigação.

As entrevistas aos elementos da Coordenação Nacional e Regional decorreram durante o mês de março, sendo que as entrevistas aos responsáveis das ECCI e coordenadores das ECL iniciaram-se no mês de maio e terminaram na primeira quinzena de junho de 2018 (Anexo 6). Cada entrevista teve a duração média de uma hora.

Capítulo III

3. Apresentação dos resultados obtidos

A amostra é composta por 29 entrevistas (um Coordenador Nacional, uma Coordenadora Regional, 18 ECCIs e 9 ECLS), sendo que obtivemos uma taxa de resposta de 79 %. Assim, neste estudo foram contemplados uma Coordenação Nacional, uma Coordenação Regional, oito ECLs e 13 ECCIs, o que perfaz um total de 23 entrevistas (tabela 11 e Anexo 7).

	Amostra	Total de entrevistas efetuadas	Taxa de resposta
Coordenação Nacional	1	1	100%
Coordenação Regional	1	1	100%
ECL	9	8	89%
ECCI	18	13	72%
Total	29	23	79%

Tabela 11: Amostra/total de equipas entrevistas /taxa de resposta do presente estudo

Com base nas entrevistas efetuadas, a nível nacional, a RNCCI apresenta algumas assimetrias quando se fala de cobertura de resposta das ECCIs. Encontramos Administrações Regionais de Saúde (ARS) com níveis de cobertura a 100%, havendo outras ARS que ainda apresentam algumas carências na cobertura da sua área de intervenção.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_1	Cobertura Nacional	Uma certa assimetria regional em que temos regiões em que já temos 100% e temos outras regiões onde estamos nos 50% como é o caso de Lisboa e Vale do Tejo.
		As ECCI no nosso país têm vagas, não têm lista de espera.
		Em algumas ARS, nomeadamente em LVT, nas zonas mais populosas, nos temos dificuldades. Pq não temos equipas que cheguem. Não basta uma por concelho. Nas menos populosas temos dificuldades de outra natureza, que são as distancias. No Alentejo algumas ECCI têm doentes a mais de uma hora de distância. E é contraproducente. Em determinadas situações gata-se mais tempo nas deslocações do que na prestação de cuidados.
		Está a baixar o número de ECCI. Mas isso é intencional.
Entrevista_2		Essa questão das tx de ocupação n se cingem a um único motivo. Há mtos fatores q contribuem para esta realidade. Tb n é uma realidade só desta região. É uma realidade nacional.

Tabela 12: A cobertura das ECCIs a nível nacional

Fonte: MAXQDA12 – BD

Focando a realidade da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, verifica-se que a cobertura regional das ECCIs abrange a totalidade dos ACES mas não cobre todas as áreas geográficas da sua intervenção. Diagnostica-se ainda que algumas ECCIs apresentam carências a nível dos recursos humanos e materiais.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_1	Cobertura Regional	Em algumas ARS, nomeadamente em LVT, nas zonas mais populosas, nos temos dificuldades. Porque não temos equipas que cheguem.
		Em LVT estão na contingência de conseguir 3 novas equipas para LX Central. Aumentamos a capacidade de resposta para mais 90 pessoas.
		Temos realidades mto distintas. São muitas equipas (59) sendo que a maioria tem poucos recursos.
		São equipas com poucos recursos humanos ou são equipas em que há um número aceitável de recursos mas não têm as competências e a multidisciplinidade que é necessário.
Entrevista_2		Um grande drama é a questão da falta de viaturas.
		Há algumas áreas a descoberto. Há áreas que têm formalmente tem capacidade instalada mas na prática não funcionam porque têm falta de recursos materiais ou outros ou por falta de diferenciação de competências. Mas depois há áreas mesmo a descoberto.
		5 Zonas a descoberto.
	Temos projetos de apoio ao cuidador, quase todos os ACES têm pelo menos um projeto de apoio ao cuidador, de formação a vários níveis e que podem ser replicados. Cada um com o seu formato, mas são mto idênticos.	

Tabela 13: Cobertura das ECCIs a nível regional LVT
Fonte: MAXQDA12 – BD

Genericamente, as entrevistas indiciam que os 12 anos da RNCCI se traduzem em muito trabalho no terreno, mas que existem muitos e novos desafios a responder.

Para os entrevistados, a RNCCI ainda não responde a algumas áreas de intervenção, destacando-se a carência de cobertura na área da saúde mental, infância e das demências. Algumas entrevistas sugerem que a RNCCI deveria ser repensada como resposta válida que é, mas adaptada e reforçada face ao aumento galopante do número de pessoas e dos seus níveis de dependências. Tal seria possível, consideram, por via de uma maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados (unidades hospitalares, cuidados de saúde primários e RNCCI) e novos parceiros (Misericórdias, IPSS e privados) com os quais é necessário dialogar e partilhar informação para garantir uma efetiva continuidade de cuidados prestados ao doente e família.

Com base no verbalizado, a Coordenação Nacional e Regional está ciente das dificuldades com que os profissionais se deparam na sua rotina diária, nomeadamente a falta de recursos humanos, a monovalência das competências técnicas, a falta de viaturas de transporte e a falta de interoperabilidade entre as plataformas informáticas que obrigam à duplicação de registos. Outro aspeto referido prende-se com o “cuidador informal”, um “out of pocket”. Tal como sugerem, este parceiro na prestação de cuidados também deve ser tido em conta no momento do planeamento da intervenção holística das ECCIs (Anexo 8).

3.1. Recursos humanos

Relativamente aos recursos humanos das equipas entrevistadas - ECL e ECCI - os coordenadores entrevistados consideram que as equipas são pequenas face ao número de

doentes que existem e à complexidade dos cuidados a prestar. Em relação a esta dimensão, apresenta-se no anexo 9 as perspetivas detalhadas de cada um dos entrevistados. As equipas entrevistadas são maioritariamente compostas por, pelo menos três categorias profissionais, sendo que todas integram enfermeiros.

Os assistentes sociais e os psicólogos integram 92% das ECCI, sendo que apenas 69% das equipas têm horas médicas alocadas. Apenas sete equipas disponibilizam aos utentes cuidados de fisioterapia, sendo que apenas duas ECCI tem a possibilidade de articular com o higienista oral e o nutricionista do ACES. Ainda de notar que apenas 38% das ECCI dispõem de apoio administrativo (assistentes técnicos/assistentes operacionais) disponível para colaborarem nas tarefas diárias da ECCI.

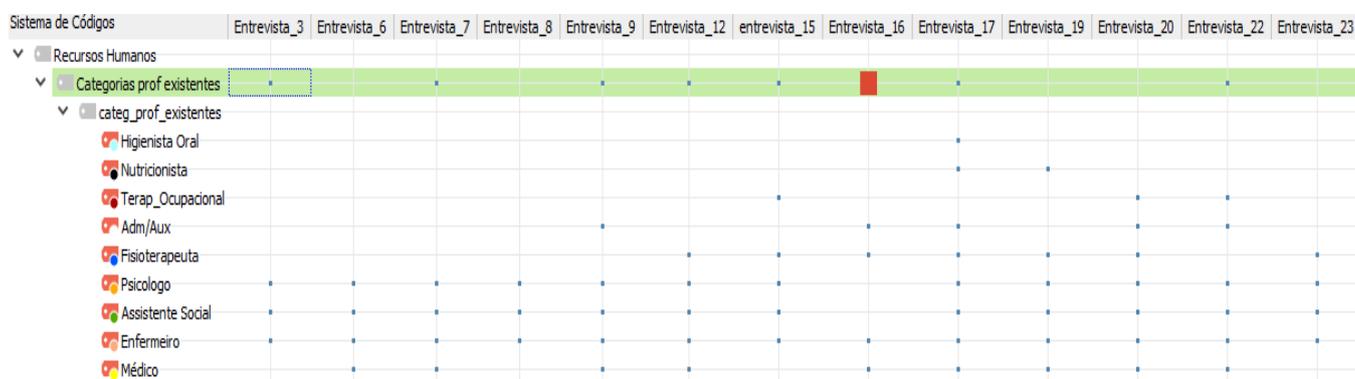


Tabela 14 – Identificação dos recursos humanos que compõe as ECCIs entrevistadas
Fonte: MAXQDA12 - BD

Quando questionados sobre os profissionais que as equipas consideram que devem ser integrados ou alocadas mais horas de intervenção com os doentes, os coordenadores das ECCI indicam que seria benéfico alocar horas a profissionais de reabilitação, nomeadamente terapeutas ocupacionais (77%) e fisioterapeutas (69%). Os profissionais entrevistados consideram que seria importante que as equipas fossem reforçadas com assistentes técnicos/assistentes operacionais (53%), horas médicas (46%), horas de enfermagem (30%) e horas de psicologia e serviço social (23% cada).



Tabela 15: Identificação dos recursos humanos considerados em falta nas ECCIs.
Fonte: MAXQDA12 - BD

Na perspectiva dos Coordenadores das Equipas de Coordenação Local, os doentes beneficiariam com a existência ou o aumento de horas de fisioterapia (87%), com um aumento de horas de enfermagem (50%) e de horas médicas (37%).



Tabela 16: Recursos humanos identificados pelas ECL como estando em falta nas ECCIs.
Fonte: MAXQDA12 - BD

3.2. Recursos materiais

Relativamente aos recursos materiais, os entrevistados pronunciaram-se sobre o espaço físico das instalações da ECCI, os equipamentos/dispositivos de comunicação e os meios de deslocação dos profissionais até ao domicílio dos doentes.

A maioria das ECCI está integrada no espaço físico das Unidade de Cuidados na Comunidade, sendo que o espaço da ECCI está devidamente identificado, com sala própria partilhada pelos seus elementos.



Tabela 17: Tipo de sala das ECCIs
Fonte: MAXQDA12 - BD

Sempre que é necessário efetuar um atendimento fora do domicílio, ao cuidador ou a um familiar, os profissionais entrevistados referem que existe um espaço físico onde é possível realizar o atendimento, com privacidade e confidencialidade. Contudo, todos os entrevistados verbalizaram que privilegiam o acompanhamento no domicílio com o doente, cuidador e família.

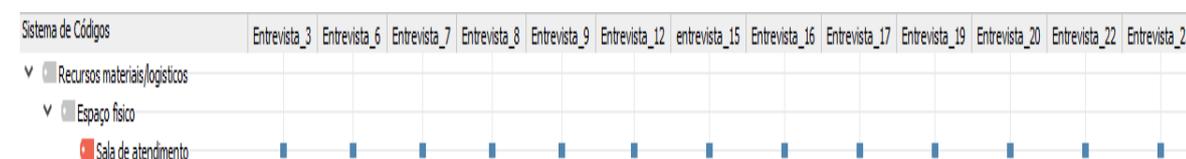


Tabela 18: Existência de sala de atendimento com privacidade
Fonte: MAXQDA12 - BD

No que concerne ao espaço de armazenamento dos materiais de consumo e apósito, a maioria das ECCI têm condições para manter o material armazenado e acondicionado conforme as regras de segurança prevista para o efeito. Em alguns dos casos, o espaço é partilhado com a UCC, mas trata-se de um local reservado sendo que apenas a equipa de enfermagem tem acesso (chaves).

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Recursos materiais/logísticos\Espaço físico\Espaço de armazenamento material e apósitos\Tipo de acessoPartilhada com outros projectos/equipas	Temos um espaço reservado e com acesso restrito e ai só nós é que mexemos.
Entrevista_6		Nem sempre é de acesso restrito, às vezes como é um corredor comprido, a UCC está toda aqui, nomeadamente quanto há rastreios, quando há outras intervenções que a unidade fica disponibilizada porque tem salas para poder desenvolver as suas atividades, pronto temos que ter o cuidado, os nossos administrativos restringirem para entrar por uma porta para não entrarem na unidade toda.
Entrevista_8		São muitas pessoas a trabalhar com várias saídas durante a manhã e a tarde. Mas é difícil ter tudo com uma área restrita mas quando se sai fecha-se a porta à chave
Entrevista_9		Ainda não está organizado como deveria estar. Devíamos ter os sacos que vão para a rua num determinado local e o material de consumo clínico num outro. Para não haver conspurcação. Mas neste momento temos tudo do mesmo sítio.
Entrevista_12		A nossa sala dos materiais é nossa é de acesso restrito
Entrevista_16		É uma sala que está fechada, com acesso restrito apenas às pessoas da ECCI. Temos uma farmácia exclusiva da ECCI.
Entrevista_17		A farmácia é num espaço diferente.É de acesso restrito, só para nós para a UCC.
Entrevista_19		Todo o material esta condicionado num espaço que para entrar temos que ter a chave. é um espaço independente.
Entrevista_20		É a nossa farmácia, que é só da ECCI. Só nós é que usamos e é uma sala de acesso muito restrito.
Entrevista_22		Temos a farmácia, com os materiais isolados e acondicionados de acordo com as regras. Temos a farmácia e a sala onde diariamente fazemos a reposição do material das malas. Neste espaço so ha pessoal da equipa,
Entrevista_23		Temos uma farmácia onde temos tudo, portanto temos a nossa farmácia da UCC, só da UCC, onde estão os nossos materiais de farmácia acondicionados as nossas instalações são muito antigas mas têm as condições mínimas para guardar os produtos. Só os enfermeiros é que têm acesso à chave

Tabela 19: Espaço para os materiais de consumo e apósitos/tipo de acesso
Fonte: MAXQDA12 – BD

Das 13 ECCI no terreno, 9 (69%) tem banco de ajudas técnicas, maioritariamente composto por doações de familiares de doentes. Esta perspetiva solidária é possível de reconhecer no Anexo 10, onde constam todas as respostas dos entrevistados.

As restantes ECCI, em caso de necessidade, encaminham as famílias para o Serviço Social do ACES e para as entidades da comunidade que disponibilizam estes dispositivos de apoio.

Relativamente às tecnologias de informação e comunicação, foram consideradas três grandes áreas de análise: o parque informático, os telemóveis e as plataformas informáticas de registo da atividade assistencial. Quando abordada a questão do parque informático, 10 das 13 ECCIs (76%) indicam que têm computadores capazes de responder às suas necessidades, existindo ECCIs com o parque informático completamente renovado. Relativamente às plataformas informáticas, as ECCIs são unânimes em partilhar que a rede/internet/plataformas informáticas é lenta, não conseguindo dar resposta em tempo útil ao utilizador. Todas as respostas podem ser analisadas no Anexo 11 desta dissertação.

Relativamente às plataformas informáticas de registo da atividade assistencial, a totalidade das ECCIs efetuam os registos no SCLINICO e no GestCare® CCI. Dez das 13 ECCIs (76%) dizem ainda efetuar registos em outros aplicativos, nomeadamente o EXCEL para registo estatístico da atividade realizada.

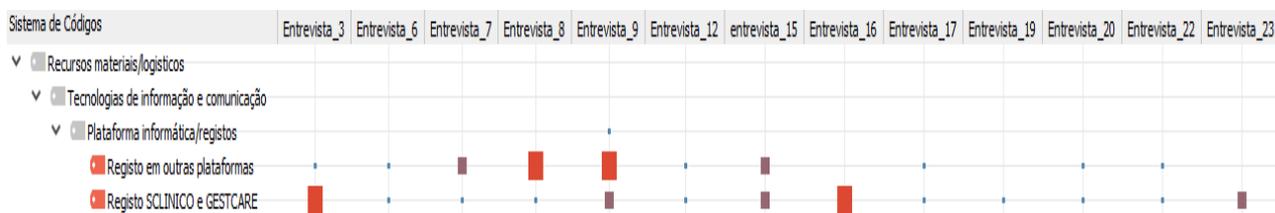


Tabela 20: Plataforma informática utilizadas pelas ECCIs
Fonte: MAXQDA12 – BD

Nas situações em que é necessário contactar a equipa da ECCI, das 11 ECCIs que responderam à questão colocada, apenas 5 equipas (45%) têm telemóvel de serviço, sendo que, maioritariamente, os telemóveis apenas recebem chamadas.

Nas restantes situações, quando o utente ou familiar pretende contactar os profissionais, acaba por fazê-lo através dos números da rede fixa da ECCI, onde deixam recado e aguardam o retorno da sua chamada. Quando é necessário efetuar algum contacto telefónico entre colegas, os profissionais utilizam os seus telemóveis pessoais.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Recursos materiais/logísticos\Tecnologias de informação e comunicação\telemoveis\Telemovel de serviço\Telemovel pessoal\rede fixa	Temos um telemóvel da equipa e temos um telefone fixo
Entrevista_8		Sim temos, mas é assim a nossa ECCI está dividida em duas, não é, uma tem telemóvel e a outra não. Também usamos muitas vezes o nosso telemóvel até para contactar entre nós.
Entrevista_9		O tlm que nos temos é um tlm meu, antigo e o cartão é da Unidade. O aparelho avariou e nunca foi substituído. Tem um problema que só recebe chamadas. Ou acabo por fazer o contacto telefónico do nosso tlm pessoal, com custos para nós, ou aguardar por chegar à unidade e retribuir a chamada do telefone fixo.
Entrevista_12		Esses telemóveis só servem para receber chamadas, mas temos dois telemóveis de serviço. O profissional que está a fazer tardes, o turno da tarde, e o que está a fazer fins de semana e feriados tem esse telemóvel de serviço ligado durante o período de serviço em que as pessoas podem contactar se houver alguma necessidade de cuidado e que não nos consiga contactar para o gabinete.
entrevista_15		Os telemóveis são do serviço.Tinhamos "plafond" de 25 euros mas deixámos de ter o "plafond", e portanto só podemos fazer chamadas entre nós, nos telemóveis de serviço, porque o que for extra pagamos
Entrevista_16		Os tlm sao nossos; Quando precisam de contactar-nos será pelos telefones de serviço. Temos telefone físico de serviço no espaço físico da ECCI
Entrevista_17		Não temos tlm de serviço, devolvemos e não deram mais nenhum. Às vezes usamos o nosso tlm.
Entrevista_19		Não temos tlm de serviço.
Entrevista_20		Não temos tlm de serviço. Utilizamos os nossos pessoais. Ontem em reunião foi-nos dado a conhecer que vão existir.
Entrevista_22		Não temos tlm de serviço. Seria facilitador se pudesse fazer e receber chamadas. Só para receber não é útil.
Entrevista_23		Tínhamos, ou seja nós tínhamos telemóvel desde 96 e actualmente não temos. Quando querem contactar-nos têm que ligar para a Unidade e depois nós temos que tentar entrar em contato com os enfermeiros é muito constrangedor esta falta de contato direto para as equipas, até porque muitas vezes sou eu que atendo e depois eu não conheço os utentes. É muito constrangedor, eu acho que era até mais seguro para os utentes e mais facilitador porque tentar ligar os telefones fixos muitas vezes dão sinal de chamada e estão impedidos, as pessoas têm muita dificuldade em ligar e é muito constrangedor e o telemóvel é uma ferramenta importante e sendo que os enfermeiros andam na rua.

Tabela 21: Tecnologias de informação e comunicação nas ECCIs
Fonte: MAXQDA12 – BD

Quanto aos meios de transporte utilizados nas deslocções ao domicílio, 11 das equipas (84%) deslocam-se no carro do serviço, sendo que destas, três equipas (27%) também o fazem a pé. Do total de equipas entrevistadas é de salientar que três equipas efetuam as suas deslocções em transportes públicos (táxi) e duas equipas utilizam os carros pessoais dos profissionais para prestar cuidados nos domicílios dos doentes.



Tabela 22: Meios de deslocação das ECCIs até aos domicílios dos doentes
Fonte: MAXQDA12 – BD

De acordo com os testemunhos dos profissionais que recorrem ao carro de serviço, a frota automóvel é manifestamente insuficiente face às necessidades existentes. Acrescenta-se o facto de não existirem motoristas, tendo que ser os próprios profissionais a conduzir as viaturas (autocondução) com todas as vantagens e inconvenientes que daí advêm.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Recursos materiais/logísticos/Meios de deslocação\Carro do serviço\Carro próprio	Só temos um carro afeto à ECCI
Entrevista_6		Deslocamo-nos numa viatura que foi obtida através de um projeto ao qual concorremos e portanto foi-nos atribuída. Essa é a mais nova, tem três anos talvez, as outras todas vão sobrando e vamos utilizando. Temos outra viatura que nesta altura está avariada, portanto são viaturas mais velhas e tentamos entre nós articular os utentes por área, articular as visitas de forma a rentabilizarmos o tempo, para pouparmos horas em termos de horas de cuidados e somos nós que conduzimos as viaturas.
Entrevista_7		Adstrito à ECCI temos um carro da camara, ora bem, o carro que nós tínhamos todas as responsabilidades, desde, meter o gasóleo, levar o carro à revisão, o ir buscar o carro à revisão, outros problemas, avarias com o carro. Todas estas tarefas eram feitas e realizadas por nós, até estacionar os carros
Entrevista_8		Temos as carrinhas para a ECCI, portanto temos duas carrinhas somos quatro equipas em que uma é dividida em dois e portanto é verdade que se calhar com mais transporte seria preferível!
Entrevista_9		Viatura da unidade, mas tb fazemos muitos domicílios a pé
entrevista_15		Vamos com o carro do serviço. temos um carro que foi o que nos foi dado na altura pela ARS, e temos outros 2 carros, que repartimos também com as outras unidades, mas tentamos que no período da manhã essencialmente entre as 08h e as 13h estejam na ECCI para as visitas
Entrevista_16		No nosso carro pessoal e pagamos os km. Mas não nos pagam se nós batermos com o carro ou se alguém nos bater. Também não pagamos as multas.
Entrevista_17		Vamos nos carros do serviço, temos dois uma carrinha e um carro, um Volkswagen muito idoso e em autocondução.
Entrevista_19		Deslocamo-nos em viatura do serviço, em autocondução
Entrevista_20		Temos um carro em que a equipa de enfermagem usa o carro, e na medida do possível tenta partilhar com os outros profissionais, no sentido de colaborar nos domicílios que têm, para facilitar e diminuir os tempos de espera. A terapeuta ocupacional anda de transportes públicos, ao fim de dois utentes que visite, o tempo de espera já dava para mais um utente. A fisioterapeuta conduz, faz autocondução num outro carro dos xxxx. Na ausência da D. L., que é a nossa condutora, usamos táxi. é um serviço a crédito com uma empresa de táxis.
Entrevista_22		As viaturas são outra dificuldade e temos que partilhar com o resto do serviço, apesar dos carros serem maioritariamente nosso. A nossa intervenção não existe sem a nossa deslocação. Para isso precisamos dos carros que são uma ferramenta essencial. Sempre de carro.
Entrevista_23		Para além do carro de serviço em autocondução Temos que utilizar o carro próprio porque se não teria enfermeiros parados

Tabela 23: Meios de deslocação das ECCIs até aos domicílios dos doentes: carro do serviço/próprio
Fonte: MAXQDA12 – BD

3.3. Referenciação de doentes

Nesta categoria, os entrevistados caracterizaram os doentes referenciados (género, escalão etário, grau de parentesco com o cuidador) e foram convidados a refletir sobre o processo de referenciação dos doentes (equipas referenciadoras, tipo e motivo da referenciação efetuado para as ECCIs).

É de salientar que no decurso das entrevistas foi acrescentada uma dimensão que inicialmente não estava contemplada, mas que se tornou de grande relevância para a melhor caracterização das ECCIs: Visitação domiciliária/visita de ECCI.

O perfil dos doentes integrados em ECCI são, maioritariamente, doentes que tiveram processos de agudização tendo por isso desenvolvido quadros de dependência (temporária ou permanente), em alguns casos que se prolongam no tempo e evoluíram para situações de dependência irreversível e de longa duração.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Actual ponto de situação das ECCI\caracterização dos utentes	Maior parte dos doentes são acamados e que precisam de reabilitação. A maior parte dos utentes da nossa ECCI são pessoas que não estão há muito tempo acamadas e o levante iria ajudar muito
Entrevista_6		Alguns deles decorrente de um episódio de agudização do qual resultou uma maior dependência por vezes irreversível, a maior parte deles já com algumas limitações. Muitos doentes na área osteoarticular, doentes oncológicos, utentes com situações ortopédicas também e situações de imobilidade, muitas quedas e situações complexas geralmente por razões respiratórias e depois consequentemente de imobilidade que tem repercussões a todos os níveis, a todos os órgãos e sistemas. Todos eles em situação de dependência temporária ou permanente.
Entrevista_12		Muitos dos utentes eram praticamente independentes, tiveram um episódio agudo que os levaram a ter um grau de dependência em casa, e depois basicamente um dos grandes trabalhos que se faz em termos de reabilitação é tentar adaptar as condições do utente à nova realidade, não é, uma nova situação de dependência. As referenciações feitas pelo hospital são muito relacionadas com isto, um episódio agudo, uma pessoa que era independente ou parcialmente independente e por episódios diversos, não é, da situação aguda, depois vêm com um grau de dependência maior para o domicílio. A maior parte dos nossos doentes estão acamados. Achamos que aquilo que estão definidos como critérios de ECCI não traduzem muito a realidade do que são os nossos utentes.
entrevista_15		São situações que se arrastam no tempo, é. Não é uma coisa pontual acontecer, não.
Entrevista_16		A nível de ECCI temos doentes dependentes, eles não conseguem desenvolver as atividades diárias. Alguns já estavam dependentes, com dependência prolongada, que se vêm agravando com o tempo
Entrevista_19		A situação mais típica é o casal de idosos, em que há um deles, esposo ou esposa, que tem uma situação aguda e quem fica a cuidar é o cônjuge. Nós temos imensas situações em que os filhos nos dizem que ou tratam do pai ou trabalho. Se deixar de trabalhar deixo de ter dinheiro para cuidar de mim e para cuidar deles. Mas tb temos o contrário. Temos agregados em que ainda é a reforma do idoso que ajuda a pagar as despesas dos filhos, pq há alguém que está desempregado.
Entrevista_20		Alguns são doentes com situações em que já existia algum grau de dependência e que a última situação de doença levou a uma hospitalização e essa dependência fica ainda mais agravada
Entrevista_22		Temos situações agudas, vi as EGAS Hospitalares, após o internamento, ou situações crónicas via centro de saúde. O internamento da rede tb nos referencia. Os doentes estiveram internados nas diversas tipologias e depois há o regresso ao domicílio ainda precisam de uma intervenção integrada e as UCCI referenciam para nós.
Entrevista_23		Às vezes vêm já muito dependentes ou doentes terminais ou acamados dependentes há muito tempo mas também temos situações em que foi uma fratura, uma queda, uma cirurgia, um AVC que tem que ter reabilitação portanto há alguns que são episódios que lhes causaram uma incapacidade temporária. São mais aqueles muito dependentes e uma dependência irreversível. Temos uma população muito idosa

Tabela 24: Caracterização generalista dos doentes em ECCI

Fonte: MAXQDA12 – BD

Estes doentes são maioritariamente do género feminino (76%) no escalão etário que integra a 4.^a idade (superior a 70 anos). Ressalva-se que existem ECCIs que acompanham utentes em idade pediátrica.

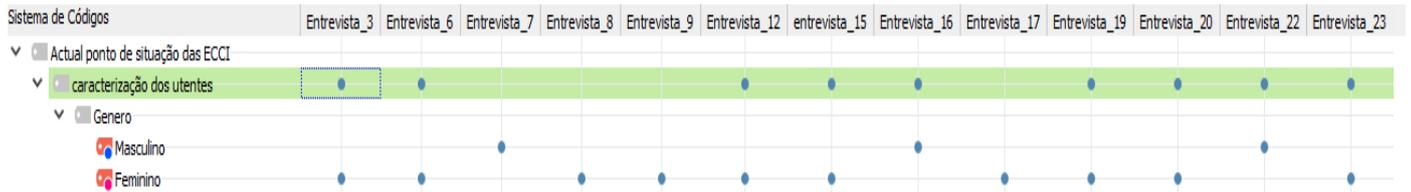


Tabela 25: Caracterização dos utentes em ECCI, por género
 Fonte: MAXQDA12 – BD

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Actual ponto de situação das ECCI\caracterização dos utentes\Escalão etário	Os nossos utentes são muito idosos, a partir dos 65, mas temos muitos utentes com 80/90 anos, mas também acompanhamos crianças.
Entrevista_6		A maior parte da população que nós temos integrada na nossa carteira são idosos, utentes com 90 anos. Depois temos também, uma vez que a ECCI funciona ao longo do ciclo de vida, temos duas crianças integradas em ECCI
Entrevista_7		A média de idade dos doentes, chega a ser 80 anos e 82, temos muitos doentes de 82, 85, 87, 90, 92, 95, 110., ja reformados Neste momento temos mais senhores.
Entrevista_8		Dos 80 para cima.
Entrevista_9		São essencialmente idosos, com média de idades está nos 79/80 anos. Temos 2 doentes com 39 e outro com 23 anos, mas é raro.
Entrevista_12		Dos 80, 90 para cima
entrevista_15		Idade superior a 75 anos.
Entrevista_16		Aproximadamente a mesma idade, 70 anos, até aos 100 anos.
Entrevista_17		Sim 70s, 80 anos.
Entrevista_19		O mais velho tem 101 anos. Neste momento temos mais senhoras, mas é variável
Entrevista_20		Jovens essencialmente a partir dos 70 anos.
Entrevista_22		Nós conseguimos ter polos dispares. Temos crianças com 2 anos, 2 jovens na casa dos 20, outro com 12 e depois temos doente com 40 e a partir daí temos doentes até aos 90 anos. O ano passado acompanhamos mais de 10 doentes com mais de 90 anos. Tb tivemos 2 doentes com mais de 100 anos. Uma com 100 outra com 103 anos.
Entrevista_23		Maioria acima dos 70s, 80s

Tabela 26: Faixa etária dos doentes integrados em ECCI
 Fonte: MAXQDA12 – BD

Relativamente aos cuidadores, que apesar de não serem o foco deste estudo têm um papel preponderante na criação de condições para que os utentes se mantenham no domicílio, estes são na sua maioria elementos da família direta, os cônjuges de idade avançada ou os filhos dos doentes. Há também casos em que a situação económica permite a contratação de entidades de apoio domiciliário que prestam cuidados na área da higiene pessoal e conforto, alimentação e tratamento de roupa. A rede de vizinhança ainda apresenta um peso muito elevado na prestação de cuidados por um cuidador informal, sendo eles que em situação de isolamento social, prestam apoio/cuidados aos doentes. O Anexo 12 caracteriza estes cuidadores informais.

Quanto à referenciação, as entrevistas revelam que as Unidades Hospitalares são a entidade que mais referencia os doentes para as ECCIs (25%), isoladas ou em conjugação com os ACES (25%), Unidades de Internamento da RNCCI (8%) e pela comunidade/visitação domiciliária (25%).

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Actual ponto de situação das ECCI\referenciação\Quem referencia (ACES/UHosp/UCCI)	Nós recebemos de todos: do centro de saúde e do hospital
Entrevista_6		São as Equipas de Gestão de Alta sobretudo dos xxx porque são os hospitais da nossa área de influência, e as unidades funcionais do ACES. Hospitais frequentemente e depois alguns utentes do ACES
Entrevista_7		Quem referencia mais é o hospital, sem dúvida
Entrevista_8		Mais o hospital e depois algumas vezes mas vem por referenciação para o Gestcare, não é, é pedida a visita domiciliária..
Entrevista_9		É essencialmente o hospital. todos, os outros acabam por chegar a nós como visitas domiciliárias e depois avaliamos e desenvolvemos todo o resto do processo.
Entrevista_12		Neste momento é mais hospital.
entrevista_15		o Hospital de xxxx que é o grande referenciador para nós
Entrevista_16		É um pouco de tudo. Temos as unidades do aces, temos o hospital e temos outras unidades da rede que também nos referenciam.
Entrevista_17		Como nós sempre fomos, fizemos cuidados continuados e visita domiciliária portanto os doentes chegam até nós, é de nós para nós. Somos nós que decidimos a referenciação para ECCI, ou então pelo hospital também nos referenciam alguns doentes internados que nós não conhecemos e que nos referenciam doentes internados. Maioritariamente são doentes nossos
Entrevista_19		Qualquer pessoa nos pode referenciar os doentes. Aqui as pessoas já nos conhecem e temos desde o vizinho que acha que o outro precisa e nós vamos sempre avaliar. Nós também temos uma excelente articulação com as IPSS que dão apoio domiciliário e que nos pedem a colaboração para irmos ver o doente e acabamos por sermos nós a fazer a referenciação. Ou as pessoas dirigem-se ao centro de saúde e a primeira visita nós vamos sempre fazer e se for para ir para ECCI fica em ECCI. Se for uma simples VD, fica como VD. Por isso qualquer pessoa pode referenciar.
Entrevista_20		Por norma são os hospitais e a propria RNCCI, as mudanças de tipologia. Os centros de saúde ainda referenciam pouco
Entrevista_23		Referenciam os hospitais e referenciam as unidades de saúde, se calhar metade,
Entrevista_22		Temos situações agudas, via as EGAS Hospitalares, após o internamento, ou situações crónicas via centro de saúde. O internamento da rede tb nos referencia

Tabela 27: Equipas referenciadoras de doentes para as ECCI
Fonte: MAXQDA12 – BD

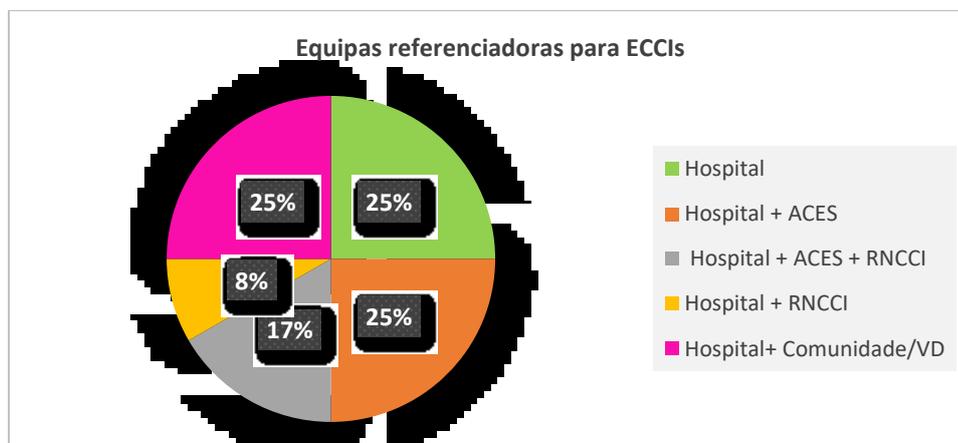


Gráfico 9: Tipificação das equipas referenciadoras de doentes para as ECCI
Fonte: MAXQDA12 – BD

Quanto ao motivo da referenciação para ECCI, as respostas apresentam como denominador comum a prestação de cuidados de enfermagem/clínicos (100%). A reabilitação é a segunda razão pela qual as ECCIs são chamadas a intervir no domicílio (61%).

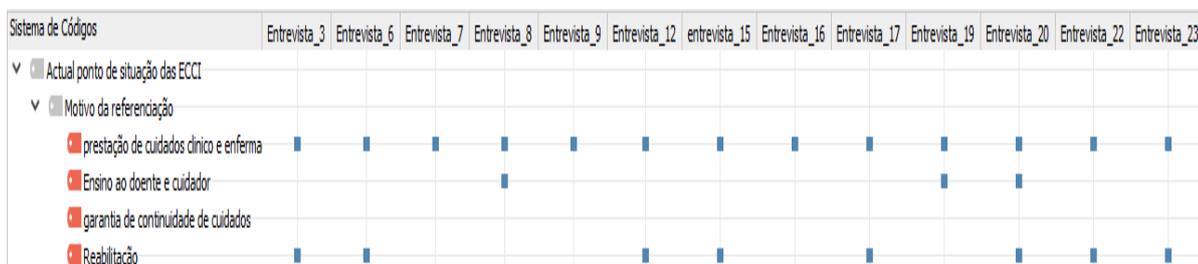


Tabela 28: Motivo da referenciação de doentes para as ECCI
 Fonte: MAXQDA12 – BD

Outro aspeto a considerar é a adequação da informação descrita no processo de referenciação e a realidade com que os profissionais se deparam nos domicílios. Sobre este tema, os entrevistados consideram que existem disparidades entre estes dois momentos de avaliação. Estes profissionais admitem que nem sempre se consegue atualizar a informação no aplicativo informático e que os doentes nem sempre transmitem as suas reais condições/necessidades.

A (des)adequação das expectativas criadas nos utentes e famílias, relativamente à carteira de serviços prestados pelas ECCI, é um facto referido pelos entrevistados como sendo uma área em que é necessário trabalhar com as equipas referenciadoras. (Anexo 13) Com a realização das entrevistas surgiu a necessidade acrescentar uma questão ao guião de entrevista e ao modelo de análise.

Esta questão prende-se com o facto de alguns coordenadores referirem que também acompanham doentes que não estão integrados em ECCI, ou seja, não fazem parte da sua lista de utentes

Das nove ECCIs que se pronunciaram sobre este tema, cinco revelaram acompanhar doentes na situação acima descrita, um acréscimo ao número de doentes que diariamente acompanham. Estes utentes são acompanhados nos períodos que não estão cobertos pelas unidades funcionais de saúde a que pertencem (fins-de-semana, feriados, situações pontuais), independentemente da complexidade de cuidados a prestar ou do tempo gasto na efetiva prestação de cuidados. A leitura das respostas dadas pelos Coordenadores pode ser efetuada no Anexo 14.

3.4. Procedimentos e organização interna

Neste ponto procurou-se conhecer a organização interna das ECCIs.

Os coordenadores pronunciaram-se sobre a forma como trabalham a comunicação externa, o tipo de documentos de identificação da estrutura organizacional de que dispõem (regulamento interno, organograma, manual de acolhimento, etc), a definição de procedimentos e protocolos de atuação, o horário de funcionamento das equipas, as dinâmicas de trabalho das equipas, a integração de novos profissionais e o tema da formação profissional.

Relativamente à comunicação externa, as ECCIs utilizam diferentes estratégias de comunicação desde a elaboração de *flyers*, criação de páginas na internet, passando pelas reuniões com comunidade, realização de jornadas/encontros, sendo que a tradicional passagem de informação boca-a-boca é sempre uma aliada na promoção informal das ECCIS. As estratégias utilizadas pelas ECCIs entrevistadas estão totalmente descritas no Anexo 15 desta dissertação.

Questionados sobre o conhecimento que a comunidade terá sobre as ECCIs, 92% dos entrevistados confirmam que a comunidade conhece-as, contudo consideram que podem não estar devidamente informados sobre a sua carteira de serviços e a distinção formal entre ECCL e visitação domiciliária (Anexo 16).

No que concerne   existência de documentos internos, como o regulamento interno, fluxograma, organograma, manual de acolhimento, a maioria das ECCIs não sente necessidade de elaborar estes documentos na medida em que a UCC tem estes conteúdos estruturados. Contudo, denota-se a preocupa o em fazer o registo das reuniões de equipa, nomeadamente a elabora o de atas em que se identificam os temas abordados e as decisões tomadas (Anexo 17).

Quanto   existência de procedimentos definidos para atua o em caso de acidente, incidente ou dete o de casos de negligência ou abuso, as equipas estão sensibilizadas para esta problemática. Mesmo não existindo *guide lines* estipuladas, verbalizam a facilidade de articula o com a Equipa para a Preven o da Violência em Adultos (EPVA) e a equipa de família dos doentes.

Sistema de C�digos	Entrevista_3	Entrevista_6	Entrevista_7	Entrevista_8	Entrevista_9	Entrevista_12	entrevista_15	Entrevista_16	Entrevista_17	Entrevista_19	Entrevista_20	Entrevista_22	Entrevista_23
Procedimentos e organiza�o interna													
Defini�o e organiza�o interna da equipa													
Procedimento acidentes, incidentes, neq													
artricula�o interna/externa													
Exist�ncia de procedimentos definid													

Tabela 29: Procedimento em situa o acidente, incidente, negligência ou abuso
Fonte: MAXQDA12 – BD

Relativamente ao horário de cobertura das ECCIs, maioritariamente funciona nos dias de semana entre as 8h e as 20h (69%). Ao fim-de-semana a realidade é díspar. Algumas ECCIs apresentam um horário fixo ao sábado para responder aos doentes programados e doentes de visitação domiciliária. Encontramos ainda algumas ECCIs que, durante o fim-de-semana, apenas fazem o acompanhamento em situações devidamente programadas para responder a cuidados inadiáveis, como as situações paliativas com descontrolo sintomático ou necessidade de sedação continua.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da equipa\horarios de funcionamento	A ECCI funciona das 08h00 às 20h00, o fim-de-semana só vamos àqueles doentes que têm úlceras de pressão e que o penso não pode ficar à espera sábado e domingo.
Entrevista_6		Funciona das 8h às 20 h. Da nossa parte trabalhos e marcamos o fim de semana de acordo com o plano de intervenção.
Entrevista_7		Funcionamos das 08h às 20 e tem possibilidades de trabalhar ao fim-de semana
Entrevista_8		Horario das 8 às 20h
Entrevista_9		Das 9h às 20h e aos fins de semana funcionamos em regime de trabalho extraordinário, quando há doentes que têm necessidade desses cuidados. Quando são fins-de-semana prolongados tentamos que os doentes não fiquem mais de dois dias sem cuidados e recorremos ao pagamento de horas extraordinárias.
Entrevista_12		Funcionamos então das 08H às 20h, nos dias de semana, e aos fins de semana das 09h às 16h.
entrevista_15		Das 08h da manhã às 20h. sábados e domingos das 08h às 13h.
Entrevista_17		Das 8h às 18h em ECCI. Das 9h às 17h nos fds e feriados
Entrevista_19		O nosso horário é das 8h às 18h, e fazemos os fins-de-semana.
Entrevista_20		Já vão cobrir das 8 às 20h. Ainda não conseguimos cobrir os fins-de-semana.
Entrevista_22		Funcionamos das 8h às 18h e aos fds funcionamos ao sábado de manha com visitas programadas. Ao domingo e feriados em situações extraordinárias, como em situações paliativas de descontrolo sintomático, uma sedação continua
Entrevista_23		Funcionamos das 8h às 20h, nas férias funcionamos das 9h às 18h e às vezes adequamos um bocadinho se houver necessidade de se estender o horário a resposta é um bocadinho gerida se houver necessidade dividimos e ficará um até às 20h de acordo com as necessidades e a tipologia de utentes que temos. Tb respondemos ao fds quando é necessário.

Tabela 30: Horário de funcionamento
Fonte: MAXQDA12 – BD

No que concerne à dinâmica de trabalho das ECCIs, as reuniões são regulares se bem que com periodicidades díspares. Estas reuniões têm por objetivo discutir os casos que acompanham, definir o gestor de caso e planear a intervenção. Informalmente conversam sempre que necessário com os diferentes técnicos que acompanham as famílias. Também foi possível encontrar ECCIs que desenvolveram estratégias informais facilitadoras da comunicação entre profissionais, como por exemplo a criação de um grupo na aplicação *Whatsapp* para, por exemplo, registo fotográfico de feridas para discussão entre pares. Denota-se também que as equipas procuram criar momentos de catarse, sejam eles no local de trabalho (comemoração de datas festivas) ou em momentos fora do horário de expediente, que os ajuda a lidar com as dificuldades diárias e os une enquanto profissionais. Os coordenadores que fizeram referência à utilização da figura de gestor de caso no

acompanhamento dos doentes, consideram que é uma ferramenta útil e facilitadora da partilha de informação. Estas e outras estratégias adotadas pelas ECCIs podem ser analisadas no Anexo 18.

Relativamente à frequência de ações de formação, das 13 ECCIs entrevistadas, apenas uma não consegue fazer formação.

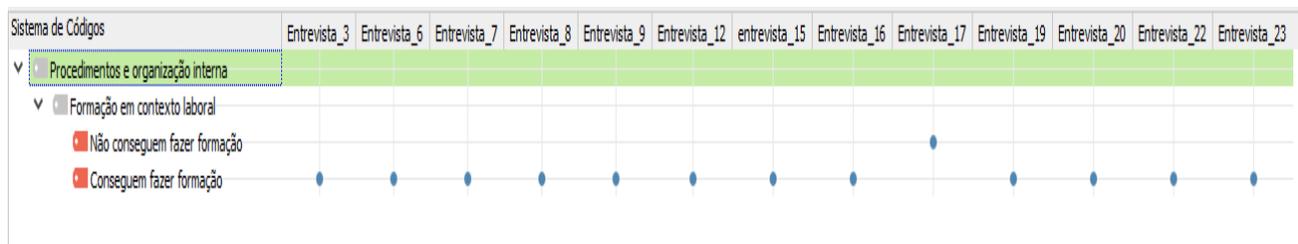


Tabela 31: Frequência de ações de formação
Fonte: MAXQDA12 – BD

Quando questionados sobre os procedimentos de integração de novos profissionais nas equipas, os coordenadores das ECCIs verbalizaram que a integração consolida-se com a ajuda dos profissionais da mesma categoria. Por norma é disponibilizada informação sobre os programas e projetos da UCC e um manual de acolhimento aos novos profissionais. Posteriormente, os novos elementos são alocados às equipas e acompanham as visitas domiciliárias com outros enfermeiros de forma a conhecerem os doentes e apreenderem as dinâmicas implementadas. Outras estratégias verbalizadas podem ser consultadas no Anexo 19 desta dissertação.

No que diz respeito às medidas de controlo de infeção, as ECCIs utilizam várias metodologias de controlo de infeção, nomeadamente as regras básicas de segurança para o doente e para os profissionais: lavagem das mãos, utilização de luvas, máscaras, o fardamento e as medidas preconizadas pelo PPCIRA. Relativamente à recolha de lixos, estes ficam em casa dos doentes, devidamente acondicionados, sendo que a equipa apenas recolhe os lixos tipo IV (resíduos hospitalares específicos, resíduos de vários tipos, de incineração obrigatória, que incluem materiais cortantes e perfurantes).

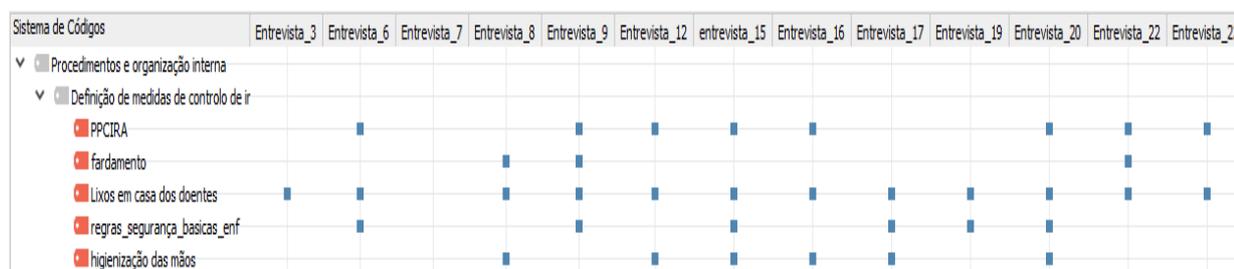


Tabela 32: Medidas de controlo de infeção.
Fonte: MAXQDA12 – BD

3.5. Prestação de cuidados

No que diz respeito à prestação de cuidados prestados pelas ECCI foram consideradas três dimensões de análise: o acesso/acessibilidade, os PII/PIC e as práticas profissionais.

Relativamente às áreas de intervenção das ECCI, o universo da amostra identificou quatro grandes áreas de intervenção: prestação de cuidados de enfermagem/clinico (100%), a reabilitação (84%), ações paliativas (61%) e intervenções em contextos sociais complexos (61%).

Sistema de Códigos	Entrevista_3	Entrevista_6	Entrevista_7	Entrevista_8	Entrevista_9	Entrevista_12	entrevista_15	Entrevista_16	Entrevista_17	Entrevista_19	Entrevista_20	Entrevista_22	Entrevista_23	SOMA
▼ Prestação de cuidados														0
▼ Área dos cuidados prestados														0
■ situações sociais complexas	■		■	■	■	■		■		■			■	8
■ Ações paliativas	■	■	■			■	■				■	■	■	8
■ Ensino ao doente e cuidador				■	■	■				■	■			5
■ Prestação de cuidados clínicos e enfermi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	13
■ Reabilitação	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11
Σ SOMA	5	3	4	3	4	4	3	3	2	3	4	3	4	45

Tabela 33: Áreas de intervenção das ECCIs
Fonte: MAXQDA12 – BD

A legislação em vigor prevê que a efetivação da admissão de doentes na tipologia de ECCI deve decorrer nas primeiras 48 horas após o doente ser colocado na ação destas Equipas. Neste período deverá ocorrer a primeira visita domiciliária e efetuadas as primeiras avaliações de medicina, enfermagem e social.

Todas as equipas cumprem esta obrigatoriedade, sendo que a visita domiciliária de enfermagem é sempre realizada neste hiato temporal. As visitas dos outros profissionais nem sempre conseguem cumprir este requisito legal.

Sistema de Códigos	Entrevista_3	Entrevista_6	Entrevista_7	Entrevista_8	Entrevista_9	Entrevista_12	entrevista_15	Entrevista_16	Entrevista_17	Entrevista_19	Entrevista_20	Entrevista_22	Entrevista_23
▼ Prestação de cuidados													
▼ Admissão													
■ Não cumpre as 48 horas			■			■	■						
■ Cumpre as 48 horas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 34: Cumprimento das 48 horas para efetivação da admissão.
Fonte: MAXQDA12 – BD

No que se refere aos procedimentos pré-definidos em situação de agudização do doente, que por vezes implica o recurso a serviços de urgência hospitalares, a maioria das ECCIs refere não ter nenhum procedimento definido, sendo que a prioridade passa por controlar a situação clínica no doente no próprio domicílio. Quando essa premissa não é exequível, os profissionais das ECCIs articulam com as EGAS hospitalares e com o enfermeiro chefe da urgência. Sempre que possível o doente leva uma carta de articulação da ECCI, tal como descrito no Anexo 20.

Quando questionadas sobre o acompanhamento efetuado aos doentes e respetiva monitorização da prestação de cuidados efetuada aos doentes, todas as ECCIs entrevistadas afirmaram ter um Plano Individual de Cuidados (PIC) para cada doente, o que lhes permite atualizar os registos clínicos e sociais, os objetivos definidos e avaliar os resultados atingidos.

Neste PIC também constam os resultados obtidos com a aplicação de escalas de avaliação (TNF, CIF, escala de morse – risco de quedas, escala de Edmonton – paliativos, escalas de dor, *stress* do cuidador, entre outras).



Tabela 35: Acompanhamento dos processos: Elaboração de PII e aplicação de escalas de avaliação.
Fonte: MAXQDA12 – BD

Os 23 entrevistados foram ainda questionados sobre a viabilidade da resposta dada pelas ECCIs, no âmbito da RNCCI. A resposta foi unânime no sentido em que as ECCIs são consideradas como uma resposta muito viável, mas que necessita de ser repensada. Trata-se de um recurso parco, que necessita de indicadores de contratualização adaptados à sua realidade e que precisa ver reforçados os recursos humanos e materiais.

As famílias também não foram esquecidas. AS ECCIs são para muitos doentes a “janela para mundo”. São o apoio de que os cuidadores precisam para conseguir manter o doente no seu domicílio, garantindo um acompanhamento holístico e uma constante monitorização (Anexo 21).

Quando solicitado aos coordenadores entrevistados que referissem uma boa prática da ECCI que coordenam, ou das ECCIs que monitorizam, foram referidas boas práticas a nível das estratégias de comunicação interna, de trabalho em equipa, do uso da tecnologia em prol dos profissionais e dos cuidados prestados. De referir ainda a desburocratização dos circuitos de referência, a elaboração de procedimentos internos, a articulação com a comunidade, algumas rotinas da trabalho implementadas, o cumprimento dos prazos para admissão e registos nos aplicativos informáticos, entre outras. As respostas obtidas podem ser consultadas no Anexo 22.

Foi ainda solicitado aos entrevistados que verbalizassem uma palavra associada à mais-valia da estrutura organizacional das ECCIs, o maior constrangimento, a maior oportunidade e a maior fragilidade das ECCIs. Das palavras identificadas elaborou-se o esquema que agora se apresenta.

Nome do documento	Oportunidade	Fragilidade	Mais valia	Constrangimentos
Entrevista_1	Adoção da forma organizacional como os doentes recebem esta resposta	Lidar com este modelo de cuidados que carece de algum desenvolvimento e formação	Conflito e bem-estar	Recursos logísticos
Entrevista_2	Satisfazer as necessidades dos utentes e ir ao encontro das suas expectativas	Trabalho fora de portas, que é muito exigente e desgastante para as equipas	A mais valia é para o utente	Para as equipas é um trabalho muito duro
Entrevista_3	Trazer vida às pessoas	Muitas vidas as pessoas têm perdidas. É muito pesado, física e psicologicamente	Recursos	Logísticos
Entrevista_4	Abertura	Falta de recursos	Centralização	Recursos
Entrevista_5	Desolver a funcionalidade os utentes que de outra forma estariam dependentes de forma permanente	A sua coordenação desafia que temos justamente com as USF.	Recuperação funcional dos utentes	Auxílio de recursos humanos e outro
Entrevista_6	O trabalho em equipas e com as famílias	Referir segurança em determinadas áreas do conhecimento, necessariamente cuidados paliativos.	Dar resposta à complexidade, acessibilidade e a disponibilidade.	A descoberta e o tempo de gerir os recursos vitórias, o tempo
Entrevista_7	O caso benéfico em termos económicos para o país.	Muito termos profissionais consultores para conduzir as equipas	Chegar ao utente	Os recursos humanos
Entrevista_8	Estar presente	Impedida para algumas situações serem resolvidas, não conseguimos ir.	Relação do doente	O tempo e os transportes
Entrevista_9	O trabalhar na comunidade, acho que é uma oportunidade fantástica	O trabalhar na comunidade. Porque estamos sozinhos e pode acontecer-nos tudo e mais alguma coisa. Eu trabalhava na urgência de um hospital - eu gritava e qualquer pessoa vinha ter comigo e vinha ajudar. Aquel não	Ter mais estruturas em ECCI	Os recursos
Entrevista_10	A proximidade é o local, e gerir globalmente tudo em termos locais, ou dia local global.	Se não tiverem as pessoas pendentes a trabalhar nesta área de atividade não se têm este alcance	Proximidade	Logística dos transportes, por falta de recursos em vitórias/transportes
Entrevista_11	Redução dos custos, nós damos um bom estar ao doente e ao mesmo tempo reduzimos os custos da estrutura da saúde ou da estrutura da saúde também	Os recursos. O não investimento nas equipas que têm	O bem estar do utente e a prevenção	Recursos físicos e humanos
Entrevista_12	Pensar a vida das pessoas, tentar que as pessoas voltem a ser activas na sociedade, às vezes com poucas coisas mas essa pouca coisa, que acontece.	Se deixamos de ter essa capacidade de resiliência (risco)... acho que deixa de haver ECCI e tudo se desmorona.	Uma trabalho em equipas, um trabalho multi-disciplinar	Não haver avaliação multi-disciplinar das situações
Entrevista_13	É fazer o Centro de Saúde a casa	Entrar em casa das pessoas	Continuidade de cuidados	Comunicação com os médicos da família
Entrevista_14	Aos médicos profissionais, eu acho que a ECCI proporciona uma mudança de experiências que realmente aqui dentro do centro de saúde não se tem. Depois também obriga-os a estar mais próximos, em relação, em relação, quantas e quantas patologias, eles vão aparecer e que eles tem que pesquisar e ver e aprofundar conhecimento em relação a novas medicações, novos tratamentos. Em relação as famílias e aos utentes, a grande mais valia é eles estarem no seu meio ambiente, e estarem com as famílias e receberem os cuidados que tem necessidade	Muito emocional dos profissionais. Eles andam, sempre ali, andam, porque lidam com o sofrimento o dia todo e depois o chegar aqui e só para fazer registos, no programa depois fazem no outro os programas não programam.	Uma resposta mais diferenciada não e verdade, e mais abrangida, porque uma visita de unidade funcional é uma visita que se resume a uma visita médica e de enfermagem. Já ali uma visita do utente é uma forma diferente enquanto que uma visita feita por qualquer um dos profissionais da ECCI é uma visita que que já tem uma visão diferente. Qualquer um dos profissionais consegue perceber qual é a área de intervenção daquele doente	Falta de recursos de alguns profissionais
Entrevista_15	Aos profissionais eu acho que é o desafio constante. Para os doentes é terem o acompanhamento no domicílio, não sair de casa, poder mover, digamos assim, ou realizar-se no seu	Facermos visitas sociais	É as pessoas não ficarem tão isoladas	Recursos materiais, é o facto de os carros, que são escassos, ser o entendimento ou o profissional a contactar
Entrevista_16	Conhecer bem a fundo a realidade. Envolvermo-nos com todos, porque eu ainda acredito nas pessoas. Também estamos aqui um pouco por amor à causa.	Nunca visita domiciliária, se doentes mal tratados, não temos como recorrer a prestar cuidados àquela pessoa, mesmo sem o mal tratado, obrigam-nos a continuar a ir lá. Os médicos, em caso de conflito, podem ser recursos a ficar com o doente doente, não vão nos podemos recorrer a ver ou a visitar o doente. É trabalhar em cima do conflito.	Integração. Variabilidade	Falta de recursos
Entrevista_17	Equipa toda das enfermeiras conhece todos os utentes mas não temos utentes que eu sou gestor de caso daqueles utentes a outra colega é de outros porque vamos mais a casa desses utentes mas todos conhecemos todos e depois a gente conta o que é que aconteceu para partilharmos a informação também para quando lá for a problema ver saber o que é que aconteceu portanto há o ECCI na mesma mas acabamos por partilhar entre	Muito fragilidade, nunca pessoal nisso.	É sempre o doente como um todo e não só uma parte, é mesmo um todo família, utente mas duas vertentes enquanto no MD a gente faz só mesmo a MD. Aos utentes se cuidar é o bem cuidados que prestamos a tempo e tempo e o fato de não terem que sair de casa para serem cuidados tudo ir ao encontro deles, tudo vai ao encontro deles é uma mais valia para os utentes.	O maior constrangimento é o número de visitas e o tempo. O número de visitas nos tempos à segunda-feira é muito e tal visitas.
Entrevista_18		Isolamento. Por ser uma prestação que se faz fora, isso pode levar as pessoas a ficarem mais isoladas. Pode ser uma equipa que pode ser muito acompanhada, mas também pode ser muito isolada.	Multidisciplinar	Heterogeneidade. Isto quer dizer que é muito difícil a adaptação a cada caso se vai. O sair e descer escadas, a adaptação ao dia, se está a chover ou a fazer sol. A adaptação a cada família, penso que tudo isso é uma grande dificuldade.
Entrevista_19	A realização	A maior fragilidade acho que, quando identificamos algum aspeto que não está tão bem, tentamos dar resposta para que o doente não tenha essa fragilidade. Acaba por ser o maior desafio, é dar resposta	A mais valia é a disponibilidade, eu seja, a ECCI da segurança aos utentes e cuidadores que sem a ECCI eles não têm. E nós geramos isso que confrontamos com a MD e as ECCIs. As pessoas mesmo em MD ligavam para nós. Pq? Pq nós não estamos à espera do papel para lá irmos. Isso para nós é uma impossibilidade. Nós falamos tanto na autonomia da enfermagem, mas eu para fazer um plano numa pessoa de um médico que está à porta do centro de saúde, tendo que	O maior constrangimento é mesmo a falta de tempo
Entrevista_20	A maior oportunidade é para quem gosta desta área poder trabalhar	Ainda muita gente desconhece a ECCI, a participação que cada um deve ter quando o doente está em ECCI, nomeadamente a classe		Recursos físicos
Entrevista_21	É avaliar de forma realista as necessidades		Eu acho que é mesmo a proximidade com os utentes e família	É o não conseguir dar resposta as necessidades dos utentes
Entrevista_22	A diferenciação/especialização de cuidados	Os recursos	A intervenção no cuidar. Esta intervenção múltipla.	O maior constrangimento que seja a falta de recursos materiais, incluindo vitórias e motoristas. Este constrangimento faz com que tudo o resto fique comprometido. Isso é tudo uma cadeia e isso
Entrevista_23	Eu acho que é o cuidar em casa, é manter as pessoas em casa no seu ambiente com a sua família e tranquilizarmos a família que aquilo é melhor do que estar no hospital e quando as famílias, por vezes partem, e nos vem agradecer é a melhor paga.	Não estamos sempre contactáveis para os utentes, as questões de comunicação acho que é uma grande fragilidade	Não trabalhamos só.	Não temos os recursos que deveríamos

Tabela 36: Palavras identificativas como sendo as oportunidades, as fragilidades, as mais-valias e os constrangimentos das ECCIs

Fonte: MAXQDA12 – BD

AS ECL entrevistadas foram ainda abordadas relativamente ao acompanhamento/monitorização que efetuam às ECCIs. Das respostas obtidas confirma-se que as estratégias implementadas e os instrumentos utilizados para a monitorização das ECCIs difere de ECL para ECL.



Tabela 37: Tipo de acompanhamento efetuado pelas ECL, às ECCIs
 Fonte: MAXQDA12 – BD

Relativamente às dificuldades que as ECCIs verbalizam às suas Coordenações Locais, estas estão associadas à falta de recursos humanos e matérias (frota automóvel) e o gasto de tempo na duplicação de registos. Encontramos também equipas que, pela sua falta de recursos humanos têm dificuldade em articular-se multidisciplinarymente (Anexo 23). Antes de terminar as entrevistas, foi ainda lançado o desafio: Foi sugerido a cada um dos coordenadores o envio de uma mensagem à Coordenação Nacional da RNCCI. Os resultados foram muito interessantes. Destacam-se: o pedido que sugere um reforço dos meios materiais e humanos de forma a garantir que os cuidados prestados pelas ECCIs possam chegar a mais doentes; o reconhecimento da evolução positiva dos cuidados continuados (integrados); outros optaram por felicitar a Coordenação Nacional pelo trabalho desenvolvido e deixaram ainda palavras de incentivo para a continuação de um trabalho eficiente no terreno. Destaque ainda para a proatividade dos coordenadores em apresentar algumas propostas para a resolução de alguns dos problemas referenciados ao longo das entrevistas. É disso exemplo a entrevista 3, com uma proposta associada ao aplicativo informático; a entrevista 5 que menciona a necessidade de conciliação das ECCIs com a domiciliação hospitalar, entre outras. As *mensagens* podem ser consultadas no Anexo 24. O modelo de entrevista escolhido acabou por gerar informação extra, mas essencial para compreender o dia-a-dia das equipas. Para enquadrar esta informação foi criada a categoria “desabafos”. Aqui é possível perceber as dificuldades do dia-a-dia, as perspetivas de quem trabalha no terreno e que conhece a comunidade como a palma da sua mão. São os desabafos de quem almoça fora de horas mas que reconhece que o seu trabalho é essencial para a manutenção dos doentes no domicílio. São desabafos de profissionais resilientes que vestem a camisa dos cuidados continuados integrados e que, em equipa, ultrapassam os constrangimentos que surgem diariamente. (Anexo 25). A nível de MAXQDA 12, foi criado o código “desabafos”.

3.6. Discussão dos resultados, apresentação de sugestões e recomendações

A área de intervenção subjacente a esta dissertação bem como os objetivos delineados carecem de literatura específica para uma discussão dos resultados obtidos. Assim é chegado o momento de refletir sobre algumas sugestões, recomendações, com o objetivo de potenciar as práticas implementadas nas ECCIs.

É importante salientar que as considerações aqui apresentadas não têm carácter representativo na medida em que a amostra deste estudo foi condicionada aos critérios pré-definidos, não sendo possível extrapolar os resultados obtidos.

Intervenção ECCIs:

Com base na informação apresentada no Capítulo II considera-se que o trabalho desenvolvido pelas ECCIs é uma mais-valia para a prossecução do princípio da continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social. Estas equipas articulam a sua intervenção com os outros níveis de cuidados, permitindo responder às necessidades dos doentes. Porém, para que estes cuidados possam apresentar resultados mais eficientes torna-se necessário refletir sobre as práticas nas diferentes fases de intervenção das equipas (referenciação, admissão, prestação e transferência).

Recursos Humanos:

Apesar da falta de recursos humanos declarados pelas diferentes equipas, na verdade a sua capacidade de resposta é satisfatória, se bem que com prejuízo para os profissionais. Uma situação que poderá ser minimizada com a alocação de técnicos com competências específicas, nomeadamente na área de reabilitação; o reforço de recursos materiais que facilitem a deslocação física dos profissionais e a implementação de procedimentos internos que veiculem boas práticas assistenciais.

A categorização das diferentes especialidades clínicas indica que a intervenção de profissionais de medicina física e reabilitação (fisioterapeutas, enfermeiros especialistas em reabilitação, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais) é essencial na intervenção no domicílio. Assim, tendo por base a generalidade das ECCIs analisadas, considera-se que o reforço de profissionais destas áreas permitirá o aumento da capacidade de resposta na área de reabilitação bem como um alargamento das competências técnicas que permite diminuir a monovalência identificada por alguns dos entrevistados.

A readaptação das tarefas alocadas a cada profissional e o reajustamento da carga horária poderá ser uma estratégia de gestão de recursos humanos a implementar. Apresenta-se o exemplo: dois profissionais da mesma categoria, com duas horas/semana de afetação à ECCI. Se ambos participarem nas reuniões de equipas, que duram em média 1h30m, sobra apenas uma hora de prestação direta (30 minutos para cada um). Assim, se em vez de duas horas/semana um profissional alocar quatro horas/semana conseguir-se-á tirar melhor rentabilidade do seu tempo, em prol das necessidades da equipa e de intervenção com os doentes.

Outro aspeto são as contrapartidas financeiras. Em algumas entrevistas foi referida a “concorrência desleal interna” entre os profissionais das ECCI/UCSP e os das USF. A reestruturação dos cuidados de saúde primários, assente no novo modelo de gestão (empresarial), incentivou a criação de Unidades de Saúde Familiares que apostam nos incentivos financeiros e em melhores condições logísticas para reter os profissionais. Uma realidade que não se espelha nas restantes estruturas do ACES. Face ao exposto considera-se pertinente explorar este tema em teses futuras.

Estrutura organizacional:

As equipas das ECCIs estão integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade do ACES, partilhando espaços físicos, recursos humanos e materiais. Existem mesmo casos em que o Coordenador da UCC acumula a função de Coordenador da ECCI. Uma situação legal que, contudo, merece ser refletida. De forma a fazer salvaguardar um dos princípios constitucionais que orientam as normas da Administração Pública - o princípio da separação de poderes – seria importante dar maior autonomia às ECCIs, garantida através de um coordenador autónomo para cada uma das suas estruturas. A existência deste coordenador permitiria uma melhor gestão das equipas, a definição de *guide lines* de intervenção mais ajustadas à realidade da RNCCI e maior capacidade de gestão de recursos. A reflexão sobre estes e outros aspetos poderão ajudar no delineamento de novas dinâmicas assistenciais potenciadoras do aumento de capacidade de resposta das ECCIs.

Relativamente ao horário de funcionamento das ECCIs, considera-se que há um desfasamento entre o que está legalmente previsto e a realidade partilhada nas entrevistas. Este diferendo é facilmente justificado pelas limitações ao nível dos recursos humanos alocados às ECCIs.

Recursos materiais |Tecnologias de informação e comunicação:

Quando se aborda o tema das tecnologias de informação e comunicação (TIC), foi perceptível o investimento efetuado pelos ACES na renovação do parque informático das

ECCIs. Contudo, diagnosticaram-se fragilidades como a falta de interoperabilidade entre os aplicativos informáticos utilizados - GestCare® CCI, no SCLINICO, no RNU, entre outros. A articulação entre estes sistemas informáticos permitiria ultrapassar os constrangimentos associados à duplicação de registos, garantiria o cumprimento da periodicidade de registos, por via do uso de instrumentos de avaliação idênticos, bem como o acesso à informação por parte de todos os profissionais que intervêm com o doente e família. Para as equipas de cuidados continuados integrados que acompanham crianças, esta interoperabilidade seria uma mais-valia já que o SCLINICO prevê a intervenção em idade pediátrica e disponibiliza instrumentos de avaliação para esta faixa etária, especificidade que não se encontra disponível no GestCare® CCI. Mas as suas limitações não se ficam por aqui. As fragilidades do aplicativo informático da RNCCI - o GESTCARE® CCI – poderia ser minimizadas através da criação de novas categorias relevantes nas atividades das ECCIs: por exemplo, a criação do campo destinado aos registos do Plano Individual de Intervenção (PII), onde os profissionais identificam ações pré-definidas e podem avaliar a sua evolução; possibilidade de registo de intervenção após o óbito; a criação de um módulo estatístico único de apoio à gestão.

Num contexto ideal, a existência de dispositivos de hardware móvel permitiria às equipas aceder aos dados dos doentes que estão a acompanhar no domicílio e efetuarem, em tempo real, a atualização dos registos. As equipas deveriam ainda ter disponíveis telemóveis de serviço, permitindo que estivessem sempre contactáveis (possibilidade de receber e fazer chamadas). Por um lado diminuiria a ansiedade das famílias dos doentes e permitiria a partilha de informação entre colegas de equipa.

Recursos materiais |Dispositivos de deslocação:

A falta de viaturas é um constrangimento muito relevante para as ECCIs. As viaturas são um instrumento de trabalho fundamental para que, em muitas zonas da RSLVT, as visitas domiciliárias possam concretizar-se. Assim, conclui-se que o investimento na frota das ECCIs deverá ser uma das prioridades nas agendas da CN/ARS/ACES.

Caracterização sociodemográfica dos doentes referenciados:

Os doentes acompanhados pelas ECCIs analisadas são maioritariamente pessoas de idade avançada, com patologias do foro osteoarticular degenerativo, doentes oncológicos, portadores de doenças neurológicas ou utentes com situações ortopédicas com consequente imobilidade e repercussões ao nível de todos os órgãos e sistemas.

Uma realidade que encontra eco na literatura analisada bem como as razões que levam os doentes a recorrer à RNCCI: dependência nas atividades de vida diária e a necessidade de capacitar o utente/família. O cuidador é por norma um cuidador

informal (familiar direto) se bem que, em alguns casos, as famílias negociam com IPSS a prestação de cuidados de higiene e alimentação (cuidador formal). De forma muito pontual foi referida a existência de doentes sem cuidador.

Não sendo o foco deste estudo as questões associadas ao cuidador informal do doente em ECCI, importa referir que este familiar é tido como um parceiro na prestação de cuidados e os “olhos” dos profissionais quando estes não estão no domicílio. Por este motivo, considera-se útil usar algumas linhas e apresentar sugestões sobre este tema. Sem a disponibilidade do cuidador, dificilmente o doente consegue manter-se no domicílio, motivo pelo qual, cuidar de quem cuida é também uma das vertentes da intervenção dos profissionais das ECCIs. Torna-se assim necessário desenvolver atividades de capacitação para o cuidador e criar iniciativas de apoio psicossocial aos cuidadores informais. É necessário investir em programas educacionais direcionados sobre temáticas associadas ao cuidar, gestão de expectativas na evolução da doença, entre outros temas. Sugere-se também a implementação de medidas de proteção social que permitam ao cuidador informal ter condições para cuidar e valorizar o seu “trabalho”.

A criação do estatuto do cuidador poderá ser uma estratégia a implementar. Algumas destas medidas já estão implementadas em alguns países da União Europeia e apresentam altos níveis de sucesso (Garcés, *et al.*, 2004), tal como descrito na literatura estudada.

Em relação à medida de “Descanso do Cuidador” (prevista pela RNCCI no n.º3, do artigo 17º, do Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho) considera-se que poderia ser revista a fórmula utilizada para efetuar o cálculo da comparticipação do doente. A medida prevê o seu internamento temporário, até 90 dias por ano, para descanso do principal cuidador. Uma medida válida mas que nem sempre é usufruída dado que o cálculo da comparticipação apenas avalia os rendimentos/património deixando de fora os valores das despesas fixas do agregado familiar.

Uma outra medida de apoio ao cuidador poderá passar pela atribuição de benefícios fiscais. Ainda sobre este tema, um dos coordenadores de ECCI (entrevista 15) apresentou a sugestão da criação de uma *bolsa de cuidadores* formados e capacitados pelos serviços de saúde e ação social.

Referenciação:

A realidade da RSLVT é idêntica às outras regiões do país, sendo importante refletir sobre este facto. A literatura descreve que os ACES referenciam menos que os hospitais. Os coordenadores das ECCIs entrevistados consideram que tal se explica pelo facto de os profissionais dos ACES desconhecerem as respostas da RNCCI. Assim, sugere-se a realização regular de ações de sensibilização sobre este tema.

Relativamente à disparidade entre a informação disponível no momento da admissão e a realidade com que as ECCIs se deparam no domicílio, considerou-se ser necessário efetuar um trabalho de articulação entre as unidades hospitalares e as unidades de saúde dos cuidados de saúde primários. Perceber as dificuldades de referenciação e identificar processos de melhoria poderá tornar mais eficaz a partilha de informação entre os diferentes atores no processo. Esta articulação é fundamental para a programação da alta, em segurança, e para garantir uma continuidade de cuidados integrada.

A nível hospitalar, algumas das ECCI entrevistadas acreditam que as equipas hospitalares ainda não interiorizaram o potencial deste encaminhamento. Há assim um longo caminho a percorrer no sentido de sensibilizar estas equipas - caso estejam reunidas as condições para o doente regressar ao domicílio - para a referenciação para as ECCIs com o objetivo de o doente reabilitar no domicílio. Numa fase posterior, e caso a equipa do ACES considere que o doente tem ganhos com a integração numa unidade de internamento, o pedido de transferência poderá ser efetuado com a garantia de que até à efetivação da transferência, o utente é acompanhado pela ECCI e está integrado em ambiente familiar. Assim, será igualmente proveitoso aprofundar esta matéria através da realização de um estudo mais alargado sobre esta realidade.

Procedimentos e Organização Interna:

No que diz respeito à comunicação externa, considera-se que será benéfico a definição de uma estratégia de marketing nacional/regional, tendo sido verbalizadas algumas medidas passíveis de serem replicadas. É certo que as equipas aqui entrevistadas já se encontram no terreno há alguns anos, o que faz com que sejam conhecidas na comunidade, contudo, face aos fluxos migratórios internos, a disponibilização destes materiais de divulgação da RNCCI permitirá intervir precocemente em doentes com diagnósticos recentes. Não sendo necessário criar materiais de raiz, a ECR tem à disposição panfletos de divulgação da RNCCI e a ARSLVT dispõe de um manual de acolhimento, sendo apenas necessário adaptá-los à realidade do ACES/ECCI. A presença em reuniões concelhias, a criação de parcerias com entidades da comunidade também podem ser uma estratégia para divulgação das ECCIs e respetiva carteira de serviços. Relativamente à organização interna das ECCIs considera-se que as equipas já fizeram o seu percurso e encontram-se em fase de estabilização das suas práticas. Foi possível compreender que os profissionais têm interiorizados alguns procedimentos, mas considera-se que seria benéfico passá-los a escrito de forma a poderem orientar e sistematizar a intervenção e colaborar na integração de novos profissionais na ECCI.

Quando se fala em medidas de controlo de infeção, as equipas aplicam as Regras de Controlo e Segurança do Profissional e Doente, havendo duas áreas onde ainda é possível aumentar a eficácia destes procedimentos: o fardamento e a recolha dos lixos. No decorrer das entrevistas percebeu-se que atualmente o fardamento disponibilizado aos profissionais é insuficiente e a sua higienização é efetuada pelos próprios. A disponibilização de fardamento é uma medida eficaz de controlo de infeção pelo que se sugere a aquisição deste equipamento em quantidade suficiente para todas as ECCIs.

O encaminhamento dos resíduos resultantes da atividade de prestação de cuidados de saúde e que fica na casa dos doentes é considerado um problema de difícil resolução, pelo que merece ser refletido.

Prestação de cuidados:

O protocolo define que as equipas devem efetuar a visita de acolhimento no prazo legalmente previsto para a admissão (máximo 48 horas, pós alta). Estas visitas podem ser rentabilizadas se a equipa que se apresentar for multidisciplinar, permitindo uma avaliação e intervenção holística. Nos episódios de agudização em que é necessário recorrer a uma unidade hospitalar, considera-se que a articulação entre ECCIs e EGAS permite uma agilização eficiente na triagem, mas a implementação de uma “carta azul” proporcionaria uma rápida identificação do doente e uma intervenção mais direcionada. Relativamente à constatação de que equipas de ECCIs prestam cuidados a doentes que não se encontram integrados em ECCI, poderá ser igualmente proveitoso o estudo e análise desta realidade. Contudo, considera-se que os doentes em visita domiciliária saem sempre beneficiados com a avaliação e intervenção holística dos profissionais das ECCIs. Sobre o acompanhamento efetuado pelas ECL ao trabalho desenvolvido pelas ECCIs, sugere-se a criação de uma grelha de acompanhamento adequada à realidade da prestação de cuidados no domicílio, sabendo que, a nível académico já foram apresentadas propostas para responder a esta necessidade.

No que diz respeito às boas práticas verbalizadas pelos entrevistados, foram evidenciadas práticas replicáveis na área da articulação interna/ externas das ECCIs e nas práticas diárias de intervenção com os doentes e famílias.

Não sendo objetivo solucionar as dificuldades diagnosticadas, procurou-se deixar pistas para posterior reflexão. A experiência de quem está no terreno e encontrou estratégias para ultrapassar os constrangimentos é uma mais-valia para perceber a operacionalidade dos serviços. Mas uma análise crítica e imparcial permitirá avaliar de que forma as políticas de saúde podem melhorar as práticas de quem está no terreno. E melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes garantindo-lhes assim uma melhor qualidade de vida.

Conclusão

A política integrada dos cuidados continuados em Portugal é muito recente, mas o resultado dos serviços prestados até ao momento demonstra a sua mais-valia e a capacidade dos atores e políticas se reajustarem às necessidades das comunidades. Para chegar a estas conclusões foi importante contextualizar o seu crescimento, compreender o caminho percorrido, analisar as estratégias implementadas, caracterizar os atores deste processo e refletir sobre as políticas executadas. A base desta dissertação, por que tem que existir um início, foi o trabalho desenvolvido por algumas das Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Ir para o terreno e entrevistar estes profissionais foi uma oportunidade para identificar como funciona a RNCCI, escrutinar as boas práticas, compreender algumas fragilidades e identificar estratégias para melhorar os serviços prestados ao nível dos cuidados no domicílio, integrando o doente no seu seio familiar e comunitário.

O facto de a RNCCI funcionar numa base de interoperabilidade de vários serviços de saúde (unidades hospitalares, cuidados de saúde primários, unidades de internamento) justifica a necessidade de o sistema estar melhor articulado e de se garantir a existência de uma harmonia dos procedimentos e canais de comunicação. A referenciação adequada e atempada para os serviços mais indicados permitiria ao doente obter uma resposta adaptada às suas reais necessidades de saúde e apoio social. E, conseqüentemente, ganhos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Existem ainda alguns aspetos que podem ser potenciados e dessa forma aumentar a eficiência destas equipas. É disso exemplo a interoperabilidade dos sistemas informáticos, a disponibilização de dispositivos de comunicação e de deslocação. Será também necessário melhorar a articulação entre serviços de saúde para que seja interiorizado o benefício, para todos os seus intervenientes, do encaminhamento para as ECCIs.

Não é por acaso que outro ponto a refletir seja os custos associados à operacionalização desta Rede. A resposta domiciliária conseguida por via da ação da RNCCI, tal como referido ao longo desta dissertação, apresenta menores custos financeiros do que o internamento hospitalar ou a institucionalização (temporária) em unidade de cuidados continuados. Neste sentido, a sustentabilidade do SNS, e mais especificamente na área dos cuidados continuados integrados, deveria contemplar a redefinição de critérios de referenciação, o reforço da contratualização de serviços de saúde e um maior investimento em recursos humanos e logísticos com vista a aumentar a resposta da domiciliação dos cuidados.

O modelo perfeito de cuidados continuados integrados ainda não existe, mas é possível delinear políticas públicas de saúde que garantam o acesso de todos os cidadãos a este nível de cuidados. Poderá passar, também, pela criação de uma estratégia legislativa que tenha em atenção as circunstâncias de saúde do doente, a família e todos os parceiros envolvidos. Tudo com vista a responder atempadamente às necessidades de reabilitação e manutenção do doente.

Cumpram-se enaltecer o empenho que as ECCI's revelam na prossecução das funções e a sua capacidade de encontrar "estratégias empíricas" para ultrapassar os constrangimentos diários.

Um outro aspeto que não pode deixar de ser testemunhado é o unanime sentimento de pertença verbalizado pelos entrevistados. A coesão e a cumplicidade reveladas são fatores protetores dos profissionais das ECCIs que saem da sua zona de conforto e trabalham, muitas vezes, sem rede, num ambiente completamente desprotegido. Mas estes profissionais gostam do que fazem e são resilientes. Vestem a camisola e investem nos doentes e famílias, dia após dia, doente após doente. Bem hajam!

Referências bibliográficas

ACSS (2013), *Relatório e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Relatório final*. Lisboa.

ACSS. (2016), *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa. retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

ACSS. (2017), *Relatório e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Relatório final – 2016*. Lisboa retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>

ACSS. (2017a), *Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

ACSS. (2018), *Relatório e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2018*; Lisboa. retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf

Ander-Egg, E. (1983), *Técnicas de Investigação Social*. Buenos Aires: Editora Humanistas.

Araújo, J. F. (2002), *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto Editorial.

Araújo, J. F. (2005), *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Coimbra: Quarteto Editorial.

Arnaut, A., (2009), *Serviço Nacional de Saúde: 30 anos de resistência*. Coimbra: Coimbra Editora.

Arndt, H.W. (1998), From State to Market. *Asian Economic Journal* Vol. 12, nº 4; pp. 331-341.

ARSLVT. (2018), *Relatório de Atividades 2017*. Retrieved from http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/3096/Relat_rio_Atividades_2017_Homologado.pdf

Bardin, L. (2014), *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barr, N. (1993), *The Economics of the Welfare State*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Barros, P. P., Machado, S. R., e Simões, J. A. (2011), *Health Systems in Transition: Portugal - Health system review. The European Observatory on Health Systems and Policies*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf.

Barros, P. P. (2011a), *Transformar para servir melhor. Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal*. pp.51-81. Cascais: Principia Editora.

Bolander, V.B. (1998), *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. pp. 32-52. Lisboa: Lusodidacta.

Caeiro, J. C. (2008), *Políticas públicas, política social e Estado Providência*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.

Campos, A. C. e Simões, J. (2011), *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.

Canha, C., Massano, A., Esperto, H., Rato, J. Geraldo T. (2013), Rede Nacional de Cuidados Continuados e Tempo de Internamento dos Doentes com Acidentes Vasculares Cerebrais 2010-2011. Atas Médicas Portuguesas - *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, Novembro/Dezembro 2013, pp. 683-688, Lisboa: Ordem dos Médicos.

Carapinheiro, G; Correia, T. (2015), Introdução: Diálogos com a sociologia da saúde e da doença, in *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. pp. 1-15. Lisboa: Editora Mundos Sociais/CIES-IUL.

Carolo, D. (2006), *A reforma da previdência social de 1962 na institucionalização do estado-providência em Portugal* (Unpublished masters thesis). Lisboa: ISEG/UTL.

Cochran, W.G. (1965), *Técnicas de Amostragem*; pp. 13-350. Rio de Janeiro: Editora. Fundo de Cultura.

CNRCCI. (2016), *Plano de Desenvolvimento da RNCCI -2016-2019*, Lisboa.

Damgaard, J. B. (1997), *How and Why Bureaucrats Control Their Governance Structure. Scandinavian Political Studies* Vol.20 (3) pp. 245-263. Retrieved from: https://tidsskrift.dk/scandinavian_political_studies/article/view/32903.

DGS. (2015), *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa.

ERS, (2014), *Parecer sobre os limites aos preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros*, pp 10-19, Porto Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1010/ERS_Parecer_Limites_Pre_os_SNS__1_Abr.2014__pub.pdf.

Escoval, A (2003), *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. ISCTE Lisboa. Retrieved from http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tese_doutoramentoanaescoval.pdf.

Esping-Andersen, G. (2000), Um Estado-providência para o século XXI: Sociedades em envelhecimento, economias baseadas no conhecimento e sustentabilidade dos Estados-providência europeus. In: Boyer, R. *et al. Para uma Europa da inovação e do conhecimento: emprego, reformas económicas e coesão social*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A. C. (2011), *Mudar o Presente para Garantir o Futuro. Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal*. Cascais: Principia Editora.

Fortin, M.; Cotê, J.; Filion F. (2006), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Garcés, J., Ródenas, F. e V. Sanjosé (2004), Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach, *Health and Social Care in the Community*, 12(6), pp 466-474.

Harfouche, A. (2008), *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Hassenteufel, P. e B. Palier (2007), Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in *Bismarckian Welfare Systems*, *Social Policy & Administration*, 41(6), pp. 574-596.

Hood, C. (1991), A Public Management for all seasons. *Public Administration Review* vol. 68: pp 3-19.

Jackson, P. (1994), *The new public sector management: surrogate competition and contracting out. Privatisation and regulation: A review of the issues* New York.

Kettl, D. F. (2000), *The Global Public Management Revolution*. Washington (DC):Bookings Institution Press.

Macia, M., Ridao, E., Suay, V. C., Falcón, R. (2010), *Claus per a la construcció de l'espai sociosanitari a Espanya*. pp 10-14. Retrived from <https://www.antaes-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c8784c24b948f4a0c4df0e3e3de9bb6c0608b2e0.pdf>

Mozzicafreddo, J. (1994), O estado-providência em transição, *Sociologia, Problemas e Práticas*, pp. 11-40. Lisboa: Celta Editora.

Nascimento, G. (2015), Os cuidados continuados de saúde em Portugal: perspetiva internacional, experiência do paciente na transição e sobrecarga dos cuidadores informais. Dissertação de Doutoramento em Gestão com Especialização em Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, Lisboa, ISCTE-IUL.

OCDE. (1994), *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.

OCDE. (2013), *Health at a Glance 2013: OEDC indicators*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-aGlance-2013.pdf>.

Odier, N. (2010), The US health-care system: A proposal for reform, *Journal of Medical Marketing*, 10(4), pp. 279-304.

Pais-Ribeiro, J. (2009), A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: *Bem-Estar e Qualidade de Vida* pp. 31-49. Alcochete: Textiverso.

Pereirinha, J. e Nunes, F. (2006), *Política Social e Europa: 20 anos depois*. Coimbra: Almedina.

Pollitt, C. (1990), *Managerialism and the Public Services: the Anglo-American Experience*. Oxford: Blackwell.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva

Rodrigues, L. e Carvalho, A. (2002), *Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde*. Lisboa: Edições Colibri.

Santos, C. (2014), *Equipas de Cuidados Continuados Integrados: Instrumento de apoio à organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados*, Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Tavares, M. (2011), *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto.

Tribunal de Contas. (2009), *Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: 2006-2008*. Retrieved from http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgdc-rel038-2009-2s.pdf.

UMCSP. (2007), *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*, Lisboa

UMCCI. (2009), *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: UMCCI.

UMCCI. (2011), *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa. Retrieved from acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf.

Warrington, E. (1997), *Tree Vies of the New Public Administration. Public Administration and Development* Vol. 17, pp. 3-12.

WHO. (2001), *International Classification of functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO. retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/1/9241545429.pdf>

WHO. (2002), *Lessons for Long-Term Care Policy*, retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_policy_lessons.pdf.

WHO. (2010), *Relatório mundial da saúde: financiamento dos sistemas de saúde o caminho para a cobertura universal*. Genebra. retrieved from http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf

Wilensky, H. (1975), *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*. Berkeley: University of California Press.

Lei n.º 48/90 de 24 agosto

Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro

Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho

Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio

Decreto – Lei n.º 207/99 de 9 de junho

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro

Despacho n.º 9/2006, de 16 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho
Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro
Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro
Despacho n.º 3730/2011, de 25 de fevereiro
Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro
Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de junho
Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro
Despacho n.º 201/2016, de 7 de janeiro
Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio
Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro
Portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro
(Diretiva Técnica n.º 1/2008).

Anexos

Anexo 1 – Guiões de Entrevistas (CN/CR/ECL/ECCI)

Guião de entrevista - Coordenação Nacional	
Categorias	Questão a colocar
Actual ponto de situação da RNCCI	12 anos após a criação e implementação da RNCCI em Portugal, como está a REDE?
	Quais os maiores constrangimentos e dificuldades que se têm colocado à RNCCI?
	Que desafios se colocam à RNCCI? (SM, cuidados pediátricos)
Cobertura Nacional	Fica mais barato investir nas ECCI ou abrir camas de internamento?
	Sendo uma resposta mais barata e mais acessível para alguns dos doentes, como são de taxas de ocupação das ECCI? Caso tx baixas: como se justifica esse valor tão aquém das capacidade de resposta?
	Na comunicação social apenas divulga abertura de camas de internamento e pouco fala da abertura de ECCI sou aumento da capacidade de resposta no domicílio. Pq será? Que estratégia de comunicação?
	Qual a estratégia Nacional para promoção das ECCI? (É um dos eixos estratégicos do plano de desenvolvimento da RNCCI)
	AS ECCI têm projetos específicos, para além da prestação de cuidados de saúde e apoio social convencional? (cuidador, parcerias, articulação com as equipas de apoio domiciliário, formação, etc)
	Que boas práticas se conhecem nas ECCI? Podem ser replicadas?
	Oprojecto ECCI 24 (ARS Alentejo) poderá ser replicável na Região LVT?
Expectativas de futuro para as ECCI	
Análise	A primeira palavra que vem ao pensamento quando se fala em ...
	Mais-valia da estrutura organizacional das ECCI
	Constrangimentos desta estrutura organizativa
	Oportunidades
	Fragilidades

Guião de entrevista - ECR	
Categorias	Questão a colocar
Recursos	Qual a sua opinião sobre a alocação de RH para as ECCIS? (um constrangimento, não é prioritário para o desenvolvimento desta resposta)
	Que medidas é que a ECR tem implementado para alterar esta realidade?
	O que é ainda pode ser feito para transformar esta realidade?
Cobertura Regional	Em que medida é que podemos afirmar que a população da região LVT está totalmente coberta pela prestação das ECCI?
	Sendo uma resposta mais barata e mais acessível para alguns dos doentes, como são de taxas de ocupação das ECCI? Caso tx baixas: como se justifica esse valor tão aquém das capacidade de resposta?
	Fica mais barato investir nas ECCI ou abrir camas de internamento?
	Qual a maior dificuldade e obstáculos que se colocam a nível regional para a expansão das ECCI?
	Qual a estratégia regional para promoção das ECCI?
	Como é o acesso dos doentes às ECCI? (fácil/difícil referenciar, qual o circuito de referenciação)
	Que projetos específico é que as ECCI desenvolvem para além da prestação de cuidados de saúde e apoio social convencional? (cuidador, parcerias, articulação com as equipas de apoio domiciliário, formação, etc)
	Que boas práticas se conhecem nas ECCI? Como podem ser replicadas?
A nível do plano de atividades para 2018, um dos objetivos da ECR passa por <i>"promoção da expansão dos cuidados continuados na RLVT com melhoria e aumento de capacidade das respostas existentes, mas também com desenvolvimento e diversificação de novas respostas, primordialmente no contexto ambulatório e domiciliário e em parceria com vários atores sociais"</i> . Que medidas estão pensadas para atingirem este objetivo?	
Expectativas de futuro para as ECCI	
Análise	A primeira palavra que vem ao pensamento quando se fala em ... Mais-valia da estrutura organizacional das ECCI Constrangimentos desta estrutura organizativa Oportunidades Fragilidades

Guião de entrevista - ECL	
Categorias	Questão a colocar
Recursos Humanos	Que categorias profissionais consideram que as vossas ECCIs têm mais carência?
Acompanhamento e monitorização	Que acompanhamento é efetuado às ECCI? (Fazem acompanhamento? Como é feito?)
	Que instrumentos de avaliação que são utilizados? (grêhas, reuniões, análise de processos)
	Como é que a ECL acompanha a elaboração dos procedimentos e docs internos das ECCI? (autónomos, supervisão, visto)
	Têm definidas estratégias de identificação e despiste do burnout? O Burnout é um problema das ECCIS?
	Quais as maiores dificuldades que as equipas vos transmitem?
	Que metodologia e documentos facilitadores de integração são utilizados junto dos novos profissionais das ECCIS? (manual de integração, vídeo explicativo, experiência dos profissionais mais antigos)
	Que prática reflexiva é efetuada sobre o modelo integrativo dos profissionais? (mudanças implementadas)
	As ECCI são uma resposta viável para o futuro da RNCCI? PQ?
	Fale-me de uma ou 2 boas práticas que considera que a equipa aplica no seu dia-à-dia, que tem permitido rentabilizar a capacidade e qualidade de resposta

Guião de Entrevistas - ECCI	
Categorias	Questão a colocar
Recursos Humanos	Quantos profissionais têm por categoria profissional? É adequada ?
	Qual a disponibilidade/carga horária de cada categoria profissionais?
	Face ao nº de profissionais estão com um grau de multiprofissionalidade elevado/baixo - (monovalência) Equilíbrio de recursos, o que têm em falta?
Recursos materiais	Quando há necessidade de atender uma família como é que se organizam? (sozinhos, equipa, sala)
	Como é a vossa sala de trabalho ? (partilhada/individual/por categoria profissional)
	Como é que a ECCI organiza o armazenamento de medicamentos e material de consumo clínico ? Há algum lugar específico? Como é o acesso ? (restrito)
	A ECCI trabalha com que tipo de produtos de apoio? Quando n têm as ajudas técnicas como fazem (rede social, Serviço Social)?
	Quando vão para os domicílios como é que a ECCI faz relativamente ao material de consumo clínico ? (anda sempre convosco ou deixam em casa dos doentes)
	Como e quando é que os profissionais da ECCI fazem os registos e consultam a informação das plataformas informáticas (GESTCARE, SINUS, SCLINIC)
	Como é a vossa Plataforma informática? (Usam apenas o GESTCARE ou têm bases paralelas)
	Que dispositivos de informação (PC, tlm) o serviço disponibiliza?
Referenciação	Como é que se deslocam até casa dos utentes ? Os lixos?
	Procurando caracterizar os vossos utentes, de forma genérica a ECCI acompanha mais senhores ou senhoras?
	A idade média dos vossos utentes é...?
	A maioria destes doentes, antes de ficarem doentes, ainda trabalhavam?
	Qual o grau de parentesco entre os doentes e o cuidador?
	Quem é que vos referencia mais doentes?
	A referenciação é bem feita?
	Diga por ordem crescente as causas de solicitação (motivo da referenciação) Como é que a ECCI divulga a sua existência (Marketing)
A Comunidade/Cidadãos /Rede Social sabe que esta ECCI existe e a de carteira de serviços q disponibiliza?	
Procedimentos e organização interna	Que documentos é que a ECCI dispõe para identificar a sua estrutura organizacional ? (ex. Organograma)(UCC/ECL)
	Se precisar de consultar o mapa de pessoal/escalas de serviço, horário de funcionamento, onde encontro essa informação?
	Qual o horário de funcionamento da ECCI (dias uteis e fds/feriados)?
	Qual a periodicidade das reuniões de equipa ?
	Que tipo de registos é que efetuam dos assuntos discutidos em reunião ? (ex atas/resumos)
	De quanto em quanto tempo fazem a revisão do RI?
	Que metodologias de integração aos novos profissionais é que a ECCI utiliza? (manual de integração, se está definida a metodologia de integração de novos profissionais)
	Da reflexão que fazem sobre o modelo integrativo dos profissionais, que mudanças têm surgido?
	Como é feita a identificação das necessidades de formação ? Como é elaborado o plano anual de formação da ECCI?
	O plano anual de formação profissional proposto pela ECCI é cumprido?
	Que estratégias de identificação e despiste do burnout é que a ECCI dispõe?
	Que procedimentos é que a ECCI tem para reportar acidentes com profissionais, com utentes, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos ?
	Qual a política de prevenção, deteção e gestão de abusos, maus tratos e negligência, que a ECCI utiliza?
	Que instrumentos de informação/divulgação é que a ECCI dispõe? (Folheto informativo, poster, vídeos)
	Como é feita a nomeação do responsável pela gestão do risco na equipa? (rotativo, nomeação definitiva)
	Por que políticas e procedimentos de controlo de infeção é que a ECCI se guia ? (PPCIRA)
Que formação é que os profissionais que estão envolvidos no manuseamento de resíduos recebem? (reciclagem)	
Que cuidados de higienização das mãos é que os elementos da equipa aplicam no domicilio dos doentes?	
Prestação de cuidados	Após a admissão do doente , em quanto tempo é que a equipa domiciliária realiza a 1ª visita domiciliária ?
	Qual o procedimento para encaminhamento do doente em situações de agudização (necessidade encaminhamento para Unidade hospitalar)?
	No acolhimento ao doente e/ou cuidadores quando é que os doentes e famílias são informados sobre: filosofia e princípios da RNCCI; Regras gerais do funcionamento da equipa domiciliária; constituição dos profissionais da equipa domiciliária; cuidados e serviços prestados pela equipa domiciliária; Direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores; horário de funcionamento da equipa?
	Que material de apoio é disponibilizado (guia de acolhimento, panfleto)?
	Como é assegurada a participação da/o utente ? (a sua perspetiva é considerada e influencia o plano de cuidados; é envolvida/o durante a prestação de cuidados diretos; as suas preferências são registadas e respeitadas, gestão das expectativas)
	Como é que a ECCI garante o contacto das famílias em situações que não estejam devidamente identificadas (urgências, gestão de ansiedades, etc)? Contacto telefónico 24h, e-mail, 112, Linha Saúde 24
	Em que circunstâncias elaboram PIC e PII?
	Qual é a metodologia aplicada para avaliação holística das necessidades e expectativas do doente/cuidadores?
	Que tipo de escalas de avaliação aplicam?
	O PII é realizado pela equipa multidisciplinar, com a participação da/o utente e/ou cuidador? (planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo - curto, médio e longo prazo)?
	As ECCI são uma resposta viável para o futuro da RNCCI ? PQ?
Fale-me de uma ou 2 boas práticas que considera que a equipa aplica no seu dia-à-dia, que tem permitido rentabilizar a capacidade e qualidade de resposta	
Análise	A primeira palavra que vem ao pensamento quando se fala em ...

Anexo 2 – Modelo de análise

Modelo de análise ECL - Entrevistas				
Categorias	Componentes	Dimensões	Indicadores	
Recursos Humanos	Profissionais	Categoria Profissional	n.º de Médicos	
			n.º de Enf	
			n.º de AS	
			n.º de Administrativos	
			n.º Fisioterapeuta	
			n.º de Psicólogos	
Acompanhamento e monitorização	Dinâmicas organizacionais	Acompanhamento às ECCI	Aplicação de grelhas de acompanhamento	
			Monitorização periódicas	
		Integração de profissionais	Existência de Manual/Guia de acolhimento para profissionais (materiais de integração)	
			Boas Práticas	Prespetivas futuras
				Práticas a replicar
		Análise	Meios de Gestão	Auto avaliação Interna e externa à Equipa
Constrangimentos desta estrutura organizativa				
Oportunidades				
Fragilidades				

Modelo de análise ECCI - Entrevistas			
Categorias	Componentes	Dimensões	Indicadores
Recursos Humanos	Profissionais	Categoria Profissional	n.º de Médicos
			n.º de Enf
			n.º de AS
			n.º de Administrativos
			n.º Fisioterapeuta
			n.º de Psicólogos
		Horas alocadas	n.º de Terapeutas Ocupacionais
			n.º de Médicos
			n.º de Enf
			n.º de AS
			n.º de Administrativos
			n.º Fisioterapeuta
Multiprofissionalidade	n.º de Psicólogos		
	n.º de Terapeutas Ocupacional		
	Proporcionalidade/taxa de ocupação		
Recursos materiais	Instalações	Espaço físico	Existência de espaço físico para atendimento de famílias
			Existência de sala de trabalho partilhada
			Existência de sala individual
			Existência de sala por categoria profissional
	Equipamentos e dispositivos de comunicação	Dispositivos promotores de autonomia e funcionalidade	Existência de local de armazenamento de medicamentos e material de consumo clínico devidamente fechado e de acesso condicionado
			Produtos de apoio
		Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)	Material de consumo clínico
			Impressora
			PC
			Plataforma de registo informático
			Tlm pessoal ou de serviço
			PC Portátil pessoal ou de serviço
	Dispositivo de deslocação	Meio de deslocação	Carro
			Táxi
			Transportes públicos
			A pé
		Viatura própria	

Ponto de situação das ECCI	Caracterização sociodemográfica dos utentes referenciados	Género	Feminino
			Masculino
		Grupo/Escalão etário (maioritariamente)	Até 20 anos
			21-40 anos
			41-60 anos
			61-80 anos
			Mais de 81 anos
		Condição perante o trabalho	Ativo
			Inativo
	Grau de parentesco entre o doente e o cuidador	Progenitores	
		Cônjuge	
		Filhos/genros	
		Netos/primos	
		Sem parentesco associado	
	Processo de referenciação	Equipa referenciadora	ACES
			UCCI
			Comunidade/VD
		Hospital	
		Critérios de referenciação para ECCI	
Motivo da referenciação		Ensino ao doente/família	
		Treino de competências	
		Reabilitação	
		Prestação de cuidados clínicos e de enfermagem	
		Acompanhamento	
	Encaminhamento/garantia de continuidade de cuidados		

Procedimentos e organização interna	Documentação de organização interna	Comunicação	Divulgação
			Instrumentos de divulgação e promoção das ECCI
		Definição e organização interna da equipa	Estratificação hierárquica do serviço
			Existência de Mapa de pessoal/Escalas de serviço/Horário de funcionamento
			Horário de funcionamento
			Reuniões periódicas
			Existência de Regulamento Interno (missão, valores, objetivos, dtos e deveres, condições de admissão, mobilidade e alta)
			Existência de Manual/Guia de acolhimento para profissionais
		Formação em contexto laboral	Levantamento de necessidades de formação
		Registo de acidente, incidentes ou acontecimentos perigosos	Definição do procedimento
	Medidas preventivas e de deteção nos utentes		
	Controlo de infeção e gestão de resíduos	Definição de medidas de controlo de infeção	Fardamento
			Procedimentos clínicos (enfermagem, médicos)
			Esterilização de material
			Gestão de resíduos
			Lixos
		Higienização das mãos (lavagem e/ou fricção alcoólica)	

Prestação de cuidados	Acesso e acessibilidade	areas de intervenção	Ensino ao doente/família
			Reabilitação
		Prestação de cuidados clínicos e de enfermagem	
		Encaminhamento/garantia de continuidade de cuidados	
		Acompanhamento	
	Admissão	48h após o doente ser colocado	
		Informação disponibilizada	
	Agudização	Procedimentos	
	PIC/PII	Acompanhamento	Implicação dos intervenientes
			Metodologia aplicada para elaboração dos PII e PIC
Definição de objetivos			
Práticas profissionais	Boas Práticas	Prespetivas futuras	
		Práticas a replicar	
Análise	Meios de Gestão	Auto avaliação Interna e externa à Equipa	Mais-valia da estrutura organizacional das ECCI
			Constrangimentos desta estrutura organizativa
			Oportunidades
			Fragilidades

Anexo 3 – Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Saúde, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo



Exma. Senhora
Dr.ª Mónica Pereira
monica.pereira@arslvt.mis-saude.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		4137/CE/2018	26.04.2018

Assunto: O modelo de prestação de cuidados na RNCCI. O actual ponto de situação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 06.04.2018, tendo sido emitido um parecer favorável condicionado ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo, desde que resolvidas as questões mencionadas no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUIIS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, L.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-016 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 729
geral@arslvt.mis-saude.pt | www.arslvt.mis-saude.pt

Anexo 4 – Consentimento informado

O modelo de prestação de cuidados na RNCCI: o atual ponto de situação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente entrevista insere-se numa dissertação do Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE- IUL, para obtenção do Grau de Mestre em Administração Pública.

Esta investigação procura caracterizar as Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Procura-se obter informações sobre a organização e modelo de prestação de cuidados das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Ao colaborar nesta entrevista está a contribuir para melhorar o conhecimento e compreensão da realidade organizacional e estrutural das ECI, para que possam ser caracterizadas e analisado o seu atual paradigma de cuidados.

Todos os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e serão utilizados exclusivamente para fins académicos.

Confirmando que expliquei ao entrevistado abaixo indicado, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento e respondi a todas as questões que me foram colocadas. Também garanti que, em caso de recusa de resposta, a entrevista continuará a estrutura previamente definida.

Declaro não existir conflito de interesses, não obstante de exercer funções da Equipa Regional de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, assegurando a integridade técnica e imparcialidade da atividade a desenvolver.

____/____/____ (data)

Assinatura _____

Declaro ter compreendido os objetivos que me foram propostos e explicado pelo investigador que assina este documento. Foi-me dada oportunidade de colocar as perguntas consideradas pertinentes e para todas elas obtive resposta esclarecedora. Foi-me garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos e deveres enquanto profissional se eu recusar esta solicitação.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado e respetiva gravação das declarações.

Identificação do Entrevistado/Órgão e Cargo

____/____/____ (data)

Assinatura _____

Documento elaborado em duplicado (uma via para o investigador e outra via para o entrevistado)

Anexo 5 – E-mail de agradecimento aos entrevistados (a título exemplificativo)

De: Mónica Pereira|
Enviado: xxxx de 2018 18:52
Para: XXXXXX
Assunto: Agradecimento

Cara Enf.º XXXXXXX

Terminada a fase da pesquisa de terreno, venho agradecer a disponibilidade demonstrada para a realização da entrevista.

Espero que este trabalho, que também é um pouco das ECLs e ECCIs LVT entrevistas, evidencie algumas das boas práticas, dê voz às dificuldades partilhadas e principalmente que abra caminho para que os profissionais continuem a prestar cuidados de qualidade e que mais doentes possam beneficiar desta resposta.

Continuação de bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Mónica Pereira

Anexo 6 – Tabela organizativa das entrevistas

Denominação do Prestador onde a equipa se encontra integrada	Equipas da RNCCI	Data da entrevista
Lisboa Norte	ECL	16/05/2018
	Sete Rios	16/05/2018
Lisboa Central	ECL	09/05/2018
	Olivais/Marvila	17/05/2018
Lisboa Ocidental e Oeiras	ECL	10/05/2018
	Consigo	09/05/2018
	Saudar	10/05/2018
	Cuidar Mais	11/05/2018
Cascais	ECL	17/05/2018
	Cascais	
Amadora	ECL	14/05/2018
	Amadora	
	Venda Nova	
Loures e Odivelas	ECL	25/05/2018
	Loures	29/05/2018
Arco Ribeirinho	ECL	22/05/2018
	Barreiro	22/05/2018
	Moita	22/05/2018
	A Cuidar do Vale até à Baixa	22/05/2018
Arrábida	ECL	15/05/2018
	Sesimbra	30/05/2018

Anexo 7 – Tabela identificativa das Equipas entrevistadas

Denominação do Prestador onde a equipa se encontra integrada	Equipas da RNCCI
Lisboa Norte	ECL
	Sete Rios
Lisboa Central	ECL
	Olivais/Marvila
Lisboa Ocidental e Oeiras	ECL
	Consigo
	Saudar
	Cuidar Mais
Cascais	ECL
	Cascais
Amadora	ECL
	Amadora
	Venda Nova
Loures e Odivelas	ECL
	Loures
Arco Ribeirinho	ECL
	Barreiro
	Moita
	A Cuidar do Vale até à Baixa
Arrábida	ECL
	Sesimbra

Anexo 8 - Atual ponto de situação da RNCCI – CN/CR (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_1	Actual ponto de situação da RNCCI	A RNCCI tem estado a sofrer um conjunto enorme de transformações portanto é difícil caracterizá-la. Contudo eu diria que a RNCCI nestes 12 anos desenvolveu-se do ponto de vista não tanto quanto as expectativas iniciais já neste momento era para estarmos a alcançar número de camas e lugares previstos em 2006 e não estamos bastante longe principalmente em algumas regiões aqui meto o segundo elemento de caracterização no desenvolvimento da rede portanto não só não atingiu os objetivos quantitativos/númericos como também tem evoluído com certo desequilíbrio.
		A RNCCI não se desenvolveu em diversidade portanto ela tinha as respostas clássicas e portanto manteve-se com essas respostas. Não havia respostas para a saúde mental não havia respostas e não há ainda para as pessoas com demência para as crianças que não cabem na rede.
		O fenómeno da dependência não é exclusivo dos idosos por isso as crianças carecem desse tipo de respostas
		Um grupo de constrangimentos mais pequenos do dia-a-dia e que resultam do facto de a RNCCI ser uma realidade que exige uma perspetiva sistematicamente interinstitucional. Não é possível pensar a rede sem pensar a relação com os hospitais com os cuidados de saúde primários com a segurança social, com a família e aí fruto do facto de a rede de as pessoas n estarem muito habituadas a este tipo de linguagem, aí surgem sistematicamente pequenos obstáculos, que são ultrapassáveis, mas surgem pequenos obstáculos.
		Há uma dimensão nesta dimensão interinstitucional que é introduzida pela RNCCI. É uma dimensão nova porque não se trata de falarmos da relação entre cuidados de saúde primários e hospitais que são estruturas exclusivamente publicas e que têm alguma obrigação de se relacionarem.
		É um tipo de diálogo e a RNCCI vem introduzir nesse diálogo entidades terceiras que estão a prestar um serviço público. São as Misericórdias, as IPSS e os privados que contratualizam com o Estado a prestação deste serviço. Por essa ordem de ideias, essa necessidade de diálogo é maior ainda.
		Simplemente a RNCCI não chega a mandar um doente por dia por urgência como agudização.
		A resposta que tem sido dada pela RNCCI, é uma resposta que tem que ser repensada em termos de futuro, porque como está neste momento, ela vai respondendo, mas não está pensada para responder ao agravamento e aprofundamento do problema da dependência.
		O que está em causa agora é a integração e continuidade de cuidados. Quer os Hospitais quer os Cuidados Saude Primários têm que repensar a sua resposta para garantirem que esta integração e continuidade de cuidados existe e que as pessoas não caiem pelos buracos da rede.
		Para além disso tb é verdade que as Equipas/unidades funcionais, têm que pensar na sua estratégia de marketing, e têm que mostrar o que andam a fazer.
		Os desafios tecnológicos estão na ordem do dia. As ECCI ainda não têm o básico que é a mobilidade de dados e de voz. As ECCI não têm em casa das pessoas um dispositivo hardware qualquer (tablet, portátil) que lhes dê acesso aos dados daquelas pessoas no local onde estão a prestar cuidados. Isto é o mais básico de tudo.
		Voltando aos constrangimentos das ECCI em concreto são neste momento, em algumas, a monovalência de competências
		Num plano mais logístico temos por um lado a ausência de meios de deslocação física (transportes) com condições, porque não é andar de táxi que resolve o problema.
		Um outro constrangimento é que as ECCIs são obrigadas a registar em dois sistemas de informação.
		Os cuidados que são assumidos fora da hora da prestação é assumido por alguém, que são os cuidadores informais. Sendo necessário atribuir um valor económico a isso. Mesmo assim, atribuindo este valor, que não é pago, mas que pode ser considerado um "out of pocket". Não é pago pelo estado mas tem valor económico, e mesmo assim fica um valor mais barato.
		Estamos em querer que a baixa tx de ocupação não é só resultado deste desajuste, mas também é resultado do facto das referências serem baixas.
		É evidente que esta defesa das ECCIs, deste modo de intervenção, deste modelo de prestação de cuidados, nunca tinha sido feita. E isto pq? Pq a resposta dos cuidados saúde primários, não podemos esquecer que as ECCIs são uma resposta dos CSP, sempre esteve focada nas USF e UCSP.
		As ECCI não podem trabalhar sozinhas no terreno. É necessário negociar com todos uma articulação de intervenção em casa das pessoas.
		Tem que fazer parte do seu plano de cuidados trabalhar com o Cuidador informal, isto é, entende-lo numa dupla faceta: Ele é nosso parceiro (presta cuidados como nós e tem que ser capacitado) e ele é utente (enquanto prestador de cuidados num número de horas bem superior das que as equipas prestam).
Os projetos das ECCI que conheço, elas estão focadas exclusivamente na prestação de cuidados que é pedida pela RNCCI. Nesse sentido, o esforço que fazem é no sentido de criar essas articulações.		
Entrevista_2		Neste momento ha muitas dificuldades de contratação, o que não facilita esta gestão. Não é fácil contratar novos profissionais, muito menos os profissionais que não sejam de determinados grupos profissionais que não sejam médicos ou enfermeiros. Neste momento é impensável contratar psicólogos, fisioterapeutas, todas essas categorias estão particamente excluídas destas novas contratações.
		Estas equipas acabam por funcionar de uma forma pouco articulada. É curioso que há pouco tempo juntámos as ECCI e hospitais de uma outra zona e eles tb fizeram esse reparo. Não referenciam pq não sabem o numero de vagas. E isto resolve-se de forma simples, através de reuniões periódicas entre eles o envio de um mapa semanal com a informação...para estarem todos em sintonia. Mas não há responsabilidades exclusivas. No geral é do sistema que está muito desarticulado, que por vezes funciona mto pouco focada no doente.
		Mas mais do que marketing é uma questão de articulação e de funcionar de forma mais próxima. Sendo que as EGAS conhecem os serviços, mas que vai referenciar são os profissionais dos serviços, que por vezes não sabem. Internamente tb pode ser feito algum trabalho de passar a palavra sobre estes serviços. Nos hospitais isso é fundamental. Essencialmente os médicos não têm noção das respostas que podem ser dadas aos doentes e incentiva-los.

Anexo 9 - Conteúdo das entrevistas relativamente à dimensão dos recursos humanos/categorias profissionais existentes. (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Recursos Humanos\Categorias profissionais existentes	Depois da recente entrada de novos enfermeiros já conseguimos ter um rácio melhor porque nos últimos 3 anos tivemos um rácio de 7 doentes por enfermeiro.
Entrevista_4		Os recursos são mínimos.
Entrevista_5		Eu diria que deficitárias.
Entrevista_7		Estamos mesmo muito a quem daquilo que são as lotações seguras.
Entrevista_9		Parece-me que é insuficiente. Relativamente aos cuidados de enfermagem e às dotações seguras que saiu em Diário da República é um enfermeiro para cada 7 doente. Parece-me que é insuficiente. O q está preconizado é que cada Enf. de reabilitação tenha 2 vagas por ECCI. O que eles fazem é prestação dos cuidados gerais e depois prestam os cuidados da especialidade. Mas as visitas de enf. de reabilitação, que devem ter no mínimo uma hora, acabam por não ser fácil elas conseguirem fazer. A nível médico faz muita falta. Existem outras UCC que têm médico a tempo inteiro e nos temos que articular com o médico de família das 11 unidades funcionais do ACES e ainda temos 40.000 doentes sem médico.
Entrevista_10		Nos doentes sem médico, apesar de organizacionalmente nós termos responsabilidade no coordenador da unidade funcional respetiva a que o doente pertence, obviamente só mesmo numa situação em que é necessário alguma coisa e um contacto direto e às vezes insistentemente é que há uma visita, há uma prescrição, há uma coisa deste género no sentido de colmatar a necessidade médica concreta, portanto digamos que as ECCI são um bocadinho órfãs de médico e só ultrapassa essa situação um pouco por uma articulação mais intensa, mais aproximada, dos outros profissionais das ECCI, nomeadamente os enfermeiros.
Entrevista_11		De recursos humanos são muito carenciadas principalmente de profissionais que estejam no terreno.
Entrevista_12		Quando fizemos o projecto para os cuidados continuado era pedido assim um projecto exaustivo, com número de profissionais a alocar, justificar porque é que precisávamos daqueles profissionais, número de horas, e tínhamos que fazer orçamentos até para os ordenados das pessoas e apresentar esses valores todos, e na altura o que constatámos é que realmente o projecto foi aprovado e aprovado, enquanto projecto total mas na realidade em termos de condições mantiveram-se as mesmas.
Entrevista_13		Estamos melhor agora com a integração de novos colegas do concurso de 2015, em que o nosso ACES foi brindado com 36vagas apesar de só terem sido admitidas 27 pessoas e estamos aguardar a solução para as 9 desistências. De qualquer maneira as equipas foram reforçadas. Por exemplo a ECCI de xxxx tinha um elemento passou a ter um elemento e meio. Meio elemento porque as pessoas dão horas, não estão a dar as 35 horas.
entrevista_14		Bem, e assim, neste momento e em relação a ecci da xxxx, eu considero que a nível de profissionais de enfermagem a equipa já está com bastantes horas de enfermagem, no entanto carece de horas de fisioterapia e de terapia ocupacional A ecci de xxxx ainda precisa de mais horas de enfermagem assim como carece de horas de terapia ocupacional.
entrevista_15		Os recursos em termos de reabilitação, gostaria que fossem mais, porque eu gostaria de dar mais apoio, aos utentes, que não consigo dar tanto, porque vou seleccionando os doentes que fazem mais sentido ter o meu apoio, que precisam também da reabilitação para ali numa fase inicial dar mais "intensivismo" digamos assim, à atitude de reabilitação com os fisioterapeutas, que é para depois ficarem bem e podermos dar alta, quando podemos, e os outros colegas são colegas generalistas. São 4 enfermeiros, 10 utentes para cada enfermeiro, tem fases em que é mais ou menos leve, digamos assim, outras em que é extremamente complicado.
Entrevista_16		Na equipa existem especialistas em várias áreas. Quando sentimos necessidade de complementar esse trabalho, articulamos com outros profissionais. Fazemos uma avaliação em função das necessidades dos doentes e das famílias e depois articulamos com os vários profissionais, de acordo com a avaliação integrada que fazemos. Em função disso pedimos a colaboração dos vários profissionais, seja a nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, por aí.
Entrevista_16		Sim e já temos um grande histórico ao nível desta ECCI. Já tivemos um diretor que nos obrigou a fazer um plano de atividades em que eram dadas horas de cada profissional. E nós sabíamos, por exemplo, que às 2ª, 4ª e 6ª feiras a fisioterapia dava-nos 4 horas. E houve uma altura que ela nos deu 12 horas. Depois as coisas mudam. Na altura havia 2 fisioterapeutas, sendo que uma delas nos dava 12 horas por semana. Entretanto uma delas reformou-se, a outra ficou sozinha e teve de ser redistribuída. Com isto as horas acabaram. Também havia duas assistentes sociais, uma continua a exercer as suas funções, a outra está com atestado prolongadíssimo. Conclusão, também tem de se redistribuir. Os profissionais são os mesmos ou menos e as atividades que nos pedem e os projetos são cada vez mais.
Entrevista_17		Não chegam . Temos 40 utentes neste momento temos 39, são 40 utentes mas ainda fazemos mais outras coisas sem ser só em ECCI porque temos visita domiciliária da xxxxx e de xxxxx portanto temos que dar resposta a isto tudo não chegam só os três profissionais.
entrevista_18		Neste momento, a nível de Recursos Humanos as ECCI estão a níveis mais ou menos suficientes. Em termos de enfermeiros, há uma ou duas equipas que ainda têm falta de enfermeiros, mas a partir de abril deste ano algumas equipas foram reforçadas e estamos também a ter a colaboração, ainda não da forma exatamente como queríamos, mas estamos a ter a colaboração de outros profissionais para que as ECCI sejam verdadeiramente multidisciplinares. Temos feito algumas reuniões semestrais nesse sentido, e eu penso que se está a caminhar para isso, se bem que ainda há algumas imperfeições
Entrevista_21		Aquilo que nos é reportado pelas ECCI todos eles referem carências a nível da reabilitação. Por outro lado referem necessitar de outros profissionais de outras áreas que não têm. Como por exemplo a saúde ocupacional, terapia da fala. Isso eles acham que seria uma mais-valia e que faria parte dos profissionais a alocar às ECCIs.
Entrevista_22	Estes recursos não chegam. Precisávamos de mais da área da reabilitação. Pq a necessidade na área reabilitativa é muito grande e muito exigente. A nossa área é muito grande, temos uma grande dispersão geográfica, estando a ser muito difícil dar resposta às necessidades. Sem mexer na carteira base, precisamos de mais profissionais na área da reabilitação.	

Anexo 10 - Ajudas técnicas nas ECCIs (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Recursos materiais/logísticos\Dispositivos promotores de autonomia e funcionalidade\Têm/não o banco de ajudas técnicas/produtos de apoio	Temos alguns materiais que as utentes ou familiares de utentes nos dão, por vezes depois do falecimento do utente. Quando temos algum material em falta, as nossas assistentes sociais têm boa relação e articulam muito
Entrevista_6		Algumas já tínhamos e fomos mantendo, no tempo de continuidade de cuidados inclusive, e de algumas ajudas que foram ficando e portanto mantemos e emprestamos. Também encaminhamos para a comunidade. Se uma situação em que o doente tem possibilidade de poder adquirir, se não encaminhamos para os centros sociais e paroquiais que alugam, nomeadamente com a ajuda da assistente social, com a nossa orientação em termos de ajudas técnicas na área da reabilitação
Entrevista_7		Temos, têm as assistentes sociais, mas para além disso temos aqui alguma reserva porque, alguns doentes, que depois de morrerem que entregam-nos ou fazem uma doação como por exemplo camas articuladas, os andarilhos, os colchões de pressão alternadas, e nós guardamos este material, religiosamente Quando estamos perante um doente que nós já vimos, ou detetamos logo que tem dificuldades económicas, vão as ajudas que nós podemos disponibilizar. Quando não têm, quando essa gestão caseira já não chega, acabam por ter que recorrer à rede social.
Entrevista_8		Não temos banco de ajudas técnicas, articulamos com a comunidade
Entrevista_9		Não temos banco de ajudas técnicas. Algumas coisas que os familiares nos vêm entregar quando os familiares falecem, e nós aceitamos, ainda há pouco tempo aceitámos uma cama articulada e sempre que nos dão nós aceitamos e damos imediatamente a outros doentes. Quando é preciso articulamos com a camara municipal da xxxx que tem o banco municipal de ajudas técnicas.
Entrevista_12		Banco de ajudas técnicas pertence ao ACES, é gerido pelo serviço social. O acesso não é difícil só que as ajudas técnicas são poucas,
Entrevista_16		Agora não temos ajudas técnicas, já tivemos. Porque há cerca de 10 / 12 anos atrás as autarquias tinham uma verba da parte social, quando se chegava ao segundo semestre do ano eles tinham de gastar as verbas, caso contrário no ano seguinte não as tinham. Nessa altura ligavam-nos a perguntar o que é que nós precisávamos. Nessa altura conseguimos adquirir cadeiras, camas articuladas, colchões anti escaras, andarilhos e coisas assim do género, através das várias freguesias. Etínhamos um armazém onde guardávamos esse material. Com o passar do tempo e com o uso que as pessoas lhe dão o material vai-se degradando e para a manutenção não havia dinheiro. As coisas foram-se perdendo. O centro de saúde também não tinha dinheiro para a manutenção e como nós articulávamos muito com as autarquias. Havia determinadas ajudas técnicas que nós reportávamos a necessidade de manutenção, ao que eles respondiam afirmativamente. Por outro lado esse espaço onde guardávamos esse material perdeu-se porque passou a ser um arquivo. Não temos espaço para guardar o material, nem para fazer toda a logística associada. Tudo isto, pouco-a-pouco foi-se transferindo para as juntas de freguesias. Neste momento articulamo-nos com elas, as Juntas têm um espaço onde guardam todas as ajudas técnicas e emprestam à população que reside naquela freguesia. Ou seja, não somos nós que gerimos este banco de ajudas técnicas. No passado fomos nós a gerir, mas chegamos à conclusão que não era funcional e que não havia condições para isso. Nem para a manutenção, nem para guardar, nem para a logística associada. Agora tudo isso é da responsabilidade da junta de freguesia.
Entrevista_17		Temos algumas ajudas técnicas que já foram de um projeto do início dos cuidados continuados em 98, temos algumas camas articuladas já em mau estado também porque já são dessa altura de 98, alguns colchões tripartidos, colchões anti escaras esses por exemplo já não porque se vão estragando, temos um ou outro que os familiares dos utentes alguns também nos dão, cadeiras de rodas também está tudo muito danificado porque ficam muito tempo em casa das pessoas as peTemos algumas ajudas técnicas que já foram de um projeto do início dos cuidados continuados em 98, temos algumas camas articuladas já em mau estado também porque já são dessa altura de 98, alguns colchões tripartidos, colchões anti escaras esses por exemplo já não porque se vão estragando, temos um ou outro que os familiares dos utentes alguns também nos dão, cadeiras de rodas também está tudo muito danificado porque ficam muito tempo em casa das pessoas as pessoas servem-se e depois quando devolvem já não vêm em condições, em bom estado também não temos quem faça a manutenção desse tipo de material acaba por ficar danificado naquilo que a gente pode dar um jeitinho a gente ainda dá o que não se consegue fazer fica danificado mas basicamente é as camas articuladas e os colchões tripartidos e as grades protetoras das camas.
Entrevista_19		Nós temos muito poucas ajudas técnicas. Tivemos colchões de pressões alternadas, mas estragaram-se pelo uso e não foram repostos. Existe um banco de ajudas técnicas que pertence à xxxxxx e nós damos o contacto e eles fornecem quando têm. Colchoes, cadeiras de rodas, andarilhos, embora já haja colchoes baratos.
Entrevista_20		Temos um banco de ajudas técnicas que recebemos à dias. Temos andarilhos, camas articuladas, canadianas, colchoes de pressões alterna.
Entrevista_22		Nós temos uma salinha com ajudas técnicas que são doações dos doentes. Nós recebemos e partilhamos. Contudo há sempre, através das assistentes sociais da nossa equipa, a orientação para as ajudas técnicas, quer seja na rede municipal, quer seja através da segurança social. Nos temos materiais mas são por doação dos utentes
Entrevista_23		temos um banco de ajudas técnicas de uma parceria entre o centro de saúde, temos algumas camas articuladas já muito velhinhas, temos umas elétricas novas. O banco das ajudas técnicas a gestão é do centro de saúde, é a assistente social é que encaminha os utentes e que vê as coisas todas. Quando não temos resposta também há IPSSs que tem bancos de equipamentos e equipamentos com aluguer com custos mais baixos

Anexo 11 - Parque informático e plataformas informáticas nas ECCIs (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Recursos materiais/logísticos\Tecnologias de informação e comunicação\PC	Temos computadores suficientes para todos os profissionais, impressora, digitalizadora
Entrevista_6		Os computadores funcionam bem
Entrevista_7		As máquinas (PC) são boas, são computadores bons. A rede e que não é
Entrevista_8		Neste momento temos mais computadores, o que ajudou bastante,
Entrevista_8		Neste momento os computadores são rápidos
Entrevista_9		Tem 5 pc para as 4 equipas
Entrevista_12		nós temos 4 computadores já bastante antigos, mas vão funcionando. Temos ainda duas impressoras já com dificuldades em arranjar tinteiros
entrevista_15		Computadores temos 3 computadores lentinhos, então a esta hora, lentinho mais lentinho não pode ser.
Entrevista_16		Os computadores funcionam, as plataformas é que ficam lentas.
Entrevista_17		já temos quatro computadores que não tínhamos, cada uma tem o seu. Eles Funcionam bem e cada uma ter o seu é bom
Entrevista_19		Temos computadores que não são rápidos e o acesso é muito complicado. As vezes nem se consegue abrir as páginas. A nível informático já ouvi a versão de dois fatores a contribuírem: Uma é o material que não é muito recente, mas dizem que o problema está no servidor. Que a rede em si é má. Na prática o que constatamos é que não conseguimos dar resposta a determinadas situações por não termos sistema informático. Isto não é todos os dias, mas todas as semanas acontece. As vezes nem o e-mail conseguimos abrir, o que atrasa um pouco o nosso trabalho. Em relação às impressoras a coisa está preta (risos). As impressoras têm vindo a avariar e não são substituídas. Agora temos uma centralizada e mandamos imprimir e vamos lá buscar.
Entrevista_20		Os computadores são todos novos. Estão a funcionar bem neste momento. Eles estão todos ligados à rede e funciona muito bem.
Entrevista_22		Completamente obsoleta. Só temos 4 PC e não funcionam, a impressora não reconhece os PC
Entrevista_23		Neste momento são terminais novos que foram colocados em fevereiro. Temos 6 terminais novos nos 6 postos de trabalho na UCC e podemos trabalhar em qualquer um deles. Os sistemas informáticos é que são lentos e a rede às vezes está muito lenta não é pelo computador é mesmo a internet.

Anexo 12 - Caracterização dos cuidadores (formais e informais) dos doentes integrados em ECCI (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Atual ponto de situação das ECCI\caracterização dos utentes\Grau de parentesco do cuidador com o doente	Estes cuidadores são os respetivos maridos ou esposas
Entrevista_6		A maior parte deles vivem sozinhos, depois há pessoas que tem mais recursos e conseguem ter apoio de uma funcionária, mas esses são muito poucos e quase todos eles com apoio domiciliário das IPSS para complementarem os cuidados.
Entrevista_7		Os cuidadores são cônjuges, portanto, o marido ou a mulher. Se temos um doente de 80 - 82 anos, temos um cuidador com alguma idade e algumas vezes não têm condições físicas nem psíquicas para conseguirem estar a cuidar de outro.
Entrevista_7		E a problemática tem que ser exatamente nos cuidadores, são a nossa maior preocupação porque muitos não conseguem não têm literacia em saúde suficiente para nós apostarmos num ensino ao cuidador na formação do cuidador, família e grande maioria deles, não têm condições para isso, nomeadamente, as família que mais desfavorecidas. Alguns ainda que têm alguma reforma, um bocadinho melhor, ou os filhos que podem ajudar, conseguimos colmatar com a ajuda das empresas domiciliárias, aqui uma articulação com a rede social, não é com as nossas assistentes sociais consegue-se os subsídios a que tem direito, conseguem ter apoio nomeadamente na higiene, nas refeições, ou na limpeza da casa, mas isto exige dinheiro, por muito pouco que ele seja, e dinheiro que sai das suas míseras reformas.
Entrevista_8		Também, idosos coitados que eles também precisam de ajuda e de apoio e que muitas vezes são os únicos cuidadores da pessoa dependente sem capacidade para os manter em casa de outra forma, é muito complicado. Para não falar de outros utentes que temos sem cuidador, são as IPSS do apoio domiciliário que acabam por estar ali um bocadinho de manha, um bocadinho à tarde, nós quando vamos a mesma coisa, porque há bastante gente sozinha.
Entrevista_9		Marido/esposa, mas temos vários doentes sem cuidador, que residem sozinhos ou que o cuidador é um vizinho que mora ao lado e dá uma ajuda. Ou o cuidador é a IPSS e temos que articular as visitas com as auxiliares para nos abrirem a porta.
Entrevista_12		São os cônjuges, estes cuidadores também são pessoas de idade. Estamos a falar de pessoas com uma idade avançada os cônjuges normalmente também têm essa idade. Esse cuidador nem sempre existe, existem muitas pessoas que não têm o cuidador, existem mesmo muitas pessoas sozinhas em casa. Nós temos algumas pessoas como cuidadores formais, que estão contratados 24 horas, e que muitas vezes nós não conhecemos o elemento da família que é o responsável pelo caso, não conhecemos, temos dificuldades em contactar, e quando contactamos temos dificuldades em que haja ali um elemento que se responsabilize pelos cuidados de saúde ou pela gestão da saúde/doença no domicílio.
Entrevista_15		Cuidadores da idade dos doentes e onde a família é impecável.
Entrevista_16		A nossa maioria dos cuidadores, são mulheres na faixa etária dos 70 anos

Entrevista_17		Muitas vezes os cuidadores são das mesmas idades. Alguns destes utentes têm cuidador formal quem lhes preste cuidados de higiene que são as coisas mais difíceis de fazer ou por pessoas particulares ou pela santa casa da misericórdia depois a função do outro cuidador é a da alimentação e posicionar mas os cuidados de higiene geralmente são feitos pelo particular ou pela SAD porque alguns destes utentes têm quem lhes preste cuidados de higiene que são as coisas mais difíceis de fazer ou por pessoas particulares ou pela santa casa da misericórdia depois a função do outro cuidador é a da alimentação e posicionar mas os cuidados de higiene
Entrevista_19		A situação mais típica é o casal de idosos, em que há um deles, esposo ou esposa, que tem uma situação aguda e quem fica a cuidar é o cônjuge. O cuidador as vezes até é mais velho. Muitas vezes existe o apoio dos filhos, outros não. Outra situação é os utentes virem para casa dos filhos, e por isso quem mora aqui na zona são os filhos. Os pais deixaram de ter autonomia e vêm para casa dos filhos.
Entrevista_20		Os cuidadores por norma são os familiares, que não são obrigatoriamente os maridos. Podem ser filhos, o irmão.
Entrevista_22		Tem vindo a mudar. Ao longo deste percurso da ECCI, notamos uma diferença na tipologia de cuidadores. Inicialmente era muito o conjugue, de uma parte ou outro, com um grande envelhecimento da população há sempre a partida de um deles. Neste momento está muito sobre os familiares diretos, filhos e com um grande recurso a cuidadores formais. Tirando esta população mais jovem, que ai são os pais. Nos de 30 os cuidadores são o conjugue, mas na população mais idosa já se verifica muito o apoio das IPSS locais, já se vê outros cuidadores formais. Uns são os únicos cuidadores, outros complementam-se. A nossa realidade é muito mista. A nossa área geográfica é muito grande, são 132km ² de intervenção. São zonas muito diferentes.
Entrevista_23		Muitas vezes o cuidador é outra pessoa idosa, o marido/esposa

Anexo 13 - Referenciação dos doentes (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3		A referenciação muitas vezes não tem a ver com a realidade. Muitas vezes não tem nada a ver com o que vem escrito na referenciação porque por vezes as notas são cópias de notas anteriores
Entrevista_6		Nem sempre. É uma dificuldade quando depois chegam a casa nem sempre aquilo que veem é o que está no aplicativo. É uma dificuldade, porque não sei se as pessoas também transmitem como é que é a casa delas, as necessidades que tem, as dificuldades que têm, se calhar também omitem. Dos doentes que veem referenciados, alguns com necessidade de mais cuidados, maior complexidade, alguns deles também são referenciados como tendo acompanhante, cuidador e efetivamente vivem sozinhos, porque vai lá alguém a casa, vai o vizinho esporadicamente. Os computadores funcionam bem
Entrevista_7		Muitas das vezes chegamos a casa dos doentes, que nos referenciaram e pensamos que provavelmente enganaram-se no doente..não é este o doente!!! Obviamente gera-se aqui, a todo o custo portanto, nalguma de falta de informação, ou de uma informação não muito transparente, à para que os doentes entrem para a equipa
Entrevista_8		Nem sempre atempadamente ou se calhar o que vem descrito nas referenciações já não corresponde à situação do utente, também acontece muitas vezes.
Entrevista_9		Muitas vezes não é bem feita
Entrevista_12	Actual ponto de situação das ECCI\referenciação	Não é bem feita, nas nós articulamos muito com as equipas de gestão de altas, e muitas vezes o que é o contexto hospitalar é pessoalmente diferente do que é o contexto domiciliário, e muitas vezes aquele contexto que é avaliado pela equipa de gestão de altas, até ao momento de alta, muitas vezes também se altera. Nós notamos muito, principalmente as colegas especialistas em reabilitação que, aquilo que vem descrito, nem sempre corresponde à realidade, uma das coisas que nós falámos ainda na última reunião com as equipas todas, falámos que é - e no caso específico dos cuidados de reabilitação, que é - "iniciou o programa de reabilitação no hospital". E notamos muito que as pessoas chegam também às vezes com objectivos irrealistas. Em termos das referenciações que nos chegam, não achamos que os processos estejam muitas vezes completos, não é, nós temos casos, ainda agora recebemos um caso de uma USF, que a avaliação da enfermagem eram duas linhas, nós achamos, quer dizer, que uma avaliação de um utente que é para cuidados continuados, que deva ser uma bocadinho mais exaustiva do que isso. Nós achamos que para a ECCI que muitas vezes os processos vêm incompletos e nós o que pedimos é o mesmo grau de exigência que se pede, porque tudo é rede...Referenciação do privado para a RNCCI - quantidade de processos que nos chegavam, que nós tínhamos que avaliar através de relatórios. Nós na nossa equipa e nós percebemos que não era consentâneo com todas as equipas da rede, sempre defendemos que os utentes deviam de ser avaliados a melhor forma possível e pelas pessoas mais próximas, que pudessem avaliar directamente. Nós tínhamos muitas situações que avaliavam os utentes com base em relatórios, as pessoas enviavam os relatórios e nós apanhávamos na informação e colocávamos na plataforma, e nós muitas vezes questionávamos acerca do que seria aquela informação, não é? Se nós temos uma unidade da nossa zona que tem utentes em regime particular e que querem colocar para a rede na mesma instituição, e havia um relatório, não é questionar a integridade das pessoas mas nós sabemos perfeitamente que nós escrevemos a informação de determinada maneira, para quem não conhece o utente e que vai ler, vai entender aquilo conforme é avaliado
entrevista_15		o Hospital de xxxxx como temos estas reuniões muito frequentes, de 3 em 3 meses estamos a reunir, vamos tentando sempre aferir estes pontos,
Entrevista_16		Nós enfermeiros, normalmente somos os primeiros a chegar à casa dos doentes quando eles são encaminhados para ECCI. Quando fazemos aquela primeira abordagem tem de estar lá a família. Não, por exemplo, nos hospitais as sinalizações do doente está num determinado estado, quando têm alta já está noutra. Portanto, quando nos chega a referenciação, aquela situação não está igual ao que era quando eles fizeram a primeira sinalização. Nas unidades de internamento da rede, como eles vão fazendo alguma atualização, muitas vezes aproxima-se mais da realidade. E fazem a nota de alta, nessas situações a realidade aproxima-se mais do que está escrito na referenciação. Às vezes já está desatualizado.
Entrevista_20		As unidades e a pressão a que são sujeitas tentam colocar fora do seu âmbito os utentes. Por vezes o que vem referido nas diferenciações não corresponde. Outra questão q não corresponde frequentemente, é a expectativa que é criadas aos utentes pelas unidades hospitalares. Parece que a ECCI vai lá estar 24h por dia e deixam lá o enfermeiro em casa e tudo. Quando dizemos que só vamos fazer os tratamentos, o penso e a reabilitação, eles ficam admirados pq não foi aquilo que lhes foi transmitido.
Entrevista_22		Sim, por norma o que vem em GESTCARE é o que encontramos no domicílio. Não temos experiência de situações gritantes díspares.
Entrevista_23		É um bocadinho variável, mas pronto a maioria dos casos sim o que está no Gestcare é assim, com a unidades muitas vezes como nós mantemos desde a criação dos primeiros cuidados continuados foi instituída numa reunião de cuidados continuados

Anexo 14 - Visitação domiciliária /VD em ECCI (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Atual ponto de situação das ECCI\VD/ECCI	Só acompanhamos doentes em ECCI.
Entrevista_9		Por exemplo, esta semana temos, não 40 doentes mas 65, porque são os das ECCI mais os das visitas domiciliárias. Fazemos as VD de todas as UCSP
Entrevista_11 - ECL		Não entendo o porquê, porque realmente a visitação domiciliária era importante nestes utentes, principalmente porque temos muitos doentes sem médico e é ali o que está na ECCI é para fazer visitação domiciliária a esses utentes. Os de xxxxx não estão em exclusividade porque acabam por fazer as VDs das UCSPs
Entrevista_12		Nós aos feriados e fins-de-semana prestamos cuidados aos nossos utentes, prestamos cuidados aos utentes da UCSP, prestamos cuidados aos utentes da USF das Tílias, e prestamos cuidados à ECCI de xxx, UCSP de xxx, e a USF xxx, que é também de xxx, porque xxx não tem ECCI ao fim de semana. Isto já desde uns 2, 3 anos talvez.
Entrevista_13 - ECL		A visitação domiciliária tem aquela característica de ser a prática de um ato. Em ECCI tem a resposta de uma equipa já preparada, embora na prática seja o enfermeiro que lá vai. Se calhar deviam todos ser ECCI. Tudo o que fosse de cuidados no domicílio, devia ser ECCI porque há uma resposta conjunta. Também a mesma equipa da resposta às situações de ECCI e visitação. Enquanto que, na VD se se detetar alguma coisa tem que ir pedir à assistente social, na ECCI a Assistente social faz parte. Depois é a pratica dos atos e na ECCI há um processo e a filosofia de estar do profissional é para ir dar continuidade ou pegar numa situação e desenvolver todo um processo com aquela família e utente. É diferente. E faz diferença. A visitação domiciliária devia ser para aquelas pessoas que precisam de uma medicação e que não podem ir ao centro de saúde e acaba por haver uma postura diferente. A ECCI xxxxx como está cá ao sábado, domingo e feriados, se há alguma coisa de visitação domiciliária para estas dias são eles que dão resposta. Porque a visitação domiciliária é só durante a semana das 9 às 17 e a ECCI trabalha das 8 às 20 h. As outras ECCI, xxx, xxx e xxxxx, a ECCI é a mesma equipa que faz a visitação domiciliária. O que muitas vezes torna difícil fazer a fronteira. É nessa que se vê que devia ser tudo ECCI.
Entrevista_15		Iniciou por exemplo na 6ª, sábado e domingo nós asseguramos e damos continuidade. Isto é tudo muito... São situações pontuais e que nós vamos...São situações pontuais e se é por exemplo um injetável, antibiótico, nós fazemos. Nós ECCI de xxx, são doentes que estão inscritos nas UCSP de xxx ou de xxx, somos nós que asseguramos as visitas. São doentes que vão ao centro de saúde, essas unidades não têm enfermeiros para fazer as visitas domiciliárias ou os utentes não têm médico, ou se têm médicos é aqueles de empresas que ainda estão, ou outros que não estão, pronto assim uma confusão, e portanto somos nós que vamos fazer o apoio, são doentes depois com critérios para ECCI, tentamos...à partida os doentes continuam connosco portanto temos estes aqui também que temos que juntar aos outros, sim.
Entrevista_17		São 40 utentes mas ainda fazemos mais outras coisas sem ser só em ECCI porque temos visita domiciliária da xxxxx e de xxxxx portanto temos que dar resposta a isto tudo. Alguns dos nossos utentes em ECCI são utentes que primeiramente nos pedem visita domiciliária mas depois pelo fato de que são doentes acamados, dependentes e com o tempo também excede os trinta minutos da visita domiciliária acabamos por fazer então o pedido para integrar em ECCI.

Entrevista_19	Se tivermos na mesma zona utentes de VD e ECCI, vai lá o mesmo enfermeiro. Isso é rentabilização dos recursos. Isto para dizer que, no fundo, as VD, acabamos por não diferenciar um doente de ECCI ou de VD. Mas dou-lhe um exemplo da semana passada. Fui fazer uma VD a um doente que tinha uma flictena no calcâneo e era um penso fácil. Comecei a puxar e a tirar nabos da púrcara e o senhor não andava pq a esposa tinha medo que ele caísse, não ia ao wc pq a esposa dizia que não conseguia. Estive lá mais de hora e meia e o senhor passou a andar de andarilho, passou a levantar-se da cama. Se fosse uma Vd eu tinha lá ido, fazia o penso e vinha-me embora. Mas nos aqui não temos essa filosofia. Acabamos por fazer um trabalho mais correto e eficaz.
Entrevista_20	Nós só temos doentes que estão em ECCI. Nós não temos outros doentes que não sejam os que estão em ECCI.
Entrevista_22	E nós só fazemos intervenção aos 50 doentes em ECCI, não fazemos visitação domiciliária.
Entrevista_23	Está completamente separado. Conseguimos e portanto tudo aquilo que a VD das unidades não dá resposta é referenciado para a ECCI.

Anexo 15 - Comunicação externa – divulgação da ECCI (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da equipa\Comunicação/divulgação\materiais de divulgação/medidas de maketing	fizemos a campanha dos cuidados em casa , fomos à junta de freguesia falar com a população (idosos), fizemos folhetos, cartazes a dizer o que é que nós fazíamos . Estamos a criar canais de comunicação. Este ano também já temos programado uma nova formação não tão abrangente (como a legislação), mas já com a nossa prática de articulação, falar da nossa experiência;
Entrevista_7		Temos um link no site da ARS e temos um flyer elaborado por nós unidade
Entrevista_8		Em termos de folhetos não temos muita coisa, mas temos. É muito boca à boca , o e-mail, a gente tem a página da ucc mas é assim a nossa população..
Entrevista_9		Nós temos um panfleto de divulgação que agora está parado por ter que ser atualizado. Até tem as nossas fotografias e os nossos nomes para as pessoas nos identificarem. Para o início do próximo ano estamos a planear fazer umas jornadas da UCC
Entrevista_16		Fez-se este folheto em conjunto com a ECL, ECCI e fizemos isto para divulgar às unidades. Quando se entrega este folheto as pessoas ficam a saber para uma unidade de reabilitação quais são as unidades de reabilitação que temos disponíveis, nesta zona, quais os critérios e isso tudo.
Entrevista_17		Temos um guia de acolhimento que neste momento está a ser alterado porque já não temos telemóveis já não temos algumas coisas então estamos a reformular o guia de acolhimento a ver se o divulgamos depois.
Entrevista_19		A comunidade conhece-nos muito bem e não precisam.
Entrevista_19		Para os nossos doentes temos vários folhetos, um manual de acolhimento do doente que vem para a ECCI. Esse é sempre entregue na primeira visita. Tb temos um manual da UCC, que tem todos os programas da UCC, onde se inclui a ECCI e temos os nossos contactos, o nosso horário e o que fazem.
Entrevista_20		Nada disso foi feito ainda.
Entrevista_22		Marketing? Não temos. Em papel não temos nada. Já fizemos um artigo numa revista local . Fizemos isso durante 3 anos. Têm tivemos uma rubrica onde falamos sobre a nossa intervenção e falávamos sobre um tema. Isto foi durante 6 anos. Estes dois últimos anos é que não temos feito. Tb já sáimos na revista do Hospital xxxx . Tb fizemos um encontro para a comunidade e parceiros para divulgação dos projetos da UCC.
Entrevista_23		fazemos muitas apresentações na comunidade de divulgação da ECCI sempre que nos é pedido, na CLAS

Anexo 16 - Respostas à questão “ a comunidade conhece a ECCI?” (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3		As peessoas sabem que nós existimos .É bom nós dar-mo-nos a conhecer e as pessoas saberem que existe este serviço e que vamos a casa das pessoas gratuitamente e é uma coisa que as pessoas ficam sempre muito admiradas. As pessoas não têm noção dos recursos nem do tipo de prestação de serviço que a ECCI pode fazer
Entrevista_6		Quando vamos a casa das pessoas às quais prestamos cuidados e há alguém que nos pergunta e nós informamos vai ao centro de saúde pede para referenciar como é que é a pessoa, diz-nos o nome, nós falamos com a unidade inclusive e falamos com o médico de família e dizemos que “fomos contactos por esta pessoa, neste sentido, às vezes vizinhos, há uma pessoa que vive sozinha e está acamada e precisa de cuidados como é que podem intervir?” isso é uma forma. E depois as próprias unidades também informam os doentes. Mas há sempre alguém, ou que já esteve connosco ou que já nos conhece . e em termos de comunidade como é que nós funcionamos com os parceiros porque nós sozinhos não funcionamos se não houver a parceria do doente, da família, da comunidade . Portanto isso só com tudo reunido é que se consegue potenciar a qualidade dos cuidados à pessoa e isso é muito difícil. Depois também há uns programas da câmara que ao longo do ciclo de vida que de certa forma acabam por nos ligar como parceiros, com a comunidade muito frequente , mesmo os centros sociais e paroquiais quando há uma situação que vão a casa e que nem está referenciada para nós, dizem “olhe nós temos uma senhora a quem vamos. Até porque as pessoas conhecem-nos há muitos anos , porque nos encontramos sempre, as pessoas são sempre as mesmas. Por exemplo cruzamo-nos e perguntamos o que é que está a fazer neste prédio? com quem é que está agora? estou com o senhor do numero x, é próximo e isso é uma vantagem.
Entrevista_7	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da equipa\Comunicação/divulgação\A comunidade conhece-os?	Sim, não têm dificuldade . Nós já conhecemos muito bem a rede social e eles a nós
Entrevista_8		Ao nível da comunidade já estamos integrados
Entrevista_9		Bimensalmente fazemos reuniões com todos os parceiros sociais . As IPSS que prestam cuidados no domicílio, todas nos conhecem e por vezes referenciam doentes para cuidados de enfermagem no domicílio e depois nós avaliamos e se tiverem critérios colocamos em ECCI. A comunidade em si, as pessoas, não nos conhece não sabem o que é e quando chegamos a casa dos doentes e explicamos o que somos eles têm muita dificuldade em compreender.
Entrevista_12		Eu acho que comunidade em si, sabe que nós existimos . E todas as pessoas sabem que existe a prestação de cuidados ao domicílio, agora nós aqui no centro de saúde temos uma equipa de visitação domiciliária e temos uma equipa de cuidados continuados integrados, se me perguntar se sabem a diferença entre uma e outra. Fazemos muito trabalho com as auxiliares pertencentes à IPSS .
entrevista_15		Sim, que existem... sim, há muita gente que vem ter connosco para perceber, têm assim umas ideias às vezes um bocadinho deturpadas mas do que fazemos, mas sabem que existimos...Mas eu acho que de uma maneira geral, maioritariamente, sabem que nós existimos .
Entrevista_16		Aqui no concelho temos um grupo concelhio para as questões dos idosos porque a população é muito envelhecida e todas as entidades se organizaram desta forma. Todos nos conhecemos
Entrevista_17		Na comunidade todos nos conhecem .
Entrevista_19		Aqui as pessoas já nos conhecem e temos desde o vizinho que acha que o outro precisa e nós vamos sempre avaliar
Entrevista_20		Neste momento temos focado todas as nossas atenções no processo de integração dos profissionais. Já disse aos meus colegas que há muito trabalho a fazer nesse sentido.
Entrevista_22		Sim, a comunidade conhece-nos. Nós circulamos muito. Os carros estão identificados e nós também . Alias há mtos utentes que vêm ca para pedir informação sobre o que fazemos e como fazem para ter o apoio dos cuidados continuados
Entrevista_23		Sim, sabem. E as entidades também sabem e vamos sempre informando os utentes de todos os direitos e as estruturas sociais fazem esse encaminhamento e sinalizam e às vezes ligam-nos e nós dizemos também “olha há esta situação, tentem lá” se chegar primeiro a nós mandamos sempre para a equipa a que pertence

Anexo 17 - Existência de documentos interna (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da equipa\Documentos internos	Temos um manual de procedimentos da ECCI, documento esse que foi elaborado logo no 1º ano em que a ECCI abriu. Quando o doente entra, nós enviamos um email ao médico de família e ao enfermeiro de família ou coordenador / interlocutor da unidade a dizer que o utente entrou em ECCI e pedimos uma avaliação médica.
Entrevista_6		Fazemos uma acta das reuniões. O que é que foi definido, o que é que se delineou para os próximas dias.
Entrevista_7		Temos mas já um bocadinho antigo. Neste momento, sou eu que estou a fazer esse manual de procedimentos. É um dos meus objetivos, realizar o manual de procedimentos, e de integração de novos elementos na equipa, aliás, na equipa, não só de ECCI mas nas outras equipas. Portanto está a ser revisto reanalisado e tem que se adaptar.
Entrevista_9		A UCC tem, a ECCI não. Fazemos atas das reuniões. Temos um dossier com as atas das reuniões.
entrevista_15		Manual de acolhimento temos da UCC. Ainda não temos nada disso de organograma, regulamento interno.O fluxograma de como o doente chega e tudo o mais, isso temos, não está é afixado, temos já feito porque nós tentamos fazer as coisas também muito aqui com a ECCI da xxxxx, porque somos duas ECCI que funcionamos de uma forma muito similar
Entrevista_17		Pois é isso que não temos ainda, agora na avaliação da ECCI foi falado sobre isso e estamos a fazer agora os procedimentos estamos a tratar desses procedimentos todos. Neste momento temos focado todas as nossas atenções no processo de integração dos profissionais. Já disse aos meus colegas que há mto trabalho a fazer nesse sentido. Criar uma brochura de acolhimento do utente, quem somos, o que fazemos. Esse tipo de coisas. Para além de toda a parte legal do regulamento interno, etc.
Entrevista_20		Ainda não temos regulamento interno e os outros procedimentos previstos. Ainda vamos criar grupos de trabalho para criar esses materiais
Entrevista_22		Nós temos carta de articulação, regulamento interno, temos plano de ação e fazemos relatório anual.

Anexo 18 - Momentos em ECCI – Formais e informais (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da equipa\Momentos em ECCI (reuniões, etc)	Uma reunião semanal na qual se discutem todos os assuntos. Depois há também momentos de reflexão onde nos juntamos e várias cabeças têm ideias e tenta-se resolver a situação. Fazemos atas e registo do que é falado
Entrevista_6		Reunimos quinzenalmente com toda a equipa , com todos os profissionais. Todos nós funcionamos com o método de gestor de caso, portanto eu tenho os meus utentes, a psicóloga também tem os dela, a assistente social também é gestora de caso, portanto no fundo somos todos responsáveis e acabamos por em equipa discutir as situações, o que é que podemos fazer para melhorar em termos de plano de intervenção, o que é que pode ser feito para melhorar cada um com os seus saberes e com os seus conhecimentos poder melhorar a situação daquela pessoa. Fazemos uma ata das reuniões. O que é que foi definido, o que é que se delinhou para os próximos dias.
Entrevista_7		Fazer uma reunião de manhã , e até com outros elementos que não pertencem a equipa. Num momento às vezes pode haver necessidade de socorrer de um profissional de uma equipa para outra. Assim as pessoas já estiverem todos os dias ouvirem vai-lhe ser muito mais fácil, portanto, puderem ajudar e tem acontecido.
Entrevista_8		Diariamente porque estamos todos no mesmo espaço . Quando há alguma situação mais complicada abordamos a questão com o enfermeiro coordenador e logo tendemos a agendar um momento para nos reunirmos na equipa maior, todas as ECCIs, quando é dentro da própria equipa diariamente falamos um pouco a nível informal sobre os casos e discutimos os casos e depois uma vez por mês temos a reunião de equipa da ECCI onde está também para além dos enfermeiros então o psicólogo e a assistente social e discutimos o que temos para discutir.
Entrevista_8		Formalmente temos esse momento mensal e depois informalmente sempre que necessário . Depois há aqueles momentos de lazer extra trabalho que também são proporcionados pelas chefias mesmo entre nós alguém que se lembra e que fica responsabilizado por fazer um evento qualquer, isso parecendo que não acaba por fazer com que o ambiente melhor entre todos porque não é só de trabalho, não é, conhecemo-nos melhor também e ajuda bastante.
Entrevista_9		A ECCI xxx reúne mensalmente para discutir casos . A Equipa multidisciplinar reúne mensalmente. A equipa de enfermagem todas as semanas , pelo menos no momento do planeamento da semana seguinte, discutimos os casos por norma. Temos uma coisa nossa, muito pessoal que funciona muito bem, que são os grupos no whatsapp. Temos um grupo para as ECCIs e depois cada ECCI tem o seu grupo. E muito da passagem de turno, recados dos doentes e até atualização nomeadamente das feridas com fotografias, é feito no grupo do Whatsapp. E facilita imenso. Nós temos uma coisa muito boa, que é, nos mantemos reuniões informais para desanuviar fora daqui. Tanto os elementos da UCC como das ECCIs como as próprias ECCIs individualmente. Um dia em que vamos almoçar todos juntos fora, carnaval sempre mascaradas e sempre com brincadeiras. Os períodos temáticos, seja natal com troca de prendas, fazemos sempre. Isto parece que não mas aproxima-nos muito enquanto equipa ajuda-nos também a sentirmo-nos mais á vontade para expressar os sentimentos e o que passamos.
Entrevista_10		Das reuniões ECCI , têm todo o contexto para discutir a evolução do caso, a forma como farão, a transferência ou não, o apostar mais na psicologia ou menos noutra área, portanto a funcionalidade de autonomia técnica é total. A questão dos auto-grupos - Whatsapp, redes sociais, nós aqui também temos uma coisa de celebrar datas, e fazer festas, e tudo isso, tem sido agregante e protetor.
Entrevista_12		Uma reunião de toda a equipa UCC uma vez por mês e temos preconizadas reuniões semanais da ECCI . Essa reunião semanal é para discussão de casos, discussão de organização do serviço, o que quisermos discutir.

Entrevista_15		Fazemos as nossas reuniões semanalmente e fazemos uma reunião informal praticamente todos os dias. Mas temos sempre pelo menos duas, três reuniões de equipa por mês , nós temos, para discutir as situações, os médicos que entram novos, dar-lhes a conhecer toda a equipa, todas essas coisas, porque depois é muito o telefone, os e-mails, precisamos disto e daquilo com que nos vamos socorrendo. Temos sempre as atas dessas reuniões. Todos os meses eu reúno com elas, tenho um dia fixo , mais ou menos, e portanto vou a cada uma das unidades e discuto cada um dos utentes que estamos a acompanhar, e eles também aquelas situações mais complicadas ou que acham que vão referenciar para nós e tudo o mais, nós falamos e discutimos um bocadinho as situações, e é onde eu aproveito para pedir, como não temos médico de família, não temos médico na equipa, para pedir atualizações de avaliações médicas que no GestCare@ CCI tenho muito poucas atualizadas.
Entrevista_16		Maioritariamente reunimos informalmente todos os dias. É quase como que um briefing. Situações que temos em mãos, o que vamos fazer, temos um caso com determinadas características, estamos a pensar usar uma determinada estratégia. Tudo isto de uma forma muito informal, claro que depois, de x em x tempo lá temos uma reunião para nos sentarmos e vermos os casos com mais calma , quais são os utentes, se vamos dar alta a algum, nesse momento falamos assim mais abertamente sobre os nossos casos.
Entrevista_17	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da	Temos a reunião multidisciplinar da ECCI fazemos mensalmente e temos a reunião multidisciplinar da UCC. Mas todos os dias a gente se fala qualquer coisa assim entre linhas umas com as outras daquilo que é preciso depois reunimos mensalmente que é uma reunião bastante produtiva em que se trabalha os PIIS em que se fala dos doentes que temos em comum e da evolução.
Entrevista_19	equipa\Momentos em ECCI (reuniões, etc)	Enquanto equipa temos normalmente uma reunião mensal , ou, como estamos todos no mesmo espaço, é facilitador. Sabemos que em relação á fisioterapeuta e nutricionista só estão naqueles dias e arranjamos maneira de fazer a reunião naqueles dias. O problema que se coloca é que acabamos ter muitas reuniões. Com os recursos q temos, qd vai um para a reunião ficamos...tapamos de um lado e destapamos do outro. Nas nossas reuniões calendarizadas fazemos acta da reunião e das presenças e dos assuntos que são tratados. Os contactos que se fazem informalmente, as chamadas de corredor, não ficam registados. Alias há muita coisa que não fica registada.
Entrevista_20)	Neste momento temos reuniões semanais da equipa toda . Mas nossas reuniões têm sempre um problema, é que duram sempre mais que uma hora
Entrevista_22		Nós temos reuniões de equipa só em ECCI de 3 em 3 semanas . Uma vez por ano temos reunião de UCC. Ou se houver alguma situação que a coordenadora queria reunir todos. Os profissionais que estão a tempo parcial não estão todos os dias, mas reunimos e fazemos reuniões informais . Sempre que a situação o exige nos conversamos ou enviamos e-mail. Nessas reuniões discutimos casos e fazemos atas. As reuniões de equipa planeadas são maioritariamente para discussão de casos. Em todo o caso, algumas vezes ao longo do ano fazemos momentos de desenvolvimento de competências da equipa. Também fazemos estes momentos de partilha e de ventilação na equipa. São momentos para ventilar, de por ca para fora aqueles momentos que mexem connosco e que nos fazem moça. Nos vivemos momentos muito difíceis nas casas dos doentes. Temos situações muito complexas e famílias muito difíceis e precisamos de falar delas e partilhar e sermos ouvidos. Fazemos estes momentos tb para brincar um bocadinho e rir e a equipa fortalecer e são momentos, até a mesa, em que fazemos aqueles disparates que nos fazem sentir bem. É muito bom, e fortalece. São momentos em equipa em que pensamos em equipa e desfocamos dos doentes e das famílias. É o momento da Equipa.
Entrevista_23		Geralmente as reuniões de ECCI são da equipa multidisciplinar completa, a não ser que seja uma questão de enfermagem muito especifica mas regra geral as nossas reuniões com alguma periodicidade. Às terças à tarde é reunião da equipa multidisciplinar se não conseguirmos semanal é quinzenal e mensalmente temos uma reunião concelhia de cuidados continuados onde está a ECCI.

Anexo 19 - Integração de novos profissionais. (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Procedimentos e organização interna\Definição e organização interna da equipa\Integração de novos profissionais	Temos um manual de acolhimento para profissionais , porque todas as pessoas que vêm cá passar um dia ou uma semana, a primeira coisa que lhes dou para ler é o manual de acolhimento em que ficam com uma noção do que é a UCC, do que é a carteira de serviços, a hierarquia, quem é que é representante de cada projeto, da nossa área geográfica e com quem articulamos.
Entrevista_6		Existe um manual de acolhimento para os novos profissionais foi feito pelo próprio ACES, como entraram muitos profissionais via concurso. Eles tiveram um dia em que vieram à apresentação do ACES, das várias áreas. Em ECCI as pessoas que estão de permanência, habitualmente faz-se essa intervenção no início, tenta-se conjugar. Depois quando a pessoa é integrada em ECCI é acompanhada sempre de um elemento, neste caso na área da especialidade, mais velho de preferência, que esteja integrado e vamos vendo utentes em comum, vamos discutindo os planos de intervenção quias são os recursos da comunidade.
Entrevista_7		Temos mas já, um bocadinho antigo. Neste momento, sou eu que estou a fazer esse manual de procedimentos . É um dos meus objetivos, realizar o manual de procedimentos, e de integração de novos elementos na equipa
Entrevista_9		Ela passa por todas as ECCIs e por todas as valências da UCC . Vai conhecer a saúde escolar, a preparação para o nascimento, no núcleo. Consegue perceber todo o funcionamento dos projetos da UCC. Depois na ECCI passa por todas, uma semana em cada ECCI até ficar na ECCI onde irá ficar. Mas fica com uma noção do trabalho das outras equipas.
Entrevista_12		Essa colega nova esteve comigo enquanto coordenador, eles passam por todas as unidades do centro de saúde, e depois esteve cerca de um mês também a conhecer a área diretamente , até com a colega que já cá estava, prestavam as duas os cuidados. E tentar mais ou menos acompanhar cada um dos elementos para também ter uma noção da área, do tipo de utentes que nós prestamos, das cuidadoras, conhecer as pessoas e depois ficou diretamente com a colega que iria substituir.
Entrevista_15		O 1º mês, o 2º mês é acompanhado sempre com outro colega , e fazer todo o acompanhamento das visitas, de todos os procedimentos com esse colega.
Entrevista_16		Há um manual de acolhimento do ACES , que é de tudo. Nós aqui, dos profissionais, não temos. Distribuímos-los pro todos os elementos da equipa, ou seja, as equipas levaram-nos para as visitas e tomaram logo conhecimentos de alguns casos que tinham programados . E foram assistindo a algumas atividades com os doentes da ECCI. E apresentámo-los aos outros profissionais: fisioterapeuta, assistente social, etc. Porque acabamos por estar no mesmo espaço físico. Por esse motivo, além de falarmos das situações com regularidade, facilita.
Entrevista_17		Disponibilizamos, temos o manual da UCC que disponibilizamos para lerem. A colega tem ido connosco a acompanhar-nos nas visitas porque já é uma colega que trabalhava há vários anos não preciso de ensinar nada da parte que nós fazemos que ela também sabe, mas temos integrado em termos de organização do serviço portanto como é que nós organizamos a nossa semana de trabalho e o nosso dia, ela tem-nos acompanhado tem feito algumas visitas ainda não fez registos no sistema da rede dos cuidados continuados ainda não teve oportunidade isso é connosco, e depois também tem ido às outras atividades da UCC tem ido às reuniões do XX, tem ido às reuniões das colegas, tem participado nas outras atividades.
Entrevista_19		Não temos nenhum manual nem nada de apoio. Ela irá connosco e vamos avaliando.

Entrevista_20		Basicamente aquilo em que me preocupei em integrar os colegas foi na plataforma da RNCCI , pq eles não conheciam. O SCLINICO eles já conheciam apesar de ser no perfil de âmbito hospitalar, por isso foi mais fácil. Foi preciso uma grande disponibilidade e uma presença constante para ajudar a perceber como é que as coisas se fazem. Até fiz um guia de todos os passos para trabalhar no Gestecare . Foi basicamente isso, o GESTCARE e o SCLINICO. Todos eles sabem trabalhar e todos eles são especialistas em reabilitação. Só uma que está a fazer a especialidade em saúde mental e está a fazer o mestrado em paliativos.
Entrevista_22		Nos estamos a construir um manual de integração . Temos um esboço. Fazemos as visitas conjuntas. Fazemos apresentação do espaço, da equipa , apresentamos esta dinâmica e o ACES e depois passa pelos projetos todos para conhecer o que é a UCC. Depois há um enfermeiro de referência na ECCL e durante um tempo faz as visitas com o colega. Depois é-lhe atribuída uma área geográfica
Entrevista_23		A integração vão fazendo a pouco e pouco e quando os colegas se sentem autónomos é que começam a prestar cuidados sozinhos mas geralmente vão conhecer todos os utentes, vão fazer as rotas todas geralmente eles ficaram sempre ligados a outro enfermeiro até se sentirem seguros para fazer uma prestação de cuidados sozinhos, varia de pessoa para pessoa a adaptação mas primeiro vão conhecer tudo e depois vão ganhando a sua autonomia quando sentirem segurança começam a trabalhar sozinhos

Anexo 20 - Encaminhamento para SU, em situação de agudização (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Prestação de cuidados\Agudizaçã o/sits de urgência	temos mas não conseguimos aplicar o procedimento. No início tínhamos isso, tínhamos a carta que deixávamos em casa da pessoa. No caso de a pessoa ir para o hospital levava a carta da ECCI
Entrevista_6		A ideia é nunca levar mas se não houver outra alternativa. Estamos em situações sobretudo respiratórias de agudização, mais infeções respiratórias que não se conseguem controlar em casa. Se não estamos lá, fora das nossas horas de trabalho não temos nada, Mas muitas vezes as famílias ligam-nos e dizem ele não está bem, nós passamos por lá muitas vezes avaliamos as pessoas, fazemos uma carta de articulação e com o consentimento da família chamamos o INEM
Entrevista_7		Enviar os doentes para o hospital? Não temos qualquer prurido sobre isso. Se o doente precisa de ir para o hospital, vai para o hospital. O que se pretende das ECCI é limitar as idas aos hospitalais, e sem dúvida feito este estudo que um doente em ECCI os doentes com maiores comorbilidades vão duas a três vezes ao hospital por ano, não é nada. Como estamos em rede com o hospital, qualquer colega acede a PDS ou aos nossos registos do SCLínico, e consegue saber o que se está a passar, com , o que é que se passa com aquele doente. Também vai sempre uma cartinha que nós fazemos, que tem um layout, que o familiar leva para dar ao primeiro profissional de saúde.
Entrevista_8		Não há nada institucionalizado, mas penso que a maior parte das equipas faz como nós portanto tem um papel timbrado em que podemos na altura escrever alguma coisa para dirigir depois ao serviço de urgência, outras vezes fazemos o contato com a saúde 24 ou se são situações mais complicadas chamamos o 112 diretamente e aguardamos pela chegada do socorro.
Entrevista_9		se ainda estamos na unidade e em tempo de serviço, tentamos articular com a EGA do hospital para que a EGA tente perceber o que se passou com o doente, ou no caso de doente paliativo com a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. Quando é mais calmo, o doente vai ao hospital com uma carta nossa a solicitar uma avaliação na urgência. Depois vamos sempre mantendo a articulação com o cuidador e com a EGA e vigiando pela PDS.
Entrevista_12		Às vezes quando vem com a carta médica é via aberta, nós já temos feito algumas cartas de enfermagem, de explicar o que é que se passa e qual o motivo, mas em termos de entrada na urgência, de facilitar, da minha experiência acho que não é tido em conta. só com a carta do médico é que é mais... não é valorizado, mas facilita na triagem digamos assim.
entrevista_15		Situações em que a ida ao hospital ocorreu na nossa presença e se é possível tentamos contactar o colega da Urgência. Ligamos para a colega a dizer "olha mandámos para a Urgência" ou envio logo e-mail a dizer que foi para a Urgência, pronto, se não tivermos.
Entrevista_16		Muitas vezes acontece, quando fazemos a visita deparamo-nos com algumas alterações ou algo fora do previsto. A situação não está descambada, mas há ali qualquer coisa. O que fazemos é telefonar no dia seguinte para o utente, e procuramos saber como está o utente, se o familiar der feedback de algumas alterações, damos logo instruções para o levar para o hospital.
Entrevista_17		falamos com a família que o têm que levar ao hospital e elas aceitam bem, se tivermos possibilidade pedimos á nossa médica doutora Beatriz que passe uma cartinha para acompanhar o doente, mas nem sempre isso é possível.
Entrevista_19		Normalmente mandamos com o doente uma informação de enfermagem e qd se conseguia pedíamos á médica, mas neste momento não temos.
Entrevista_20		Neste momento, ainda nunca tivemos nenhuma situação dessas, de necessidade de ir ao hospital. O que já aconteceu foi que o enfermeiro vai fazer a visita e apercebe-se que o doente não está bem-disposta, então contacta a médica de família para ver se ela consegue lá ir.
Entrevista_22		se nós estamos na vista e identificamos a necessidade, articulamos com o médico e caso seja situação de ir para o hospital fazemos uma carta com texto de enfermagem. Tb articulamos com o enfermeiro chefe da urgência a informar que vai um doente nosso. Se é um doente especificamente de paliativo, articulamos com a enfermeira F. da intra-hospitalar do xxxx. Temos uma grande facilidade de articular com eles.
Entrevista_23		Às vezes nós contactamos antes por telefone e portanto decide-se se vai se não vai, se os doentes estão em acompanhamento e as famílias tem acesso também ligamos à família, numa situação aguda pois é uma emergência então vai,. Às vezes o médico de família também faz uma carta para eles levarem quando acham que é necessário. Hoje com a PDS conseguimos ver o historico e os registos do doente. O doente tem que ir há urgência, a não ser que seja acompanhamento em consultas ou que esteja com a equipa de cuidados paliativos (intra-hospitalar) e aí tentamos contactar antes, ou nós, tentamos sempre contatar e articular e ver se a situação é para ir, se não é para ir quando temos esta referencia numa outra agudização o doente terá que ir numa situação urgente.

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Prestação de cuidados\Boas práticas\ECCI é resposta viável da RNCCI?	Acho que se investisse muito nas ECCI's as pessoas eram muito mais felizes. Havia de haver outra retaguarda. Há aqui uma coisa que falha na ECCI: é quando nós damos alta aos utentes apesar de ficarem articulados com o centro de saúde precisavam de ter uma equipa talvez pertencente à rede e não aos centros de saúde.
Entrevista_4 - ECL		Já tive várias opiniões em relação a este assunto. Sim e não e vou flutuando de acordo com a realidade. Eu acho que, tentando apanhar um pouco do sim e do não, as ECCIS não deixam de ser importantes enquanto equipa pluridisciplinar. Relativamente às UCSP nós sabemos como funcionam e as equipas pluridisciplinares não existem. Em termos de USF há restrições em termos de tempos de ocupação e prestação de cuidados. Penso que por essas duas vertentes penso que a ECCI faz todo o sentido. Fará também sentido porque para além de que estando o doente na RNCCI, uma mobilidade para uma UCCI (transferência) teoricamente seria mais rápidas quando as vagas existem. Enquanto equipa pluridisciplinar acho que eles, por serem uma equipa só para aquele efeito, ao contrário de uma UCSP ou USF que podem ser uma equipa formada, não deixam de trabalhar de forma compartimentada. Discutem os casos pontualmente e não no global. Enquanto ECCI é uma vantagem. É uma equipa que trabalho só com aquela missão e pode partilhar e reunir periodicamente com todos os elementos e partilharem entre todos as informações de todos os doentes que acompanham. Penso que nesse aspeto a ECCI é importante. Extinguir as ECCIS não, parece-me uma valência importante, mas ponho-me a pensar nas ECCIs enquanto equipa pluridisciplinar e questiono-me se não poderia ser um trabalho feito pelo próprio centro de saúde, pelas próprias UCSP ou USF? Isso é o trabalho deles, só que não o fazem. Por não o fazerem é que fomos obrigados, de certa forma, a criar uma valência diferente nos cuidados de saúde primários. Mas às vezes dá-me a sensação que no mesmo espaço (ACES) demasiadas unidades para fazerem a mesma coisa. A meu ver uma USF podia fazer o trabalho de uma ECCI.
Entrevista_5 - ECL		Muito viável. Alias eu acompanho a preocupação e a ideia que nos tem sido transmitida pela própria Coordenação Nacional, que é privilegiar os cuidados de contexto domiciliário. E tenho por isso que as ECCIs são uma resposta muito viável. Será necessário fomentar algumas estruturas de apoio, mas muito viável. Ajudava muito que fosse finalmente aprovado o estatuto do cuidador informal. Isto até parece uma incongruência. Não estamos a dizer que vamos privilegiar os cuidados domiciliário e depois eu quero ter o meu pai em casa e tenho que ter uma cuidadora. Isso imputa-me questões de tempo, custos económicos e não consigo ter nenhum retorno deste cuidado. Por outro lado, se colocá-lo num lar consigo, em sede de IRS, ter vantagens. Isto é um contrassenso. Não é a única questão que poderia ajudar, mas é uma questão muito relevante esta do cuidador informal.
Entrevista_6		A mim faz-me sentido porque é uma área em que são pessoas com maior necessidade de cuidados, maior complexidade de cuidados que implicam maior disponibilidade e de certa forma áreas de especialidade de intervenção. Porque um utente destes numa unidade estaríamos a falar em continuidade de cuidados restringe o tipo de cuidados de que aquela pessoa necessita, até porque as pessoas não tem exclusividade na prestação dos cuidados da sua área de intervenção e farão muitas outras, e isso faz-me todo o sentido, sem dúvida. É uma mais-valia. Aliás eu acho que a REDE é uma mais-valia, se for bem utilizada, se os critérios forem respeitados e as avaliações forem feitas corretamente, com bom senso penso que é uma mais-valia que foi implementada para colmatar as necessidades e potenciar eventualmente capacidades nos utentes que os podem tornar pessoas mais autónomas nas suas atividades de vida diária, no seu dia a dia com melhor qualidade de vida, sem dúvida. Depois acho que há uma resposta da segurança social que não existe, para casos sociais e portanto a rede está entupida com casos sociais, nomeadamente nas unidades de média duração que tem não sei quantos doentes que deviam estar na longa duração e alguns deles em lares, nem sequer em longa duração porque há utentes de longa duração que podiam estar perfeitamente integrados em lares e aí a resposta social falha completamente. E as unidades da rede não são uma resposta social, são uma resposta integrada de cuidados de saúde.

Entrevista_7		A ECCI continua e será futuramente, não é, sabemos que os cuidados têm que ser transferidos do hospital para a comunidade. Sabemos que os hospitais, ainda saiu um estudo esta semana não é, que 50% das urgências são falsas e que os custos que isto acarreta para os hospitais, é enorme obviamente, que nos sempre tentamos, promovemos, sensibilizamos as pessoas, para não recorrem aos hospitais temos portanto, inclusive ao sábado, temos dois polos a funcionar, sensibilizamos muito a população para não recorrem, para recorrem em primeira instância aos seus centros de saúde mas há determinadas situações de urgências, que o centro de saúde não tem respostas a pessoas vão diretamente para o hospital. Não é fácil mudar mentalidades. Os das ECCIs nós controlamos, agora os outros vão, não é?
Entrevista_8		Porque é através da nossa atuação que é permitido os doentes apesar das poucas condições que alguns têm, poderem continuar no seu domicílio sem terem que estar internados ou serem institucionalizados, é muito através do apoio que nós conseguimos dar, seja ao próprio doente, seja á parte do cuidador, dos familiares. Não nós acabamos por, nem que seja pela frequência das visitas que são feitas e que são necessárias acabamos por perceber aquela situação de uma outra forma que a visita domiciliária não consegue.
Entrevista_9	Prestação de cuidados\Boas práticas\ECCI é resposta viável da RNCCI?	Acho que são das mais viáveis da Rede. Tenho pena de serem aquelas é que é feito menos investimento. Mas acho que sim pela questão da proximidade. Uma dificuldade que nós temos com os doentes, quando chegam o limite em que não temos o apoio na comunidade, é conseguir que eles percebam que os apoios que têm não são suficientes e que necessitam de um internamento. Porque é o que as pessoas querem, é ficar em casa. Além de que é mais barato para todos. Temos ainda muito pouco apoio, o estatuto do cuidador nunca mais sai. Estas famílias têm muito pouco apoio e muitas famílias acabam por não ter os apoios no domicílio como deveriam ter, nomeadamente em termos de apoio domiciliário por dificuldades económicas. Acho que seria uma valência que poderia ser acrescida às ECCIs com assistentes operacionais, por exemplo, como acontece nos hospitais, sem serem as IPSS. Em média um utente tem uma pensão mínima, 200 e poucos euros, é o que lhe pedem para um apoio domiciliário. Fora a renda da casa, alimentação, medicação, não chega. E o internamento na RNCCI, acabamos por ter muitas desistências quando tem o TA. Pela questão económica. O descanso do cuidador é bom e eles vêm com uma boa perspectiva, e até aceitam bem para que o filho ou a mulher possa descansar. Mas depois vem a questão económica. A percepção que nos temos é que eles querem mesmo ficar em casa e manter-se em casa e terem o apoio em casa. Mas com mais recursos. Sem dúvida que sai mais barato que o internamento numa unidade da RNCCI.
Entrevista_10 - ECL		Aliás pareceu-me sempre mas sempre fui alguém que achou que se não tivesse as condições mínimas, morria por si. E têm estes 10 anos de rede. ECCI são talvez as melhores equipas a verem a pessoa holísticamente.
Entrevista_11 - ECL		Sempre vi a ECCI como devendo ser uma prioridade até porque de acordo com as orientações governamentais que a pessoa deve ser tratada no seu ambiente, eles teoricamente o que acho dão muito valor às ECCIs, ao tratar em casa ou morrer em casa, teoricamente dão mas depois também deviam dar na pratica fornecer às ECCIs os materiais necessários para poderem por em prática o que é preconizado no nosso plano nacional na teoria e isso era importante acontecer mas viu aqui há pouco os colegas isso não sou eu só que sinto mas a prioridade nunca é para as ECCIs.

Entrevista_12	Prestação de cuidados\Boas práticas\ECCI é resposta viável da RNCCI?	Eu acho que são a resposta viável da rede, porque nós sabemos perfeitamente que as unidades de internamento são fundamentais, como acho que são todas as estruturas da rede, mas não vão conseguir nunca prestar todos os cuidados, e eu acho que cada vez mais tem que se apostar na manutenção das pessoas, quando existem essas condições para, nos seus domicílios. Acho é que os domicílios têm de ser adaptados e tem que haver um maior trabalho de reforço nas ECCI para melhorarmos os cuidados que prestamos, que acho que temos muito a melhorar. Acho também devia de haver uma melhor cooperação ente os hospitais e os centros de saúde, olhe, nós agora tivemos duas situações de utentes que são referenciados pelo hospital, quando nos aparecem no nosso campo a internar brevemente no GESTCARE, muitas vezes nós não sabemos se os utentes já estão, eles têm uma data prevista de alta, só que essa data prevista de alta tem de ser introduzida no momento em que se cria o processo. O que também não faz sentido porque muitas vezes nós não sabemos, e então questionamos muitas vezes o hospital, este utente já teve alta ou não? E nós tivemos dois utentes que um já estava em casa há uma semana e outro já estava em casa há umas três semanas e que só naquela altura tinha aparecido para admitir. Outro aspeto, também acho que as datas de alta deviam ser conciliadas com as equipas domiciliárias, há muitos casos que a nossa visita devia de ser feita ainda antes do utente chegar a casa, para adaptar a casa, e tentar perceber o contexto para o qual o utente vai. Muitas vezes no hospital não se consegue ter essa perceção também, não é, as pessoas no hospital avaliam aquilo que lhes dizem que são as condições da casa, não vão ver a casa. E eu acho que devia haver um trabalho de articulação maior, até de nós com eles, por exemplo se nós enviamos um utente para o hospital devia de haver uma forma de comunicação, de tentar perceber porque é que nós achámos que era importante esse utente ser avaliado num hospital, e depois vice-versa, também haver um canal de comunicação...
Entrevista_13 - ECL		Muito valida porque dá resposta às verdadeiras necessidades dos utentes. Não só verifica situações de alarme social, como já foi falados as equipas conseguem fazer coisas, nem que seja enviar as pessoas para o hospital. Porque no sítio onde estão não conseguem. Aqui não são as pessoas que vão a centro de saúde, é o centro de saúde que vai lá e isso é muito válido. Sabemos que muitas vezes que aquele momento é o que liga aquele doente ao mundo, ao conforto e ao carinho é o enfermeiro da ECCI. E também para algumas famílias. Para alguns cuidadores, para sua segurança, não conseguem sair de ao pé do doente. É a ECCI que acaba por ligar o familiar ao mundo.
Entrevista_14 - ECL		Sem dúvida, só o facto de manter os utentes em casa. Só a facto de se conseguir n internamentos, n idas ao hospital, há utentes acompanhados pelas ECCIs durante meses e anos, que não tem uma ida ao SU, portanto isto são mais-valias para todos. Para o utente em primeiro lugar, para a família e para todos nós, não e verdade? Porque isto são, são ganhos que não só em saúde mas também ganhos a nível económico que nós, não que as ECCIs estão a proporcionar, claro que ao utente, não é, se o utente conseguir ficar em sua casa e ter os cuidados que necessita na sua própria casa. E uma mais-valia, não é, depois quando com todos os outros, as mais-valias são acrescidas
Entrevista_15		Mas o todo é uma mais-valia e aquilo que eu tenho tido feedback dos utentes que nós, maioria dos utentes que nós temos acompanhado é que temos feito algo de positivo, porque os próprios cuidadores acabam por nos ligar, muitas vezes só para saber se estamos bem, e já deixámos, porque já faleceu, já não acompanhamos há um ano ou dois, e temos este feedback, portanto acho que fizemos, dos cuidadores para connosco, sim. Costumamos ter.

Entrevista_16	Prestação de cuidados\Boas práticas\ECCI é resposta viável da RNCCI?	Antes de haver ECCI havia cuidados continuados. Trabalha-se da mesma maneira, só que temos mais esta burocracia. Estão organizados. Os doentes vêm, há critérios, há um percurso, há referênciação, mas se formos explicar aos familiares o que é visitas domiciliárias e a ECCI, o familiar não percebe, só percebem quando lhes aparece lá a conta para pagar, já percebem a diferença entre VD e ECCI, mas antes de haver ECCI eu estava nos cuidados continuados e articulava-me com todos os profissionais porque nessa altura também havia maior disponibilidade das horas dos outros profissionais e havia maior capacidade de resposta da parte deles, porque também eram mais. Aqui na prática veio só dizer que temos 50 camas e que quando se atinge esse valor, não podemos receber mais. E também noto que a nível de RNCC nasceram muitas unidades de internamento, tiraram muitas pessoas de casa, tiraram muito trabalho das ECCI. Antes não havia tantos registos informatizados o que nos deixava mais disponibilidade para outras coisas. Agora, vamos ver o doente e temos de registar no SClinico, temos de ir à PDS para esclarecer algumas dúvidas que às vezes a família não consegue responder, temos de ir à rede fazer os registos, portanto, registamos em muito lado. É pena não haver cruzamento de dados, principalmente do SClinico para a rede ou vice-versa.
Entrevista_17		Parece-me que é uma resposta viável mas às vezes não temos os recursos suficientes, se os tivéssemos e se as coisas estivessem bem definidas seria mais-valia. Porque eu não consigo estar uma hora com cada doente, eu gostava, havia doentes que eu precisava, há outros que nem tanto mas há outros que precisava e a gente para dar resposta á ECCI e às VDs que temos não conseguimos estar uma hora. Fazemos as perguntas, vemos as necessidades porque só o fato da gente lá estar já é um bocadinho confortante para elas e enquanto se faz o tratamento eu vou sempre conversando não posso parar porque o tempo tem que ser para o tratamento e para falar porque se fizesse o tratamento e depois ficasse a falar ficava ali muito mais que uma hora porque há pessoas que perguntam tudo que tem muita necessidade também de esclarecimentos quando são situações novas e depois tem muita necessidade de falar porque a maior parte das vezes estão sozinhas durante o dia todo com os familiares ou mesmo sozinhos alguns que ainda são os cuidadores deles próprios as pessoas que andam, porque nem toda a gente está acamado e precisávamos de mais tempo
Entrevista_18 - ECL		Eu acho que sim, mas precisa de ser de outra forma. Tal como as unidades precisam de ter determinados profissionais para abrir, e não podem abrir sem aqueles profissionais, as ECCI deviam ser exatamente a mesma coisa. E deviam fazer contratualização porque o que eles dizem é que os indicadores, do qual nós também não temos rigorosamente nenhum feedback sobre a contratualização, esta contratualização que ocorre não tem muito a ver com os objetivos da ECCI e da rede. Portanto eles têm um duplo papel porque têm de responder a um lado e têm de responder a outro, ou seja a resposta a quem têm de responder não se coordena muito e consequentemente não há cobertura de ECCI em toda a ARSLVT. E também acho absurdo que as equipas que existem não tenham um denominador comum mínimo. É obrigatório para tantos utentes, têm de ter tantos enfermeiros, têm de ter tantos assistentes técnicos, tantas horas disto e tantas horas daquilo. Só assim é que se conseguia pedir a todos a mesma coisa. Umas trabalham de uma forma outras trabalham de outra porque umas são abertas de uma forma, e outras são abertas de outra. Umas têm todas as condições outras não têm. Umas têm motoristas e assistentes operacionais outras não têm. Isso faz toda a diferença.
Entrevista_19		É uma resposta mais que válida, por duas ordens de razões. A primeira é, se não houvesse ECCI muitos daqueles doentes não estavam em casa. Estavam se calhar hospitalizados. Uma falsa hospitalização, mas é uma hospitalização. E por outro lado, muitas vezes a ECCI e o apoio domiciliário é, para os doentes e cuidadores, o contacto com o mundo exterior. E atenção, nós não ficamos com chaves de ninguém. Nós temos utentes que tinham a porta aberta 24h por dia. O apoio domiciliário fica com as chaves, mas nós não ficamos. A nível de resposta da segurança social não existe.
Entrevista_20		Considero que é uma resposta valida, Pq as alterações na pirâmide populacional que tem acontecido nos últimos anos é uma coisa muito preocupante. A ultima noticia que ouvi é que daqui a 30 anos há um trabalhador por casa reformado. Dá para ver a percentagem de idosos que vão existir ao cuidado do SNS. Não é só o numero de idosos mas face à politica de empobrecimento que existe cada vez mais. Precariedade cada vez mais e até mais tarde. As reformas são cada vez mais miseráveis. Acho que neste momento a ECCI tem um papel importante no tapar as falhas de cuidados que possam existir em situação de dependência da pessoa e que não se justifica a pessoa ir para um lar podendo estar no seu domicílio. Também na capacitação da pessoa e dos cuidadores para a manutenção das capacidades mínimas para garantir os autocuidados.

Entrevista_21 - ECL	Prestação de cuidados\Boas práticas\ECCI é resposta viável da RNCCI?	Eu acho que são uma resposta valida mas não respondem a toda as necessidades. Pior que isso é os familiares virem com expectativas irrealistas. Não sei se as expectativas foram assumidas ou orientadas por quem referencia. Se calhar as duas são verdade. É verdade que é uma resposta muito valida mas não consegue dar resposta as necessidades dos utentes. Os utentes vêm com muitas necessidades para casa.
Entrevista_22		Acho que as ECCI são uma excelente resposta. As equipas devem estar dotadas de mais recursos para darem melhores respostas e respostas mais céleres. Se todas as ECCI tivessem mais dotações, parece-me que as respostas ainda iam melhorar. Porque efetivamente os doentes estão em casa. De um modo geral as pessoas querem e gostam de estar em casa. Mas querem estar em casa com apoio e sentirem que têm alguém que os apoie, ajude e lhe dê a resposta que eles necessitam. O internamento tb é uma boa resposta. O problema são os tempos de espera. As ECCI são uma excelente resposta, mas tem que estar mais dotadas.
Entrevista_23		Sim, embora eu acho que se calhar precisamos de mais recursos se tivéssemos mais recursos se calhar conseguiríamos dar uma melhor resposta mais viaturas, mais profissionais, ter mais tempo, mais tempo de fazer uma intervenção melhor acho que a nossa grande falha é a reabilitação e se tivéssemos viatura, telemóvel, o portátil que a gente pode fazer os registos mesmo as próprias escala são muito mais fáceis de aplicar pronto temos a checklist fazemos o registo e fica logo tudo é mais fácil de aplicar

Anexo 21 - Respostas obtidas à questão “A ECCI é uma resposta válida da RNCCI?” (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Anexo 22 - Boas práticas das ECCIs (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3	Prestação de cuidados\Boas práticas\Boas práticas a replicar	Quando nós damos alta a um utente, enviamos por protocolo interno (por causa da privacidade dos dados) para a unidade funcional do doente o que é que foi o internamento na ECCI, O que foi feito, O que é que o doente ganhou, ou seja, uma nota de alta. Portanto, enviamos para o médico e para o enfermeiro da unidade e depois vamos à unidade e falamos com o enfermeiro a passar o doente.
Entrevista_4 - ECL		Há vários protocolos a nível do ACES e da ARS a nível de procedimentos que leva a que a prestação de cuidados sejam feitas mediante essas orientações
Entrevista_5 - ECL		A ECL criou uma norma para o procedimento de admissão. Pq há a questão de admitirmos dos doentes tão breve quanto possível, para que as vagas não estejam ocupadas de forma indevida. As ECCIs têm o cuidado de monitorizar o GESTCARE com muita frequência e assim que aparece um doente disponível para admissão, contactam imediatamente a família, reportam-nos e nós libertamos o episódio para o campo deles de forma a fazerem a admissão. Se nos reportam que a família não aceita, ou já não está interessado, fazem o reporte e nós libertamos a vaga e este doente nunca chega ao campo da ECCI por forma a inviabilizar que outro tenha acesso. Uma boa prática é a preocupação que as ECCIs têm em fazer registos na plataforma da REDE, de acordo com aquilo que é pedido pelo normativo legal e pelas diretivas técnicas. Cumprem, às vezes com um pequenos acréscimos de tempo, particularmente por uma disciplina que ainda é um pouco resistente, mas genericamente eles cumprem.
Entrevista_6		Articulação é importante entre os elementos da equipa e entre a equipa e as outras equipas várias, hospital, instituições hospitalares, unidades funcionais, comunidade.
Entrevista_7		Como boa prática considero esta reunião que temos na manhã, o planeamento dos cuidados, gerir os cuidados de enfermagem. Desde 2010 institui esta prática e digo -lhe que é muito, é muito bom, no sentido que traz nas grandes mais-valias. Meia hora mas que esta meia hora, é meia hora de trabalho em que nós estamos a discutir, trocamos as nossas impressões, cada um dá os seus contributos e no fundo, é estudar e qual vai ser a nossa prática diária e no fundo gestão dos cuidados de enfermagem.
Entrevista_8		Eu penso que as reuniões de equipa são importantíssimas para o bom funcionamento da equipa todos nós percebermos o que é que se está a passar com os utentes. O conseguir dar resposta no tempo estipulado das 48 horas eu penso que é uma boa prática, seja para a própria equipa que consegue controlar um pouco melhor as coisas, seja para a família, para a pessoa dependente, esta resposta breve que nós conseguimos dar é uma mais-valia sem duvida, é uma boa prática.
Entrevista_9		Eu acho que é a confiança e a relação e a complementaridade porque cada um. Temos consciência que cada um tem a sua especificidade. Sabemos que á Catarina recorremos quando há situações de reabilitação, o Jorge é da comunitária, recorremos á área da comunitária. Vamos conseguindo esta conciliação. Eu nas feridas. Vamos conciliando os saberes e complementar-nos. Isso é muito bom.

Entrevista_10 - ECL	Prestação de cuidados\Boas práticas\Boas práticas a replicar	Estes catorze elementos estão muito bem conjugados tecnicamente com a parte humana. Acho que é a melhor boa prática que pode existir. Há aquela velha máxima que diz: Quando te relacionas com outro no contexto de cuidar, podes ser excelente tecnicamente, se adicionares a isso a tua componente humana tenho a certeza que fizeste um bom trabalho. Há um acompanhamento completo e acho que é uma boa prática que fica bem aos cuidadores, aos enfermeiros, e no caso concreto até aos outros técnicos embora sejam só os enfermeiros que ligam, convém dizer assim, porque são eles que no fundo são o pivô da equipa ECCI.
Entrevista_11 - ECL		Têm uma boa prática que é a discussão de casos todas as semanas semanal e não prescindem é uma boa prática. Depois a dinamização da equipa, a dinâmica de grupo realizarem atividades mesmo fora do horário de trabalho em que se juntam para confraternizar. É a resiliência e é a ajuda que eles têm, é importante também a gente ver o ponto forte deles.
Entrevista_12		Acho que nós trabalhamos bem na questão da prevenção, que acho que deve ser o foco do trabalho do centro de saúde, e que muitas vezes esquece-se, nós às vezes acho que em termos de centro de saúde já parecemos mais, que apressam as coisas e só depois em termos da prevenção acho que se esquece um bocadinho aquilo que deve ser a prevenção, o foco do centro de saúde, o trabalho do centro de saúde, os cuidados primários, quer prevenção primária. É o acompanhamento regular das situações, e está relacionado com aquilo que eu lhe tinha dito, muitas vezes, que é com a dificuldade em dar altas em conformidade às pessoas, tendo em conta que nós temos cuidadores, que por muito que se trabalhem, até em termos físicos, têm limitações que os impossibilita de ir mais além, e nós consideramos que muitas vezes os doentes chegam-nos com úlceras de pressão, ok é importante, é muito importante tentar resolver este problema, cicatrizar, mas ainda mais importante para nós é evitar que isso aconteça novamente. E esse é o trabalho de prevenção que nós tentamos fazer e isso só se resolve com uma proximidade, com contacto de proximidade, com o estar em cima das situações. Acho que é uma boa prática, que depois curiosamente em termos estatísticos também não é refletido. Outra boa prática, acho que o nosso foco em reabilitar os utentes, tentar adaptá-los e tentar que eles se adaptem às novas condições e tentar que eles comecem a autocuidar-se, acho que também é um foco de todos os elementos da equipa, que têm por si só, e que acaba por ser uma mentalidade de conjunto, que é tentar sempre incentivar continuamente ao autocuidado e tentar recuperar níveis de independência, nem que seja em coisas muito simples mas tentar que isso aconteça
Entrevista_13 - ECL		Tb há uma norma aqui que os utentes em ECCI que estejam sem médico, rapidamente esse assunto tem que ficar resolvido e ser atribuído médico de família. Uma avaliação holística que as ECCIs têm da situação. São as competências de comunicação que eles desenvolveram para trabalhar com os utentes e com os outros profissionais.

Entrevista_14 - ECL		Quando é um utente que é referenciado pelo hospital para uma unidade de internamento, e que nós a partida sabemos que há espera e que sabemos que o utente vai para o hospital porque, quando não está escrito habitualmente o hospital de xxxxx agora já escrever nós questionávamos sempre o serviço social, onde é que o utente vai aguardar vaga até entrar. Então o hospital de xxxx agora já faz sempre o registo, ou quando são outras EGAS e que não nada é referido, nós ligamos e perguntamos senão ligamos mesmo para a família, onde é que o seu familiar vai aguarda vaga? E se sabemos que é no domicílio, nós ligam para o familiar de referência, explicamos que fomos informados que o familiar está inscrito na rede, mas que vai para casa, dado ir para casa ele precisa de cuidados, como é que é? Quem e que lhe vai prestar os cuidados e ai as pessoas, maior parte pois realmente, e ai nós propomos. Outra boa prática que nós consideramos e realmente estas reuniões que as equipas fazem com regularidade é muito importante, a equipa multidisciplinar se sentar a uma mesa e falarem sobre os diferentes casos. Falar sobre os diferentes planos e cuidados, falar sobre as suas, as suas dificuldades, falar dos seus sucessos e importante esta partilha e muito importante e é uma mais-valia, claro ate porque a equipa também tem o psicólogo que muitas vezes é uma boa achega, para as dificuldades que surgem no dia-a-dia.
Entrevista_15	Prestação de cuidados\Boas práticas\Boas práticas a replicar	Para já acho que o facto de não termos entregue os telemóveis, de ficarem connosco e das pessoas saberem que podem ligar e que deixam mensagem e que não ficam sem resposta, porque ninguém fica, todas as colegas sabem que, portanto tentamos dar resposta, acho que isto para mim é uma boa prática. Situação ter o à vontade para dizer à outra colega "olha agora vais tu, se não te importas, e vê lá o que é que eu não estou a conseguir ver", e esta partilha acho que é muito importante para podermos evoluir todos não é, e quem beneficia são os utentes, as famílias e nós.
Entrevista_16		E temos uma prática na equipa que eu acho que é boa, por exemplo, a minha colega manda um doente para a assistente social a solicitar avaliação para encaminhamento para uma unidade, quando a colega envia para a assistente social, ela dá conhecimento a toda a equipa de enfermagem da ECCI. Se chegar um contacto telefónico ou um familiar, nós estamos sempre a par das situações. Estamos constantemente a atualizar-nos, porque o email é sempre enviado para este email de grupo, por isso toda a equipa está sempre atualizada. Vamos à casa do utente, às vezes há aquelas químicas que não funcionam. Mudamos logo os enfermeiros. Se a família é polémica, que nada lhes agrada, nada lhes convém, não querem colaborar em nada, não vai lá sempre o mesmo enfermeiro, há uma rotatividade. E isto acontece porque a comunicação não falha na equipa. Temos uma boa relação com a comunidade com as autarquias, com a câmara, estamos muito envolvidos em projetos da câmara, aliás nós fazemos parte de vários grupos com a câmara no âmbito do CLAS. Um deles é o grupo de idosos, outro é o grupo da saúde mental, etc. Foi desenvolvido o plano de desenvolvimento social para o concelho do xxxxx 2017/2020, em que no plano de desenvolvimento social várias atividades são feitas integradas entre o social, as autarquias e a saúde, e em quase todas as áreas temos lá um bocadinho do nosso cunho, ou em ECCI ou noutra atividade dentro da UCC. A comunicação não falha. Já tivemos várias situações de famílias complicadas, o enfermeiro vai lá uma vez, duas vezes, três vezes, e o colega diz que há ali uma química que não funciona. Eu digo qualquer coisa, mas eles contrariam e eu já me estou a sentir mal, não é agradável ir lá, a gente diz: deixa lá que na próxima vez vou eu. Depois no outro dia vou eu, no outro dia vai a outra colega, e temos o cuidado de transmitir sempre as mesmas informações às pessoas. E outra coisa que os utentes nos fazem muito é manipular-nos. Dizem que a outra colega é melhor que eu. A sua colega faz assim, você não faz. E nós aí somos inquebráveis. Fazemos todos da mesma maneira. E temos o cuidado de uniformizar o discurso, uniformizar procedimentos, uniformizar instruções dadas aos doentes e aos cuidadores. E confrontamos os

		utentes com isso. Como temos tudo uniformizado, sabemos quando a pessoa nos está a mentir ou não. Assim também não permitimos que os familiares ponham em causa o nosso trabalho nem qualquer elemento.
Entrevista_17		As visitas em 24 horas. Disponibilidade de tempo em relação aos utentes, temos uma equipa multidisciplinar que levamos os profissionais até às pessoas quando achamos que há essas necessidades e a nossa disponibilidade também, a nossa disponibilidade para atender as pessoas e para perceber as necessidades delas também é uma boa prática.
Entrevista_18- -ECL	Prestação de cuidados\Boas práticas\Boas práticas a replicar	Por exemplo a ECCI da xxxx faz uma discussão dos casos multidisciplinarmente com a assistente social, fisioterapeuta, ou seja, não quer dizer que estejam todos mas estão os possíveis para a discussão dos casos e articula bem com as equipas, isto é, não só entre a ECCI mas sempre que precisa em termos de rede social discutem alguns casos e pedem apoios de ajudas técnicas. Eles fazem muito bem esta articulação. Mas há uma boa prática que eles têm, nos casos dos utentes que achamos que são mais problemáticos faz-se uma reunião na unidade, as ECCI vão à unidade com todos os parceiros que se acha necessário envolver
Entrevista_19		A história das reuniões interdisciplinares é uma das boas práticas, que até antes da insistência da ECL, nós já fazíamos, sempre fizemos. Passamos a ter mais cuidado com os registos dessas reuniões. A história de não haver nenhum doente que nos seja encaminhado e que nós não vamos, mesmo sem os papeis. Nós vamos a todos.
Entrevista_20		ou salientar a união e o espírito de grupo que foi fomentado precisamente nesta fase. Uma outra boa prática é a preocupação que temos sempre que um doente vai ser admitido, enviamos um e-mail a todos os elementos da equipa, com a informação toda de que dispomos (nota de alta existente) averiguamos a possibilidade de alguém nos acompanhar nessa admissão para não ir só os enfermeiros
Entrevista_21 - ECL		Do que sei as ECCIs tem o cuidado de contactar sempre os familiares assim que recebem as propostas e perceber o estado deles. Tentam sempre marcar a visita domiciliária o mais rápido possível. Isso eu sei que é uma preocupação. Para os familiares é muito fácil aceder aos profissionais e pedir apoio que não está programado. A facilidade de acesso à equipa.
Entrevista_22		A nossa ECCI tem uma boa capacidade de resposta às necessidades dos utentes. Damos respostas nas primeiras 48 horas e respondemos em diversas áreas, necessidades reabilitativas, paliativas e necessidades de cuidados gerais. A outra boa prática é a nossa boa capacidade de articulação com as diferentes áreas da comunidade e inclui duas EGAS e intra. Acho que somos elementos facilitadores. A comunicação

Anexo 23 - Dificuldades das ECCIs reportadas às ECL (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_4	Acompanhamento e monitorização_ECL\dificuldades referidas pelas ECCIs	AS maiores dificuldades são os recursos humanos e transportes (veículos); Falta de recursos principalmente de enfermagem, médico. O acesso ao médico quer para acompanhamento do doente, um pedido de mobilidade, uma urgência, é muito complicado. O transporte é a questão das atividades no âmbito das atividades no âmbito da prestação assistencial. O transporte até casa dos doente. Eles têm que programar com antecedência todas as visitas dos profissionais para que o carro seja rentabilizado e o horário bloqueado para poderem usar.
Entrevista_5		Os recursos são uma constante. Dificuldades, há uma questão que eles reportam de forma cíclica. O utente está, do ponto de vista funcional, melhorado. Atingiu os objetivos propostos e consegue-se até negociar a alta do utente, mantendo o contexto domiciliário, passando para os cuidados da USF e da UCSP. As vezes a negociação com a família não é fácil pq eles sabem que a prestação não é igual e têm sempre receio de perder algum acompanhamento. As vezes n é fácil chegar a esse entendimento e isso é um constrangimento das ECCIs.
Entrevista_10		A maior dificuldade são as viaturas. Tempo de viatura para a prestação efetiva de cuidados porque muitas vezes estamos condicionados pelo tempo de viatura e não condicionados pelo tempo de cuidados, ou seja, muitas vezes sabe-se que o tempo de cuidado teria de ser maior mas o tempo da viatura condiciona toda essa situação precisamente para que o aproveitamento das restantes ECCI que estão escalonadas das 09h às 20h e em três horários distintos, e de forma a que o "puzzle" de conjugação de utilização das viaturas seja o melhor e o mais eficaz possível. A própria logística da ação das viaturas - grave problema, grave constrangimento.
Entrevista_11		As ECCIs, com os transportes e os recursos humanos e os recursos de transporte, materiais. Principalmente os transportes, os telefones . É sempre a falta de recursos, sempre.
Entrevista_13		As do terreno, de não haver resposta. De detetarem situações em que se sentem impotentes. Essencialmente na dificuldade de resposta para resolução efetiva das situações . É uma sensação de impotência, porque são os únicos que estão a ver e parece que não conseguem fazer com que as outras pessoas das outras entidades que podem trabalhar, percebam da mesma forma e percebam a urgência de resolver.
entrevista_18		Queixam-se muito que têm de ter duplos registos , ou seja têm de registar no SClínico e têm de registar no GestCare, e portanto é o trabalho a duplicar. Também é a articulação. Eles estão com uma dificuldade neste momento que estamos a tentar que eles resolvam, que é a discussão multidisciplinar e a necessidade que a equipa reúna multidisciplinarmente. Quando incorporam agora outros profissionais não é fácil nem para uns nem para outros. Uns estão fechados nos seus hábitos e nos seus costumes; os outros querem entrar, mas também não é fácil irem a casa. Este abrir dos enfermeiros é uma das principais dificuldades, assim como o entrar dos demais profissionais. Queixam-se muito da colaboração médica , ao ponto de afirmarem que os casos são mais fáceis de tratar quando os doentes não têm médico de família, do que quando têm médico de família. Porque aí a médica que está na equipa ajuda e resolve uma série de coisas. Queixam-se também do motorista ou da falta dele. Queixam-se muito dos telemóveis, da falta deles e da falta de contacto. E queixam-se muito dos duplos registos. Eles têm boas relações com as famílias, por isso acho que não há problemas de articulação. Mas penso que se vai lá chegar. Nós conhecemos muito bem os nossos doentes, e isso é bom.
Entrevista_21		Aquilo que nos é reportado pelas ECCI todos eles referem carências a nível da reabilitação. Por outro lado referem necessitar de outros profissionais de outra áreas que não têm . Como por exemplo a saúde ocupacional, terapia da fala. Isso eles acham que seria uma mais-valia e que faria parte dos profissionais a alocar às ECCIs. Eles não conseguem dar resposta. Daquilo que temos percebido é também a duplicação de registo.

Anexo 24 - Mensagens deixadas pelas ECL e ECCIs para a Coordenação Nacional da RNCCI (Fonte: MAXQDA12 – BD)

Nome do documento	Segmento
Entrevista_3	Trabalhem muito na plataforma no sentido de fazermos um único registo no SNS. Haver uma PDS que lê-se tudo e que nós fizéssemos só um registo no SClinico
Entrevista_4	Parece-me que o maior recado seria no sentido de perceberem o objetivo primeiro da ECCI e tentar alocar recursos e ver qual é o papel da ECCI. Se nós formos ao DL 101, a ECCI é a que menos explica as funções e a missão da prestação de cuidados.
Entrevista_5	Apostar no seu crescimento e para isso será necessário alocar mais profissionais e recursos materiais como os transportes. Mas sobretudo apostar na capacidade de oferta das ECCIs. Porque acho que é uma mais-valia. Até por experiência pessoal, as pessoas preferem ter os seus familiares em casa. As ECCIs fruto do seu trabalho, conseguem evitar tanto o internamento hospitalar, que isso do ponto de vista dos utentes é tão relevante. Sobretudo quando já tiveram más experiências e viram o que lá passaram. Isto do ponto de vista dos utentes, mas do ponto de vista do sistema de saúde é porque é incomensuravelmente mais barato ter um utente em casa do que numa cama hospitalar e às vezes podia fazer-se esse trabalho em casa. Há uma questão que tenho pesado muito que são os doentes que estão a ocupar uma cama hospitalar por estarem a fazer um antibiótico. Não conseguimos fazer isto em casa? com uma equipa diferenciada como são as ECCIs? Eu não tenho uma resposta definitiva, mas interrogo-me muitas vezes sobre esta questão.
Entrevista_5	O doente está aos cuidados da ECCI para a sua recuperação funcional, mas de tem um contexto que necessita de recorrer ao hospital. A única coisa de diferente que o hospital presta em relação aos cuidados domiciliários, é a questão do antibiótico, pq tudo o resto a ECCI já fazia. E atrevo-me a dizer que em alguns casos, do ponto de vista da reabilitação até com uma mais-valia. O hospital não consegue oferecer a mesma capacidade que as ECCIs têm nessa vertente em exclusivo. E esta questão do antibiótico é tão evidente. Não será possível a RNCCI fazer isto (hospitalização domiciliária), numa lógica de REDE e de cuidados continuados, incrementando ainda mais a capacidade de oferta da REDE. Do ponto de vista teórico parece-me que si, do ponto de vista prático de facto esbarramos numa serie de coisas (profissionais, transportes). Estamos com 12 anos, não temos capacidade de abarcar mais áreas. Costumo dizer estas palavras e principalmente a uma das nossas EGAS hospitalares, neste momento, para o procedimento da alta a RNCCI não é uma das vossas maiores referencias da vossa capacidade de resposta? Então deem dignidade a isto, façam bem as referenciações. E esta questão não é residual.
Entrevista_6	Continue a investir nos recursos humanos das ECCIs. Para podermos disponibilizar mais pessoas e apoiar.
Entrevista_7	Em primeiro lugar dava-lhe os parabéns. O Investimento que tem vindo por parte da rede nacional para melhorar, aqui estes elos, todos estes elos, e não haver interrupções na cadeia
Entrevista_8	Não seria um recado, seria uma sugestão, venha connosco um dia. É importante, acho que não é valorizado, porque lá está nós somos quem saímos todos os dias.
Entrevista_9	Obrigada. Porque acho que ele tem feito um bom trabalho. Acho que ainda não é suficiente, e compreendo que para ele não seja fácil ultrapassar estas barreiras todas políticas e de interesses económicos que andam por trás. Mas do que tenho visto acho que tem desenvolvido um bom trabalho e insistir no investimento das ECCIs. Não só na melhoria de recursos mas também na criação de mais
Entrevista_10	A RNCCI deu os primeiros passos e a coisa deu para suster, esta não está a dar para suster, não se está a ver nada. A parte oncológica e pediátrica e a rede da qual ele (e muito bem) não se meteu, mas tem que haver uma grande transformação do que é isto de paliativos e rede nacional, acho que Portugal não comporta duas redes desta natureza, mas também não está nas mãos dele e portanto acho que não vale a pena termos duas redes e duas estruturas tão idênticas...operacionalize-se se faz favor, e de forma imediata, tudo o que preconizou nestes dois anos e meio, em termos das ECCI, ou seja, efetivar os recursos com mais capacidade operativa de cuidados, e fazer com que a questão dos transportes - convém dizer que a nossa solução para os transportes tem sido solicitada por muitos ACES. Operacionalizar tudo o que disse em relação às ECCI no sentido mais de as dotar de melhores meios técnicos, e acabar de uma vez por todas com esta questão de uma forma total, de que se as viaturas são para "A", as viaturas são para "A". Ele que continue a fazer o seu trabalho porque o que ele tem enquanto génese e enquanto módulo de semente, está correto, e não tem fugido à matriz da criação da rede, portanto, a questão dos cuidadores às vezes acho um bocadinho mais poética, quando se fala dos cuidadores acho poética, porque se não passar pelo lado pragmático, idêntico ao que tem acontecido na Assembleia da República, eu não posso apoiar um cuidador só porque vou lá bater-lhe às costas e dar-lhe uma palavra de apreço, isso não chega. Tem que haver um componente socioeconómico.
Entrevista_11	Invistam nas ECCIs, invistam em mais pessoal mas em mais condições e mais recursos, recursos materiais, mais transportes porque mesmo faltando pessoal muitas vezes o próprio pessoal que lá está não é aproveitado ao máximo porque tem que partilhar recursos essenciais para o cuidar e recursos o que é, o transporte, o transporte é um recurso essencial para as equipas da ECCI
Entrevista_12	Acho que tem de se batalhar por dar melhores condições às ECCI. As condições que nos pediram, e que nos pediram um trabalho exaustivo, e que foi exaustivo, de tentarmos perceber o que é que a ECCI, na altura quando as ECCI ainda estavam a acontecer a nossa idealização do que é a ECCI, e todo o trabalho que nós fizemos, e que foi muito, e tentar ouvir as pessoas, tentar olhar para esses relatórios, que com certeza os tem, e ouvir as pessoas que trabalham em ECCI, que eu acho que não são ouvidas

Entrevista_14	Em relação às ECCIs, tinha dois recadinhos, um em relação ao aumento de profissionais, e outro em relação aos cuidadores. Para estes cuidadores realmente serem vistos de outra forma. E se haver uma legislação que pudesse, compensar estas pessoas, pelo trabalho que elas também estão a ter em casa e não remunerado
Entrevista_15	Queria que o estatuto do cuidador informal saísse, e que os cuidadores da tal bolsa, se pensassem nisso, criar uma bolsa de cuidadores.
Entrevista_16	Se calhar ele devia fazer umas visitinhas connosco, para ver a nossa realidade do dia-a-dia, e o que é que eles podem melhorar. Eu dizia que não respondo aos inquéritos todos porque não tenho tempo para tudo.
Entrevista_17	Precisávamos de mais viaturas com motorista porque a nossa função também não é conduzir isso ao fim do dia é complicado, os telemóveis que as pessoas sentem muita falta por qualquer coisa para telefonar para o centro de saúde é muito complicado e às vezes um esclarecimento pelo telemóvel consegue-se dar faz falta para as equipas, mais materiais, não é que a gente tenha muita falta de material de uso clínico mas mais algumas coisas que precisávamos, mais ajudas técnicas porque há pessoas que alugam ajudas técnicas em certas casas de ortopedia se os centros de saúde pudessem gerir basicamente seria isso.
Entrevista_18	Que é preciso que as ECCI tenham todas uma base mínima para serem formadas. Não se pode pedir o mesmo tendo equipas completamente diferentes. É preciso que tenham uma base mínima de formação e de desempenho.
Entrevista_19	Sabendo quem é, que nos desse mais recursos. Porque esta questão do estar presente é muito importante. é uma segurança que se transmite aos utentes e aos cuidadores é muito grande. Além de ser apreciada por eles, também nos dá alguma satisfação pq num processo normal, os utentes recuperam, quer no grau de dependência quer na sua autonomia. Como ainda temos vagas conseguimos ir monitorizando e vigiando aquela situação. Isto faz com que não só esses agregados e utentes se mantenham autónomos durante mais tempo. É o possível. A nível da própria CL nós propomos internamento e a enfermeira xxxx começa a dizer oh enfermeiro, isto não pode ser...então eu peço para ela ir connosco e ela vai ver e concorda com a nossa proposta e fazem logo o encaminhamento do processo. Uma coisa é o que está escrito no papel, outra coisa é ver ao vivo e a cores o que se apanha.
Entrevista_20	Sendo uma das prioridades o aumento de camas em ECCI, que seria necessário dar atenção á criação de recursos validos para o funcionamento dessas ECCIs. Não só dizer que foi criada, mas dar recursos. Foi o que nos sentimos quando chegamos. As pessoas estão cá mas estamos á espera de uma serie de coisas. Foi criada mas depois tudo vem a conta-gotas. Tudo se tem que pedir 3 e 4 vezes. E isto cria alguma frustração às pessoas, q vem de um ambiente hospitalar, onde isto não é assim. AS pessoas chegam e têm tudo o que precisam para trabalhar. Lá a vida das pessoas está dependente disso. Aqui, como a vida das pessoas não depende se temos uma farda ou se temos transporte, parece que aqui as coisas podem andar mais devagar. Não há disponibilização dos meios físicos e depois dos recursos humanos poderem trabalhar. Era este o pedido que lhe faria.
Entrevista_21	Que aquilo que é veiculado nos órgãos de comunicação social, que as pessoas ficam com uma visão irrealista do que se pode oferecer as pessoas. As pessoas chegam-nos a pensar que vão ter tudo e depois são confrontados com uma realidade que não é assim. Nós sabemos que a realidade das ECCI são diferentes, mas na verdade parece que nas ECCIs há os SADs no centro de saúde. E nós sabemos que os SADs não têm capacidade de resposta. Os familiares quando vêm ter connosco, até já articularam com o SAD, mas não têm vagas. Aquilo que é transmitido na comunicação social, dá as pessoas uma expectativa que não é realista. Era muito bom que assim fosse, mas na realidade é diferente. São expectativas validas pelo que as pessoas ouvem e pelo que lhes é transmitido, e depois vêm-se confrontados com uma realidade muito diferente. Eu digo isto porque as ECCIs são importantes mas o apoio domiciliário também é muito importante. Têm que ser as duas. O enfermeiro chega a casa para fazer o penso e o utente está todo sujo. Como é que ele faz o penso, tem que intervir e em vez de la ficar meia hora, fica muito mais tempo. Essas situações são muito recorrentes. E em camas sem condições, sem agua quente. E depois temos familiares que conseguem e outros não conseguem.
Entrevista_22	Diria que é uma excelente ferramenta de cuidados e dos cuidados de saúde primários. E que estas equipas é preciso olhar tb para as pessoas das ECCIs. Para os profissionais e dar-lhes mais condições de trabalho. Eu estou aqui pq gosto muito do que faço. E nos estamos cá pq gostamos efetivamente do que fazemos e fazemos com muito gosto, empenho e competências. Mas é duro. Nós temos crianças e um doente ventilado em casa há 7 meses. Isto exige muito de nós tb como equipa. Eu diria para ele olhar para os profissionais e dar condições de trabalho, que passam por alocar recursos. Há dias que sentimos que somos mal tratadas como profissionais. Não temos tempo nem sequer para pensar, eu e os elementos da equipa. 7 Visitas em 7 horas, é muito duro. Dotar as equipas de recursos, de forma geral. Mas vamos gerindo...vamos fazendo um utente atrás do outro.
Entrevista_23	Que dê recursos às ECCIs para melhorarem o trabalho para poderem fazer um trabalho mais digno para as pessoas, ainda mais digno porque acho que utentes merecem uma resposta mais efetiva e era importante que é as ECCIs terem médico fixo com formação específica porque cuidar em casa e cuidar de pessoas dependentes. O doente que está em casa acamado é importante ter uma avaliação clinica regular e quando trabalhamos numa equipa se todos os outros profissionais até para criarmos procedimentos, protocolos, critérios de integração e acho que era uma mais valia se as ECCIs tivessem um médico residente que acompanhava os utentes durante aquela fase como o médico que está na unidade, como o médico que está num serviço de internamento porque é uma situação muito específica e requer cuidados médicos específicos portanto é uma área que é importante.

Anexo 25 - Código desabafos das ECCIs (Fonte: MAXQDA 12 – BD)

Nome do documento	Código	Segmento
Entrevista_3		Trabalhamos imenso, comemos fora de horas, mas realmente temos sempre esta vontade porque vê-se que há ganhos com o nosso trabalho.
Entrevista_4 _ECL		A função da ECL é também estar ali como pivot entre as varias instâncias que possa resolver o problema. A questão é que todas elas estão informadas da situação. Todos os intervenientes estão informados. Não poderá ser a ECL que vamos conseguir fazer o que quer que seja. Fazemos o que podemos no sentido de amenizar os ânimos e tentar com eles chegar a bom porto, para que as coisas funcionem o melhor possível. Contudo a resolução do problema parte deles, no sentido de resolverem com os meios que têm, e atingirem os objetivos. O trabalho em ECCI não é penas ir fazer a visita. É toda uma organização e logística de planeamento, o escrever os dados na plataforma, reunir falar com as famílias e utentes, outras entidades...Isso requer muito tempo. As vezes fica-se com a ideia que ter 2 doentes é ter tempo. Mas as vezes esses dois doentes ocupam uma manhã, mais o transporte, a preparação e reuniões e registos na plataforma. Mais todo o trabalho de preparação do dia seguinte. É a percepção que tenho.
Entrevista_5 _ECL		Sendo a prestação domiciliária uma aposta primordial da RNCCI valia a apenas fazer esse investimento. Os colegas sentem o trabalho nas ECCIs como sendo um trabalho muito pesado e eles próprios pedem para ter outros programas de forma a conseguirem algum equilíbrio na sua prestação. Os profissionais por vezes dizem que os doentes precisam de acompanhamento de manutenção, mas isso precisam todos. Sobre isso n há dúvida, mas na verdade temos que pensar se a situação de manutenção pode ser suportada pelos enfermeiros generalistas das UCSP ou das USF. Se não o fizermos estamos a impedir que outros doentes com reais necessidades de ECCI possam ter acesso. Vou chamar-lhe concorrência, dentro do ACES temos uma concorrência terrível para nós. Eu até diria desleal. Nomeadamente a implementação e expansão das USF. A medida que se vai fazendo esta implementação e se vão criando mais USF, estes profissionais são convidados pelas USF e vão buscá-los às UCCs e particularmente às ECCI. Se o profissional já queria sair, por ser um trabalho mto pesado, e de um reconhecimento muito diferente. É neste sentido que a concorrência é desleal.
Entrevista_6		E depois na comunidade nada se modifica de um dia para o outro , e depois na comunidade há muito trabalho. É bastante autónomo, um bocado isolado, muitas vezes solitário porque somos nós que estamos lá, nem sempre é possível articular com outros profissionais, quando é ótimo, mas nem sempre é, há alturas em que isso não é fácil.
Entrevista_7	Desabafos	Por um lado tem que haver, uma grande, grande coesão de equipa, uma grande motivação e as pessoas gostarem daquilo que fazem. Com espirito de sacrifício, porque senão, não levaríamos aquilo que são os nossos objetivos em saúde e os da unidade, nomeadamente dos cuidados continuados integrados, a bom porto. (...) Ministério da Saúde que cada vez exige mais, mais plataformas e mais registos e o enfermeiro para mostrar o seu desempenho, teria que estar horas ao computador, isto não se coaduna com a nossa realidade, com a nossa prática, portanto não vamos tirar horas de enfermagem. Não é fácil, sabemos que não fácil, eles exigem sempre mais, muito mais e assim, a exigência é muito grande e depois não só aqui a nível dos serviços, a exigência também dos doentes, em casa as pessoas estão muito mais informadas, sabe dos seus direitos, sabem o que é que as equipas de ECCI lhe podem oferecer, temos problemática que um dos doentes, 95%, não é um problema só físico, e um problema, é a conjuntura. Problemas sociais gravíssimos, e temos aqui realmente alguns locais, nomeadamente bairro sociais, aqui à volta. Não vamos deixar um doente, sem cuidados, só porque ainda, o processo administrativo ainda não chegou, ou está parado na ECL, ou naquela zona cinzenta, que ainda não está colocado, ainda vai ser referenciado, nós sempre que nos é referenciado de outra forma, que não é a via normal, que os vizinhos, que pelo assistente social, nós não deixamos essa pessoa sem cuidados.
Entrevista_8		Eu não considero que seja negligência sequer porque realmente não há outra possibilidade, por muito que as pessoas queiram algumas conseguem-se desempregar mas sabemos o quão difícil isso é, e por outro lado quando as pessoas são profissionalmente ativas é muito complicado e depois assistimos às situações diariamente pessoas sozinhas o dia todo, a comida é posta ali e vão comendo à medida que podem e que conseguem, as alternâncias dos decúbitos não são feitas porque não há ninguém para as fazer ou então se há já são muito idosos e também eles próprios não conseguem e depois não sei se será aqui a melhor altura se não, é assim a rede dá realmente bastantes respostas ao nível das unidades de internamento mas o que é facto é que a maior parte delas não entra pela questão monetária porque implica o pagamento, por mínimo que seja eles têm muito baixos rendimentos mas implica o pagamento da unidade, manter o apoio de SAD. (...) Há muita relutância em fazer visitas médicas nos domicílios isso então é.

Entrevista_1 0_ECL	<p>Eu acho assistente social, médico, enfermeiro e fisioterapeuta o básico Ficaria básico com o fisioterapeuta. Se se quer fazer com que as ECCI façam mais qualquer coisa. E depois têm que dotá-las minimamente da dignidade dos transportes, porque dizer que cuidados continuados integrados serão feitos sempre numa atividade domiciliária, e não dar efetivos, meios, para que essa ação seja concretizada, não vale a pena.</p>
Entrevista_1 1_ECL	<p>São muito resilientes, para mim é o aspeto forte destas equipas, é não desistirem (...) As ECCIs e UCC são sempre os últimos. É o parente pobre mas é o parente que mais gasta. Dá ganhos em saúde mas gasta ao ACES. Gasta em transportes, gasta em recursos gasta em material mas não vêm que poupa por um lado o internamento hospitalar, poupa por esse lado.</p>
Entrevista_1 2	<p>Equipa de ECCI está muito assente numa equipa de enfermagem, e nós sentimo-nos muitas vezes muito sozinhos em casa das pessoas. Muitas vezes é complicado ter apoio médico no domicílio, como estávamos a dizer, todos os médicos fazem parte da equipa de ECCI mas há muitos médicos que não têm, não mostram recetividade em realizar visitas domiciliárias, e muitas vezes as situações com que nós somos confrontados no domicílio nós tentamos... Tem que haver alguma resposta. (...) Se você vir, e nós temos utentes que já estão na rede há muitos anos, às vezes é uma das dificuldades que nós temos é conseguir dar altas em consciência às pessoas, e saber que elas não vão precisar do nosso apoio de ECCI mais à frente. E essas pessoas só têm avaliações de enfermagem, não têm avaliação de mais ninguém. (...) Interessa-me é fazer bons cuidados às pessoas, e nós muitas vezes questionamos até qual é que é a mais-valia que a ECCI dá, enquanto equipa de cuidados continuados integrados. Nós sentimos que é uma equipa de enfermeiros, como já lhe disse, e há muitos utentes, os que vêm referenciados pelo hospital nunca tiveram uma avaliação social, nunca tiveram uma avaliação médica, em casa. Muitas situações dos utentes que são medicados conforme a nossa avaliação, conforme aquilo que nós transmitimos ao médico de família e são medicados com base nisso, não são vistos, situações que às vezes um dos indicadores de qualidade - lá vai a tal estatística, que é prevenir um bocadinho os internamentos, que as pessoas não tenham internamentos hospitalares quer dizer, nós temos situações que as pessoas precisam urgentemente duma avaliação e é difícil de a ter também. (...) Mas é complicado, eu acho que é muito por esse motivo de nos sentirmos que estamos muito sozinhos, e que temos um peso de uma família toda e uma responsabilidade de uma família inteira sobre as costas. Visita de luto - Também não deveríamos ser nós só a fazer, também deveria (risos) ter o apoio do psicólogo mas pronto, vai tudo bater ao mesmo. Mas depois há uma outra questão, que é como é que nós registamos esse tipo de serviço, de intervenção que fazemos. GESTCARE porque aparece o óbito já não aparece. Em SCLINICO ou se abre o do cuidador e depois pode haver um (risco?) de uma intervenção dessas, que não está definida em SCLINICO da pessoa também pagar uma intervenção. (...) E depois sentir que todo aquele trabalho e todo aquele esforço que nós temos, que não nos ouvem, é frustrante, é frustrante. E depois sentirmos que ainda ficamos pior com as alterações que fizeram, de GESTCARE, e achar que algumas alterações que fizeram ainda refletem menos o que é o utente e o que é o nosso trabalho, e que é a nossa avaliação, isso é tudo...não nos ouvirem, acho que têm que ouvir as pessoas que estão no terreno</p>
Entrevista_1 4_ECL	<p>Faz-me sentido que haja um coordenador para a ECCI e um coordenador para a UCC porque eu acho que o coordenador da ECCI deve estar unicamente focado na ECCi e nos profissionais que lá trabalham (...) Porque têm que coordenar um equipa multidisciplinar, enquanto que se for coordenador da UCC, têm muitas outras coisas. Pronto, eu para mim no meu ver faz-me sentido que sejam coordenações separadas. Eu acho que neste momento xxxxx beneficia em ter uma coordenadora para ECCI e uma da UCC</p>
Entrevista_1 5	<p>Tentamos o melhor possível (risos) com os recursos que temos, tentamos o melhor possível e pronto temos situações em que as coisas correm bem e os doentes conseguem morrer em casa na companhia da família, confortáveis, que é o mais importante, e portanto isso nós conseguimos, e ultimamente em tempo útil conseguimos também que eles sejam encaminhados para paliativos, para internamento em unidades de cuidados paliativos. (...) Sentimos cada vez mais que as famílias, os cuidadores, ou têm menos abertura, se calhar por tudo, porque as situações vão sendo cada vez mais complicadas no domicílio e portanto a pessoa já está num desgaste tal, que não consegue dar aquela resposta e estar, porque nós levamos o tempo digamos assim, e às vezes já pomos em causa se somos nós que explicamos bem, ou não, mas todas repetimos o mesmo, sempre a repetir as mesmas coisas, todas as visitas, e estamos sempre ali a tentar. (...) Porque me faz um bocadinho de confusão haver famílias de acolhimento, e que recebem dinheiro para ter aquelas pessoas lá, e que não lhes são nada, e a própria família se quer prestar cuidados, cuidar daquele familiar, tem que se desempregar, para prestar, sem recursos depois, não é? Perde ali aquele tempo, em que foi cuidador. Isto faz-me um bocado confusão. Não é que todos tenham de ser cuidadores, e receber por isso, não é isso que eu quero dizer, mas se a família está disponível para receber temos que criar condições para a família poder cuidar, não é dizer "leva para casa e oriente-se". Que é o que acontece, e depois a família fica perdida. (...) Tem que ser uma pessoa que tem que estar disponível, com uma mente bastante aberta para aceitar todas as situações, aceitar</p>

	<p>digo, fazer as situações com que nos vamos deparando, não é porque está tudo sujo que eu não vou entrar e não vou fazer e vou tentar fazer o meu melhor dentro do que está. Às vezes não conseguimos mudar, porque há pessoas que depois isto faz muita confusão, e eu já aprendi a centrar a minha observação naquilo que é fundamental, porque senão não fazia mais nada. É verdade. Temos situações de casas que são um horror. (...) Portanto se não tivermos uma experiência e um à vontade de transmitir confiança a quem está lá em casa, não conseguimos nada. Todos nós, fazemos o que podemos, e eu acho que se vai fazendo bom trabalho. Acho que sim, com a ECCL, acho que foi uma mais-valia. Pronto, aqui já tínhamos esta experiência reduzida de cuidados continuados, era um bocadinho assim.</p>
<p>Entrevista_1 6</p>	<p>Há médicos que ainda não conhecem bem este sistema da RNCCI, não estão bem informados como é que isto funciona, ainda nos questionam sobre as unidades, sobre os critérios, os sistemas de referenciação. Há uns que não acedem porque não querem, outros não acedem porque não têm o atalho para a aplicação no computador. Quando estava cá o diretor anterior, houve uma vez uma reunião na qual sugeri que esse atalho fosse colocado no PC de todos os médicos, nem que fosse para eles se lembrarem que existe uma rede de cuidados continuados para onde podem referenciar os doentes. Às vezes há alguns que nos começam a procurar a pedir esclarecimentos e auxílios sobre como fazer uma avaliação, por exemplo. Depois também é a questão das palavras passe. Começamos por ter cada profissional uma palavra passe, agora desde há uma semana para cá lembramo-nos de ter uma palavra passe por unidade. É muito mais fácil. Todos podem partilhar. E depois, no fim do relatório assinam. Mas não é fácil a articulação com eles. Quando precisamos médicas, levam algum tempo, uns vêm connosco ao domicílio, outros não. E quando eles dizem que não vão, a quem é que nós vamos pedir? À médica que teoricamente nos dá duas horas. Ou seja, esta médica dá resposta às nossas solicitações e ainda às recusas dos colegas. Se ela não o fizesse as coisas ficavam paradas. Em tom de brincadeira já lhe dissemos que ela não se pode reformar e não se pode ausentar. É a Nossa Senhora dos Aflitos. (...) E agora com esta nova legislação, a partir do dia 25 de maio, sobre a confidencialidade dos dados, não há PII para ninguém. Metam os PII na rede. (...) Nós fazemos uma série de coisas no domicílio com o doente e com a família, como deve imaginar, mas depois também temos de orientar toda a nossa atuação em função dos indicadores que avalia a nossa unidade e do que é preconizado com o ACES e que vem de lá de cima da ACSS, da contratualização. Fazemos uma série de coisas mas há ali cinco ou seis itens que são obrigatórios, que são básicos é evidente e que nós temos que registar, para dar resposta à contratualização e à avaliação. (...) Sim, também porque os indicadores estão muito direcionados para o utente, que nós sabemos que está dependente, por esse motivo temos de pedir a intervenção do cuidador, ou seja, quando nos deslocamos ao domicílio não intervimos só com o utente, é um dos princípios que temos na nossa equipa é procurar o equilíbrio entre o bem-estar do cuidador e do utente. Por vezes não podemos procurar o máximo de autonomia possível num utente se isso for desorganizar a dinâmica familiar. É que nós capacitamos as famílias. (...) Porque as reformas são pequenas, por vezes não chegam para a medicação, para as fraldas, para pagar o apoio domiciliário e o cuidador entra em burnout, porque é uma enorme sobrecarga para uma pessoa de 70 e tal anos a cuidar de uma pessoa nessa condição, e como esta a dizer há pouco, não podemos estar a exigir muito do cuidador. Caso o cuidador entre em burnout, deixa de ter condições físicas ou psíquicas para tomar conta dele próprio, muito menos de outra pessoa. Por isso temos de procurar o tal equilíbrio. Equilíbrio entre um e o outro. (...) Muitas vezes as pessoas precisavam de descanso, principalmente o cuidador. E o que as unidades da rede têm para oferecer é a pagar, e as pessoas não podem enviar o utente para descanso do cuidador porque se pagam 400, 500 ou 600 euros por mês, não têm com que viver esse mês. Isto é um problema. Costumo dizer que a rede de cuidados continuados não é para as classes mais baixas, é para as outras daí para cima. As pessoas com menores rendimentos não conseguem pagar 400 euros por mês. Os valores são de acordo com as reformas que têm, mas basta a pessoa ter casa própria que o valor sobe logo. E depois, não nos podemos esquecer que estas pessoas têm de comprar medicação, fraldas, dentadura, os óculos, etc. E o cuidador também tem as suas comorbilidades. Também têm de dar resposta, têm medicação para fazer e têm de fazer essa gestão milagrosa. É preciso as famílias serem muito funcionais para as pessoas com menos rendimentos irem para uma unidade descansar. (...) Aqui há uns anos atrás, decidimos aplicar uma escala sobre o índice de stress do cuidador e chegamos à conclusão que quem cuida está um bocadinho esquecido. A sua prioridade é prestar cuidados e quando são mulheres (que foram formatadas para cuidar) esquecem-se delas próprias. Esquecem-se de tomar a sua própria medicação, de ir às suas consultas, esquecem-se de comer porque o objetivo delas é cuidar daquela pessoa que está doente. A família, os filhos, como trabalham, passam esporadicamente apenas para saber se é preciso alguma coisa. Lá aparece uma ou outra situação, em que os filhos vêm ter connosco, interessam-se, estão presentes nas visitas, acompanham, mas é raro ou pouco frequente. E também há casos em que os filhos estão no estrangeiro. E há outra coisa, é que o nosso concelho do Barreiro tem um índice de envelhecimento de 175%, segundo o ProData (...) Por exemplo, quando o doente vem do hospital, geralmente somos nós que ligamos para a família. Nós recebemos email da ECL a identificar o doente. Vamos à plataforma procurar o doente. Será que sai hoje? Será que sai amanhã? Nesse momento ele ainda não nos aparece. Por isso, acontece</p>

	<p>frequentemente nós entrarmos em contacto com a família, às vezes com eles ainda internados. Por um lado, organizamos melhor o trabalho, por outro a família fica a saber que está uma equipa na comunidade à espera deles. Por vezes temos a preocupação de saber junto da família se o doente está referenciado para os cuidados continuados e qual o motivo. Os próprios familiares, muitas vezes não sabem por que razão vêm para os cuidados continuados. Esse conceito de ECCI ainda não está muito enraizado, no fundo, são os enfermeiros que vão lá casa.</p>
Entrevista_18_ECL	<p>Também em termos de lixos e resíduos, ninguém olha para as dificuldades que as ECCI têm. Estamos atentos a estes detalhes e estamos sempre disponíveis para as ECCI,</p>
Entrevista_19	<p>O doente falece e há um luto complicado na parte do cuidador. Esse cuidador é assistido pela psicóloga mas não fica registado como intervenção da equipa multidisciplinar da ECCI. Enquanto o doente estiver vivo, esta consulta conta, mas quando falece, deixa de estar (...) Nós temos 3 ou 4 doentes para avaliar pela médica, e acontece uma intercorrência, nós pedimos ao médico para ir avaliar o doente com a infeção urinária ou problema respiratório. É prioritário. O que faz com que a avaliação seja efetuada na semana seguinte.</p>

CV (modelo europeu)

INFORMAÇÃO PESSOAL **Mónica Alexandra Ribeiro Pereira**

 monica.a.r.pereira@gmail.com

Sexo Feminino | Data de nascimento 06/07/1980 | Nacionalidade Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

15/04/2015–Presente

Assistente Social na Equipa Coordenadora Regional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), Lisboa (Portugal)

- Monitorizar e avaliar as Unidade Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da área de atuação da ARSLVT, IP; acompanhado o cumprimento dos procedimentos legalmente previstos relativamente às exposições (reclamações e elogios) que as visam;
- Recolha, análise, orientação e validação do cumprimento das recomendações inscritas nos Relatórios da IGAS, a quando das suas Ações de Fiscalização às UCCI;
- Análise e validação das Grelhas de Acompanhamento às UCCI, aplicadas pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, fomentando o cumprimento dos procedimentos inerentes ao bom funcionamento das Unidades;
- Validação dos dados de identificação inscritos nos episódios dos utentes, introduzidos na aplicação GESTCARE;
- Prestação de apoio técnico, no âmbito da coordenação regional, aos diferentes intervenientes da RNCCI nomeadamente ECL, ECCI e UCCI, para optimização dos processos inerentes às suas atividades;
- Organização e elaboração de ofício de resposta aos diferentes Órgãos estatais, bem como aos utentes;
- Tratamento da informação e registo da atividade em base de dados criada para o efeito;
- Levantamento de recursos humanos e materiais dos intervenientes da RNCCI, de acordo com as necessidades e competências da Equipa que integra.

07/04/2008–14/04/2015

Assistente Social do Gabinete Jurídico e do Cidadão - Gabinete do Cidadão /Observatório Regional de Apoio ao Sistema SIM_CIDADÃO

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Lisboa (Portugal)

- Realização de atendimentos personalizados aos utentes que recorreram ao Gabinete do Cidadão, informando-os sobre direitos e deveres;
- Encaminhamento dos utentes para as Entidades da Rede Social de apoio, sempre que necessário;
- Registo, gestão e tratamento dos elogios, sugestões e reclamações dos utentes da área de abrangência da ARSLVT, no SIM_CIDADAO;
- Registo e tratamento das exposições que visam os serviços da ARSLVT;
- Análise e tratamento das segundas reclamações, no SIM_CIDADAO;
- Realização de monitorizações periódicas ao processo de tratamento das exposições inseridas no Sistema SIM-CIDADÃO e ao desempenho dos Gabinetes do Cidadão das Unidades de Saúde, apresentando propostas corretivas;
- Avaliação do grau de satisfação dos utentes da área de abrangência da ARSLVT, através da aplicação de inquéritos ou outros métodos estatísticos, quer quantitativos, quer qualitativos;

- Preparação e execução de ações de formação teóricas e práticas aos colaboradores que desempenham funções nos Gabinetes do Cidadão;
- Prestação apoio técnico aos Gabinetes do Cidadão das diversas Unidades de Saúde da área de abrangência da ARSLVT;
- Divulgação, aos Gabinetes do Cidadão, de informação considerada útil para o seu funcionamento;
- Receção, tratamento e/ou encaminhamento dos pedidos de informação formalizados pelos utentes;
- Elaboração de ofícios/resposta aos pedidos de ajuda e de informação, encaminhados para o Gabinete do Cidadão da ARSLVT;
- Atualização do registo das atividades, na base de dados do Serviço;
- Elaboração do Relatório de Atividades do Observatório Regional/Gabinete do Cidadão.

02/02/2004–03/04/2008 Assistente Social

Centro De Saúde da Pontinha - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Odivelas (Portugal)

- Prestação de apoio Psico-Social aos utentes e famílias com casos sociais integrados nos programas do Plano Nacional de Saúde (Saúde Adultos, Saúde Materna, Saúde Escolar, Saúde Infantil, Saúde Pública e Cuidados Continuados e Apoio Social), servindo ainda de elo de ligação entre as Estruturas da Rede Social de Apoio e o Centro de Saúde;
- Realização de 807 atendimentos de primeira vez e 804 atendimentos de acompanhamento social, tendo sido aplicadas escalas de avaliação social, sempre que necessário;
- Após apresentação do pedido, foi efetuado o levantamento de necessidades e avaliação social, e sempre que necessário, efectuaram-se diligências para a minimização ou resolução do problema social, nomeadamente articulações e encaminhamento dos utentes para as Entidades da Rede Social de Apoio;
- Realização de 472 visitas domiciliárias;
- Participação em 209 reuniões periódicas com parceiros, para discussão de casos;
- Participação em 151 reuniões internas multidisciplinares e inter-sectoriais para discussão de casos;
- Elaboração de 52 relatórios e 146 informações sociais;
- Realização de cinco ações educativas e de sensibilização para promoção da saúde e prevenção da doença: alimentação saudável, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes, Direitos Humanos e prevenção rodoviária;
- Apresentação à equipa médica e equipa de enfermagem do trabalho realizado em PowerPoint, relativo à Intervenção do Serviço Social no Centro de Saúde da Pontinha à – 45 minutos cada;
- Integração nos Projectos de Intervenção Comunitária - Modelo Integrado;
- Representante da Saúde no Núcleo Local de Inserção do Rendimento Social de Inserção, do Concelho de Odivelas;
- Representante da Saúde no Núcleo Executivo da Rede Social do Concelho de Odivelas;
- Elaboração de estudo teórico-prático sobre os **Consumos tabágicos dos profissionais do Centro de Saúde da Pontinha**;
- Elaboração de um estudo teórico de caracterização das freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde da Pontinha, intitulado **O Serviço Social nas freguesias da Pontinha e Famões**;
- **Representante da Área Social dos Cuidados de Saúde Primários, no Projecto-piloto – Unidade A – para a Implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Apoio Social**

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

2016-2018 **Frequência do Mestrado em Administração Pública**
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa (Portugal)

2006 **Pós- Graduação em Saúde e Intervenção Social**
Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa (Portugal)

- 2003 **Licenciatura em Serviço Social**
Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa (Portugal)
- 24/04/2015 **1as Jornadas de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos**
Associação de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos, Lisboa (Portugal)
- 11/2014 **Curso de Formação em Gestão de Conflitos, com a duração de 24 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)
- 06/2014 **Curso de Formação Profissional Marketing Publico e Comunicação Institucional, com a duração de 21 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)
- 05/2014 **Seminário Dar voz ao silêncio**
O Ninho, Lisboa (Portugal)
- 05/2014 **Curso de Formação Introdução à Entrevista Motivacional, com a duração de 12 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)
- 23/09/2013–24/09/2013 **Seminário Infovictims**
Associação de Apoio à Vítima, Lisboa (Portugal)
- 10/2012–06/2013 **Curso de Língua Gestual Portuguesa, com a duração de 102 horas**
Associação Portuguesa de Surdos, Lisboa (Portugal)
- 28/10/2013 **Seminário Saúde Mental na Deficiência Intelectual, um Direito**
Direção Geral de Saúde, Lisboa (Portugal)
- 18/12/2012 **Seminário o Impacto da Austeridade na Pobreza**
Lisboa (Portugal)
- 11/2011 **Curso de Formação Profissional EXCEL 2003, com a duração de 30 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)
- 12/2010 **Workshop Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar**
Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa (Portugal)
- 05/2010 **3º Forum Nacional de Saúde - Para um Futuro com Saúde**

Alto Comissariado da Saúde, Lisboa (Portugal)

- 12/2009 **Conferência Cuidados Continuados - Presente e Futuro**
Misitério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Lisboa (Portugal)
- 11/2009 **I Congresso de Serviço Social - Intervenção Social na Saúde: Planeamento da Alta Hospitalar**
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa (Portugal)
- 03/2009 **Jornadas 30 anos de SNS: A Experiencia da Unidade de Saúde Lisboa Norte**
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa (Portugal)
- 11/2008 **Curso de Actualização Trauma na Criança, Classificação Final de BOM**
Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa (Portugal)
- 06/2008 **III Encontro de Serviço Social em Cuidados de Saúde Primários: Reestruturação dos Centros de Saúde & Serviço Social – Situação e perspectivas**
Associação de Profissionais de Serviço Social, Lisboa (Portugal)
- 06/2007–12/2007 **Curso de Formação Profissional Unidades Móveis - Intervenção Comunitária, com a duração de 42 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)
- 11/2007 **Curso de Formação Profissional Violência Doméstica, com a duração de 14 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)
- 04/2007 **Formação Profissional Estratégias de gestão e controlo do stress, com a duração de 30 horas e Classificação final de BOM**
- 03/2007–04/2007 **Formação Profissional Trabalho em Equipa / Team Building, com a duração de 24 horas e a Classificação final de MUITO BOM**
- 02/2007 **IV Encontro de Psicogeriatría – Psicogeriatría e Cuidados Continuados**
- 10/2006 **Formação Profissional Formação Inicial Pedagógica de Formadores, com a duração de 96 horas e classificação final de MUITO BOM**
- 10/2006 **Curso de Formação Profissional Problemas ligados ao Álcool, com a duração de 21 horas**
ARSLVT, IP, Lisboa (Portugal)

- 04/2006–06/2006 **Curso de Pós-Graduação Tabagismo sua prevenção e cessação – Dependências e Salutogénese**, com a duração de 96 horas
Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa (Portugal)
- 02/2006 **Curso de Formação Profissional Cuidados Continuados e Paliativos**, com a duração de 34 horas
Hospital Pulido Valente, Lisboa (Portugal)
- 11/2005 **Curso de Formação Profissional A Técnica de Cuidados de Enfermagem no âmbito da Rede de Cuidados Continuados de Saúde**, com a duração de 30 horas
Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende
- 11/2005 **Jornadas de Cuidados de Saúde Paliativos – A importância da participação dos Assistentes Sociais**
- 10/2005 **Seminário Melhor qualidade de vida para os idosos: Inovação e melhores práticas**, com a duração de 6 horas
- 07/2005 **Seminário Violência e Saúde das Mulheres**, com a duração de 6 horas
- 05/2005 **Suporte básico de vida: Teoria e prática**, com a duração de 90 minutos
- 04/2005 **Encontro Nacional do Plano Nacional de Acção para a Inclusão**
- 04/2005 **Jornadas de Serviço Social na Saúde**
- 01/2005 **I Curso de Introdução à Medicina Sexual**, com a duração de 48 horas
Instituto de Educação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNL, Lisboa (Portugal)
- 01/2005 **IV Curso Pós-Graduado de actualização em Cuidados Paliativos**
Instituto de Formação Avançada da Faculdade de Medicina -Universidade de Lisboa
- 10/2004 **Curso de Formação Profissional “Abordagem integral da adolescência**, com a duração de 30 horas
- 11/2003 **XXIII Congresso Internacional sobre Estilos de vida e comportamentos aditivos**
- 11/2003 **I Congresso Nacional de Prevenção do Tabagismo**
- 11/2003 **IV Workshop Infecção VIH – Integração sem fronteiras**

10/2003–11/2003	Curso de Formação de Técnicos em Toxicodependências e Prevenção em Meio Familiar, com a duração de 45 horas
11/2002	III Workshop Infecção VIH - Em direcção ao futuro...
11/2001	II Workshop Infecção VIH – Tornar possível a qualidade
09/2001	Conferência Investigação e Serviço Social – As Configurações da nova Questão Social

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Português

Outras línguas

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
inglês	B1	B1	A2	A2	A2
Francês	B1	B1	B1	B1	B1
Língua Gestual	A2		A2	A2	

Níveis: A1 e A2: Utilizador básico - B1 e B2: Utilizador independente - C1 e C2: Utilizador avançado
[Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas](#)

Competências de comunicação

Capacidade de expressar com clareza e de adaptar a linguagem aos diversos tipos de interlocutores. Demonstração de assertividade na exposição e defesa das ideias, manifestando respeito e consideração pelas ideias dos outros.

Grande capacidade de interacção com os outros em contextos formais ou informais, com capacidade de diálogo e discussão de ideias, através de competências verbais adequadas a diferentes contextos sociais.

Capacidade adaptativa a novos contextos respondendo de forma positiva às exigências colocadas.

Competências de organização

Capacidade para análise do contexto profissional e organização do trabalho, estabelecendo prioridades e divisão de tarefas.

Boa capacidade de organização, gestão do tempo e gestão do stress.

Aptidão e gosto por uma aprendizagem contínua.

Forte sentido de responsabilidade.

Competências relacionadas com o trabalho

Capacidade para compreender e integrar o contributo da atividade desenvolvida para o funcionamento do serviço, exercendo-a de forma disponível e diligente.

Capacidade para interagir adequadamente com pessoas com diferentes características e em contextos distintos, apresentando uma atitude facilitadora do relacionamento e gerindo as dificuldades e eventuais conflitos de forma ajustada.

Capacidade para integrar em equipas de trabalho de constituição variada e gerar sinergias através de participação e escuta ativa.

Capacidade e gosto para coordenar, orientar e dinamizar equipas e grupos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de projetos e à concretização dos objetivos.

Capacidade para representar o serviço em grupos de trabalho, reuniões ou eventos, de âmbito nacional ou internacional.

Capacidade para lidar com situações de pressão e com contrariedades de forma adequada e adaptativa.

Competências digitais

Sólidos conhecimentos na ótica do utilizador Microsoft Office, com especial relevo para o Word, Excel, Powerpoint e Outlook;
Bom domínio do software RNU (Registo Nacional de Utentes);
Bom domínio do software SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde);
Bom domínio do software GESTCARE –RNCC I (Sistema Informático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados);
Bom domínio do software SMARTDOC (Sistema de Gestão de documentos da ARSLVT);
Bom domínio do software SIM-CIDADÃO (Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações do SNS).

Outras actividades profissionais

Grupos de Trabalho

Desde 2015 - **Membro da Subcomissão de Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários, do Conselho Nacional de Saúde Mental**, do Ministério da Saúde

Desde 2014 - **Membro do Grupo de Trabalho Formação Supervisão**, da Associação de Profissionais de Serviço Social

Comunicações Orais:

07/11/2014 - **Gabinete do Cidadão - A voz do Utente**, comunicação apresentada no **I Encontro de Serviço Social do ACES Lisboa Norte**.

30/10/2007 - **Parentalidade Positiva Vs Comportamentos Desviantes**. Comunicação oral apresentada na Acção de Formação Formar para melhor intervir: Parentalidade Positiva no ano da Igualdade de Oportunidades, realizada em Lisboa, no dia 31 de Outubro, organizada pela Federação Portuguesa de Instituições Sociais Afectas à Prevenção de Toxicodependências

01/2007 - **A intervenção do Serviço Social na Equipa de Cuidados Continuados Integrados**, na mesa Cuidados Continuados – Uma necessidade. Comunicação oral apresentada nas **I Jornadas da Unidade de Saúde Setentrional A: Comunicar e Articular**, em mesa dedicada à Nova Rede de Cuidados Continuados, em Lisboa, nos dias 19 e 20 de Janeiro, organizada pelos Centros de Saúde e Hospitais da Unidade A

Posters apresentado

Cunha, T.; Figueiredo, T.; Joaquim, S.; Pereira, M.; Pinto, J.; Rafôto, M.; Santos, I.; Santos, S.; Soares, F.; Teles, T

Olhares que cuidam

Poster apresentado nas **I Jornadas da Unidade de Saúde Setentrional A: Comunicar e Articular**, realizadas na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, nos dias 19 e 20 de Janeiro

Organização de Formações

10/2014 - Elemento da Comissão Organizadora e Moderador de mesa nas **I Jornadas de Serviço Social e Violência Familiar: Violência Doméstica**, promovido pela Associação de Profissionais de Serviço Social

11/2010 - Elemento da Comissão Organizadora do **Encontro Capacitação, Informação e voluntariado no Contexto do Serviço Nacional de Saúde**, no dia 26 de Novembro, promovido pela ARSLVT, IP

05/2007 - Elemento Comissão Organizadora do **Seminário de Reflexão com os Parceiros Intervenção Comunitária – Modelo de Avaliação**, que decorreu no ISCTE, dia 25 de Maio, promovido pela PROACT e Sub-Região de Saúde de Lisboa

Lisboa, setembro de 2018

