



# **PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016**

## **Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro**

### **Autores:**

Manuel Lopes (Coordenador)  
Felismina Mendes  
Ana Escoval  
Manuel Agostinho  
Carlos Vieira  
Isabel Vieira  
Cristina Sousa  
Suzete Cardozo  
Ana Fonseca  
Vitória Casas Novas  
Graça Eliseu  
Isaura Serra  
Clara Morais

Évora  
2010

# **PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016**

**Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente,  
perspectivando o futuro**

Évora  
2010

## Índice

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>7</b>
<b>CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: BREVE CONCEPTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
LTC nos diferentes países: uma comparação difícil .....	12
LTC: Constrangimentos actuais e desafios futuros .....	16
<b>PONTO DE SITUAÇÃO ACTUAL.....</b>	<b>21</b>
Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde.....	21
Acessibilidade e desigualdades em saúde .....	23
Qualidade e governação clínica .....	26
Ganhos em saúde (indicadores) .....	29
Sustentabilidade .....	30
Os diferentes modelos de financiamento .....	31
O custo actual da RNCCI.....	34
O financiamento da RNCCI.....	34
Abrangência da RNCCI .....	34
Formação .....	35
<b>ANÁLISE CRÍTICA.....</b>	<b>37</b>
Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde.....	37
Acessibilidade e desigualdades em saúde .....	40
Qualidade e governação clínica .....	41
Ganhos em saúde (indicadores) .....	43
Sustentabilidade .....	43
Determinantes da procura.....	43
Determinantes da oferta .....	45
Formação .....	46
<b>RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>47</b>
Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde.....	47
Acessibilidade e desigualdades em saúde .....	49
Qualidade e governação clínica .....	50
Ganhos em saúde (indicadores) .....	51
Sustentabilidade .....	53
Formação .....	55

<b>PONTO DE CHEGADA/VISÃO PARA 2016/GANHOS EM SAÚDE ESPERADOS.....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

## **SUMÁRIO EXECUTIVO**

**A** - A RNCCI é um novo nível de cuidados, criado em 2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, como resposta às novas necessidades sociais e de saúde decorrentes do aumento crescente da esperança de vida e o conseqüente aumento do envelhecimento da população, à prevalência continuada de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida e às alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos. A RNCCI é um projecto ainda a dar os primeiros passos.

**B** – A RNCCI, dispondo de uma coordenação nacional, caracteriza-se essencialmente pela descentralização ao nível das regiões de saúde. A este nível, por sua vez, é feita uma descentralização operacional para as diversas Equipas que garantem o acesso à rede através de um sistema de referenciação a partir dos outros dois níveis de cuidados e o fluxo dentro da rede. A RNCCI articula uma resposta intersectorial e estrutura-se numa matriz de interface com os restantes níveis de cuidados. Sendo estas algumas das suas maiores virtudes, são também uma das suas maiores vulnerabilidades. A RNCCI definiu como objectivo a cobertura do território nacional até 2016. Todavia, recentemente este objectivo foi antecipado para 2013.

**C** – A estrutura operacional da RNCCI parece em algumas circunstâncias ser afectada pelos factos de os profissionais não estarem apenas neste nível de cuidados e de não terem sido formados na filosofia da multidisciplinaridade e multiprofissionalidade. Estes factos afectam também a capacidade de intersectorialidade e de gerir a interface com os restantes níveis de cuidados, onde persistem dificuldades diversas, imputáveis também aos profissionais desse outros níveis. Algumas das maiores dificuldades têm-se vivido ao nível da referenciação e fluxo de doentes. A distribuição geográfica introduz ainda alguns estrangulamentos no acesso à Rede em zonas extremas (de grande e de baixa densidade populacional). O ainda reduzido número de ECCI contribui para algumas das dificuldades no acesso e também para a necessidade de deslocalização de alguns doentes. Os Cuidados Paliativos merecem uma referência especial dado o lento crescimento que se tem verificado. A partir do corrente ano (2010) a Rede vai ser sujeita a novo desafio decorrente da integração da área da Saúde Mental nos CCI. A RNCCI definiu uma política de qualidade transversal, a qual tem vindo a ser medida com resultados progressivamente melhorados. Contudo, parece não existir um modelo de qualida-

de que permita a acreditação, muito menos uma visão integrada que se aproxime da perspectiva da governação clínica.

No que concerne à sustentabilidade é de realçar o esforço que se tem vindo a desenvolver no sentido da introdução de um conjunto de critérios de rigor e também da diversificação das receitas (e.g., jogos sociais, OE, particulares). Todavia é de acautelar o impacto futuro ensaiando novas fórmulas de financiamento e um maior rigor no pagamento aos prestadores.

Por último, as características da Rede exigem uma política de formação e desenvolvimento mais criteriosa.

**D** – Preconiza-se um maior investimento na intersectoralidade, incluindo, para além da Segurança Social as autarquias, e na interface com os restantes níveis de cuidados, neste caso através da formação dos profissionais, de um maior desenvolvimento e acuidade dos critérios de referenciação, tudo isto assente num sistema de informação dotado de interoperabilidade.

Entende-se como fundamental o investimento nos cuidados domiciliários, mas também o desenvolvimento de experiências com a introdução de novas tecnologias da informação e comunicação (e.g., Telehomecare), com um papel crescente dos cuidadores informais, devidamente sustentados e apoiados. Tudo isto carece de um sistema de qualidade global, transparente, logo, com indicadores de ganhos em saúde e de bem-estar mais acurados que os actuais. Para o efeito preconiza-se uma articulação constante e profunda com os Centros de Investigação. Também a formação dos profissionais merecerá uma política concertada dirigida por um lado, ao desenvolvimento de competências (clínicas) específicas e por outro, de competências transversais.

O financiamento da Rede deverá assentar num Sistema de Classificação de Funcionalidade dos doentes, o qual carece de ser desenvolvido. Como forma de garantir a sustentabilidade do Sistema preconiza-se um aumento do financiamento da Rede até cerca dos 0,7% do PIB. Tal contribuirá para a sustentabilidade do SNS na medida em que serão evidentes os ganhos nos outros níveis de cuidados, nomeadamente na redução dos reinternamentos, nas demoras médias, nos episódios de urgência e nas consultas, entre outros. Por outro lado e considerando as dificuldades económicas e financeiras que o país atravessará durante este período de tempo, proceder-se-á a um aumento da percentagem das receitas dos jogos sociais canalizadas para a RNCCI.

## NOTA INTRODUTÓRIA

Em quase todos os países do denominado mundo ocidental, tem-se verificado um progressivo e constante aumento da esperança de vida. Esta é uma das principais razões do aumento da prevalência de situações de cronicidade e incapacidade. A isto associam-se alterações da organização e dinâmicas familiares, bem assim como a percepção de que os níveis de cuidados tradicionais respondem com dificuldades às exigências de cuidados colocadas por estes doentes. Esta conjugação de factores exige respostas com características diferentes das tradicionalmente dadas pelos serviços de saúde e sociais. Estas *“respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar”* (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho). Devem, por outro lado *“promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades”* (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho). Para atingir tal desiderato foi proposta *“a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador”* (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho). Este modelo situa-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar e assenta num modelo de respostas intersectoriais, onde pontuam as respostas de saúde e sociais, numa tentativa de tratar e cuidar holisticamente do indivíduo.

Decidiu-se assim criar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), *“constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais”* (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Os *“Cuidados continuados integrados”* (CCI) foram definidos como *“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo 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 101/2006 de 6 de Junho).

Definiu-se como objectivo geral da rede “... *a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência*”.

Esta rede foi criada em 2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, podendo assim afirmar-se que se trata de um projecto ainda a dar os primeiros passos. A designação desta Rede, bem assim como a filosofia organizacional, tendo muitas semelhanças com o que se convencionou chamar Cuidados de Longa Duração (*Long Term Care*), assume todavia diversas especificidades que mais à frente serão melhor discriminadas.

No momento em que se procede à avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e se projecta o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, impõe-se uma reflexão sobre o caminho já feito e, com base nisso, uma projecção de possíveis caminhos a fazer. Este trabalho traduz a contribuição deste grupo para a elaboração do PNS 2011-2016 e tem como objectivo, desenvolver uma análise criticada RNCCI e perspectivar o seu desenvolvimento para o período 2011-2016. Esta análise terá em consideração os diversos documentos produzidos pela Unidade de Missão para os CCI, bem como pelas diversas estruturas da Rede e também a produção desenvolvida por diversos organismos internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), União Europeia (UE), Comissão Europeia (CE), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), entre outros. Serão ainda tidas em consideração as realidades de um conjunto de países, quer pela proximidade geográfica e cultural (e.g., Espanha, Itália, França), quer pela experiência e diversidade de respostas (e.g. Alemanha, Inglaterra, Finlândia), quer pela diversidade em si (e.g., E.U.A., Canadá).

Refira-se ainda que todo o trabalho realizado foi sujeito à apreciação de um conjunto peritos nacionais que, num workshop realizado para o efeito, acedeu a pronunciar-se sobre o conteúdo do relatório preliminar, tendo as suas sugestões sido integradas no relatório final.

## CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: BREVE CONCEPTUALIZAÇÃO

Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, o aumento crescente da esperança de vida e o conseqüente aumento do envelhecimento da população, a prevalência continuada de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida e as alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos a ampliar-se quotidianamente, fizeram emergir novas necessidades sociais e de saúde, associadas a novas atitudes e expectativas dos consumidores (Eurostat, 2008; Economic Policy Committee and the European Commission, 2006). As respostas consubstanciaram-se num novo tipo de cuidados situados entre o hospital e a comunidade e assente num modelo de respostas intersectoriais, onde têm pontuado as respostas de saúde e sociais, numa tentativa de tratar e cuidar holisticamente do indivíduo. Este esforço tem sido desenvolvido a partir da criação de respostas de proximidade sediadas na comunidade e segundo os princípios da garantia de acessibilidade, qualidade e sustentabilidade. De facto, um sistema de saúde (ou de outro tipo) que se queira centrado no utilizador apenas poderá ser pensado numa perspectiva sistémica.

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

Desde há vários anos que os diferentes países, na Europa e fora dela, accionaram estratégias para darem resposta às crescentes necessidades de cuidados. No entanto, os modelos de organização dos cuidados e das respostas revelam-se bastante diferentes entre esses países. Apenas o espaço ocupado por este novo tipo de cuidados (i.e., entre o hospital e a comunidade) parece ser consensual: trata-se, no fundo, do preenchimento de um “white space” no tecido social, que deverá potenciar e trazer valor acrescentado ao repensar da lógica organizacional dos sistemas de prestação de cuidados existentes e promover a reflexão sobre a ausência ou, pelo menos, pouca relevância do papel das comunidades. Já, quando nos reportamos às definições dos cuidados/apoios/respostas a oferecer, ao modelo de organização, à sustentabilidade e ao acesso deparamo-nos com situações bastante díspares, nomeadamente em termos do papel da família, dos cuidadores informais, da comunidade, do poder local e do Estado

(atente-se nas diferenças entre Canadá, países nórdicos, França ou Portugal). Embora estes diferentes eixos estruturam a concepção dos cuidados, o peso e os contributos de cada um variam de país para país (Ministry of Health and Long-Term Care, 2009; OMS, 2008; Comas-Herrera et al, 2006; Oliveira Martins and de la Maisonneuve, 2006).

Esta ausência internacional de consenso, fruto das políticas de saúde e de segurança social de cada país, cria dificuldades acrescidas quando se pretendem estabelecer parâmetros de comparabilidade internacional, não apenas em termos de definições, como também ao nível dos modelos organizativos e de financiamento e sobretudo ao nível da avaliação da qualidade e dos impactos destes cuidados.

Apesar dos esforços desenvolvidos entre os diferentes países e organismos internacionais para um trabalho conjunto de análise sistemática destes cuidados, e dos desafios enfrentados por todos os países serem semelhantes ao nível da acessibilidade, da qualidade e da sustentabilidade, as soluções continuam a ter um âmbito especificamente nacional, o que gera fortes dificuldades na avaliação e comparação dos diferentes parâmetros em análise. O exemplo mais paradigmático destas diferenças revela-se na própria definição dos cuidados, que se consubstanciam em respostas sociais e de saúde, que em Portugal surgem como Cuidados Continuados Integrados (CCI) e para a OCDE, Comissão Europeia ou OMS são designados *Long Term Care* (LTC)/Cuidados de Longa Duração.

Em Portugal, os CCI referem-se ao *“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, activo 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”*. Os CCI incluem-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no sistema de Segurança Social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: *a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis* (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho). Este modelo situa-se num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Para a OMS (2002) o termo LTC inclui actividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para o auto-cuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores formais e informais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros, bem como voluntários. Estão ausentes desta de-

finição a prevenção, o tratamento da doença crónica, a reabilitação ou a intervenção de saúde mental. Segundo a OCDE (2008) os LTC incluem um conjunto de serviços para pessoas com dependência nas Actividades de Vida Diárias (AVD), devido a incapacidade física ou mental, frequentemente associado à prestação de serviços básicos na área da saúde, como o tratamento de feridas, gestão da dor, medicação monitorização da saúde, prevenção reabilitação e cuidados paliativos. Estes serviços são fornecidos numa variedade de locais para os quais existe uma ampla gama de definições e soluções, nos diferentes países.

Na União Europeia (2008), os LTC, configuram igualmente uma gama de serviços sociais e de saúde, destinados a pessoas dependentes nas AVD devido a doenças crónicas e incapacidade física ou mental. Nos diferentes estados membros, quer a responsabilidade pelos cuidados (privado/família/público), quer a organização dos mesmos, quer ainda a definição dos limites entre os cuidados de saúde e sociais, variam consideravelmente. Este facto é particularmente importante porque tem consequências claras no desenvolvimento e interpretação das projecções nacionais sobre os gastos com os LTC. O denominador comum na maioria dos países centra-se nas respostas de saúde e sociais a indivíduos dependentes nas AVD devidas a doença crónica, física ou mental. Todas as outras variáveis envolvidas nos LTC (i.e., tipo de cuidados prestados e de cuidadores, financiamento, respostas comunitárias, envolvimento público e privado) variam consideravelmente entre os diferentes países europeus, os Estados Unidos e o Canadá. Pode assim dizer-se que estamos perante uma procura semelhante, à qual são oferecidas respostas muito diferentes. O papel das estratégias de gestão, da doença crónica atinge uma inegável importância neste ponto, em que assumem especial relevância os programas de “nurse coaching” e de “case management” que deverão ter o seu epicentro nas organizações prestadoras de cuidados de saúde primários.

Também o termo Cuidados Intermédios ou *Intermediate Care* tem sido alvo de interpretações diversas e da mesma ausência de consensos internacionais, o que levou a que fosse revisto e em seu lugar surgisse o conceito de Cuidados Continuados ou *Continuing Care*, assente “numa perspectiva global, relativa a todos os aspectos relacionados com os serviços de saúde e sociais. Os componentes principais incluem cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário” (Abreu Nogueira, 2009: 5). Este mesmo sentido é expresso no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho quando define continuidade dos cuidados como a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social.

## LTC nos diferentes países: uma comparação difícil

Como já foi salientado o significado exacto de “longa duração” difere de país a país. Assim estes cuidados, não são tanto definidos pelo período de tempo, mas pelos cuidados e serviços que fornecem, nomeadamente em termos das actividades de vida diária. Exemplo disso é o caso da Holanda, onde a prestação de cuidados domiciliários durante uma semana, é designada cuidado de longo prazo (Driest, 2006).

Como já foi salientado é muito difícil estabelecer uma comparação a nível dos diferentes países europeus em termos de LTC. De facto, se existem dados ao nível dos diferentes países, não existe uma parametrização e avaliação comparativa a nível de conjunto. Partindo de uma leitura individual sobre o que se passa nos diferentes países, consta-se que:

- Os LTC estruturam-se frequentemente entre serviços públicos e privados e os tipos de financiamento variam entre o nacional, regional e local. Quanto à organização, estão sempre presentes os sectores da saúde e social;
- Os LTC são muito influenciados pelas diferentes estruturas de cuidados informais e familiares (os países mediterrâneos têm cuidados informais acima da média e um número de camas de cuidados de longo prazo que está abaixo da média europeia);
- Muitos países europeus, nomeadamente os do centro e norte (exemplo da Alemanha em 2008) iniciaram processos de reforma do sistema de LTC com a sua reorganização e inovação (a maioria com consequências orçamentais). Os países do sul, centram-se, actualmente na expansão do sistema de LTC;
- Os países nórdicos iniciaram a prestação de LTC durante os anos cinquenta (estabelecendo uma diferenciação marcada entre diferentes tipos de serviços e instituições). Por sua vez, os países do sul da Europa ainda se encontram numa fase principiante em muitas destas questões (fruto das dificuldades relativas à consolidação do financiamento e recursos humanos nesta área). Saliente-se, neste caso, a matriz que o movimento da Reforma introduziu nas sociedades do norte da Europa, sejam elas de influência predominantemente calvinista ou luterana. Esta matriz consolidou um sentimento de pertença que cimentou o espírito de comunidade e de preocupação comunitária com o bem-estar do *outro*, o que não se verificou nos países do sul;
- Há um grande contraste entre os países em termos de definições relativas aos cuidados e aos profissionais envolvidos nesta prestação de cuidados, nomeadamente em termos de competências e formação necessárias, avaliação dos cuidados e processos de registo. Relativamente aos serviços sociais, em muitos países sente-se a carência de regulamentação nacional.

Relativamente aos sistemas de financiamento, existem dois sistemas principais de financiamento dos LTC, na Europa Ocidental:

1. O modelo Beveridge que depende predominantemente dos impostos e é controlado pelo sector público (Dinamarca, Grécia, Espanha, Irlanda, Islândia, Itália, Noruega, Portugal, Finlândia, Suécia, o Reino Unido).
2. O sistema de Bismarck depende predominantemente dos seguros, controlado pelo sector privado (Bélgica, Alemanha, França, Liechtenstein, Luxemburgo, Holanda, Áustria, a Suíça).

Alguns países apresentam um sistema misto.

Segundo Driest (2006) há dados que revelam que:

- Entre 1995 e 2001, 18% da criação de postos de trabalho aconteceu neste sector. A despesa com os cuidados de saúde na Europa é 8.4% de PIB (nos E.U.A. é de 13%).
- A despesa pública com o acesso aos LTC representa 1.3% do PIB, variando de 0.7% na França, Irlanda e Áustria, a 2.8% na Suécia e 3% na Dinamarca.
- O emprego no sector da saúde e sector social é de aproximadamente 10-13% do emprego global. Nos LTC é de aproximadamente entre 3 a 5% de emprego global na Europa e a tendência é para crescer. Este, assume importância fundamental no que, em Portugal, chamamos Mercado Social de Emprego, em especial nas zonas economicamente deprimidas.

Os principais desafios enfrentados pelos países europeus ao nível dos LTC são os seguintes:

- Os LTC são um sector bastante recente e só nos anos noventa surgiram leis e regulamentos relativas a este sector;
- Todos os países europeus enfrentam as mesmas dificuldades na adaptação da legislação e financiamento. Há dificuldades assumidas na articulação entre os sectores de cuidados, bem-estar, alojamento, serviços e segurança social. As responsabilidades dos diferentes parceiros não estão clarificadas; há falhas e sobreposições entre estes sectores; os sectores estão demasiado divididos em termos de grupos alvos (idosos, com deficiências mental e física). Considera-se que esta divisão intersectorial está fortemente associada à profissionalidade e à definição de áreas de intervenção demasiado restritas;
- Os sistemas são tão complexos e têm tantos *stakeholders* que se torna, quase impossível realizar avaliações globais do funcionamento do sistema. Os cuidados e serviços são orientados pela oferta e não pela procura;
- Devido a esta complexidade, estão a surgir novas profissões nesta área (e.g., conselheiros, guias, ajudantes). Um estudo recente (PWC, 2010) aponta para a necessidade,

dentro destas novas profissões, de serem criados “ajudantes de navegação” que orientem o doente dentro da complexidade dos sistemas, incluindo a vertente electrónica, de importância cada vez mais relevante.

Num estudo comparativo Olsen & Novelli (2006), estabelecem uma comparação entre alguns países europeus e os EUA, relativamente aos sistemas de LTC. Nessa análise comparativa verifica-se que os Estados Unidos não têm sistema organizado de cuidados com a configuração que apresentam os países europeus. O sistema *Medicare* não cobre os LTC. Os seguros privados cobrem os LTC, mas permanecem demasiado dispendiosos e não são acessíveis a toda a população<sup>1</sup>.

As últimas décadas viram crescer o movimento do seguro social em LTC em vários países europeus nomeadamente a Alemanha, o Luxemburgo e a Holanda. O Japão também optou pelo seguro social para os LTCs, tal como a Coreia. Estes programas baseiam-se em contribuições de seguros pagas pelo empregador e pelo indivíduo. Estes programas são "universais" e cobrem a maioria da população, prevendo benefícios com base nas necessidades avaliadas em termos de inaptidão, rendimentos ou outros meios de sobrevivência individuais. Cada indivíduo tem um direito estatutário definido com base no nível de inaptidão e os níveis de custos comparticipados são especificados por legislação nacional, nos referidos países que dispõem deste sistema.

Os países escandinavos (ver Tabela 1), inclusive a Noruega, prestam cobertura através de um modelo social, fundado em rendimentos gerais nos quais todos os indivíduos que são designados para serviços de LTC estão cobertos por programas municipais baseados principalmente em impostos locais e regionais. Os custos estão cobertos pela tributação geral. Embora a cobertura seja universal, os benefícios ou custos comparticipados exigidos variam frequentemente e substancialmente de local para local. Os municípios podem ajustar os critérios de elegibilidade e os fundos disponíveis. Estes sistemas, caracterizados como "sistemas orçamentais" podem racionar informalmente os cuidados.

Tal como os EUA, a Inglaterra, a Austrália e a Nova Zelândia são exemplos de países que confiam em programas que cobrem principalmente indivíduos com baixos rendimentos. Estes programas são financiados com a tributação geral. A Noruega (ver Tabela 2) apresenta despesas totais em LTC notoriamente mais altas do que os outros países. O mesmo sucede noutros países escandinavos que também apresentam despesas relativamente mais altas na prestação

---

<sup>1</sup> Os Americanos confiam principalmente nas contribuições não pagas de membros da família e amigos que prestam a maioria de serviços de LTC recebidos por pessoas de todas as idades que precisam de ajuda nas actividades de vida diária. O sistema *Medicaid* é o sistema básico de financiamento público de

de LTC, provavelmente fruto, quer de uma maior prestação efectiva de cuidados, quer de uma proporção mais alta de pessoas com 80 ou mais anos na sua população.

A maioria dos países europeus procuram actualmente encontrar meios para controlarem as despesas crescentes com os LTC. Os instrumentos para controlar os custos incluem cortes orçamentais e limitações na elegibilidade; aumento das listas de espera; elegibilidade prioritária aos indivíduos com inaptidões mais severas; aumento dos custos comparticipados e não indexação dos benefícios à inflação. Outros países (europeus) exigem aos residentes das “instituições de saúde” o pagamento total do alojamento. Já os cuidados recebidos não requerem comparticipação. Verifica-se ainda que os prestadores de sector público predominam nos países escandinavos. As entidades do sector privado (não lucrativo) predominam na Inglaterra, França, Alemanha, e Holanda. Os EUA apresentam um grande envolvimento do sector lucrativo na prestação de LTC.

O consumo directo de cuidados domiciliários (ver Tabela 3 e 4) e o pagamento directo de LTC através de programas dirigidos ao consumidor são comuns e crescentes na Europa e em muitos estados no EUA. A premissa destes programas é que os consumidores conheçam as suas próprias necessidades e possam escolher os cuidados e serviços que recebem. Estes programas variam de acordo com a autonomia do consumidor e tipo de benefícios concedidos.

Os LTC informais prestados pela família e cuidadores informais continuam longe de exceder, em valor, os cuidados prestados pelo sector formal nos países europeus e nos EUA. Diferentes investigações realizadas em vários países, demonstraram que os cuidadores informais (para prevenirem ou atrasarem a institucionalização dos que recebem cuidados) precisam frequentemente de apoio, para combater os efeitos adversos quer em termos de saúde, quer em termos financeiros, associados ao cuidado. Este apoio pode assumir várias formas, que vão da formação e treino; à avaliação das necessidades dos próprios cuidadores; a serviços que permitem o descanso dos cuidadores; aos benefícios nos impostos; e ao pagamento directo aos cuidadores (ver Tabela 5).

A experiência na Alemanha, França, Holanda e Japão sugerem que muitos países industrializados irão optar por seguros universais de LTC. Tal opção parece gerar no Reino Unido uma forte oposição política, dada a sua história de cobertura de cuidados universais, não paga. O Japão, por sua vez, prevê uma cobertura universal através de seguros para pessoas com 65 ou mais. A França reduziu recentemente os benefícios para indivíduos com rendimentos mais altos, mas ainda prevê alguma ajuda para pessoas com 60 ou mais anos que sejam funcionalmente elegíveis. Nestes países e, especialmente, no Japão e Holanda onde há seguro universal, os custos dos LTC são mais altos do que o esperado. O crescimento mais significativo de custos

parece ser para os indivíduos com necessidades de cuidados relativamente modestas. Porém, com alguns ajustes em termos de financiamento e benefícios, esses custos parecem ser ajustáveis, pelo menos a médio prazo.

A opção por “pagar” pela prestação de serviços domiciliários parece ser extremamente importante. Para os cuidados domiciliários funcionarem a um bom nível, as famílias e os cuidadores precisarão de ser treinadas/formadas e será igualmente necessária a contratação de assistentes domiciliários. Na Alemanha e Holanda (como também em países como a Suécia), os cuidadores recebem um apoio e treino intenso. Os benefícios de dinheiro, neste tipo de cuidados, parecem ser extremamente populares na França, um pouco menos na Alemanha e são raramente usados no Reino Unido. Finalmente, na maioria países europeus, os benefícios associados aos LTC são geridos a nível regional ou local, e não pelo governo central. Cada um dos países aposta num determinado nível de envolvimento local. Porém, este facto parece produzir resultados variáveis já que na Alemanha, Reino Unido, Japão e nos EUA, os residentes de algumas regiões recebem mais apoio que noutras regiões.

Atendendo às múltiplas divergências entre os diferentes países, na prestação de LTC, esta é a comparação possível.

## **LTC: Constrangimentos actuais e desafios futuros**

A promoção e o desenvolvimento dos LTC emergem como um dos maiores desafios em termos sociais e de saúde com que os países europeus se vão confrontar nos próximos anos. A pressão exercida por um aumento constante da procura de LTC e dos custos inerentes a estes cuidados, documentados em todos os países (nomeadamente através do gastos *per capita*) não só têm gerado dificuldades na sustentabilidade do sistema como têm levado a um reequilibrar dos actuais modelos de funcionamento e financiamento dos LTC. Afinal, está em causa a manutenção das respostas mais adequadas às necessidades, de serviços de qualidade no apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar.

Neste cenário, em que se pretende aumentar a capacidade de intervenção dos serviços de saúde e de segurança social, melhorar a coordenação inter-sectorial, promover o acesso, melhorar a qualidade e sustentabilidade, melhorar a situação dos cuidadores, a maioria dos países equacionam e delineiam novas estratégias que permitam manter a sustentabilidade finan-

ceira dos LTC<sup>2</sup>. Verifica-se igualmente que, na maioria dos países europeus, é o financiamento público que tem sustentado os LTC, embora vários países estejam actualmente a encorajar uma maior competição e envolvimento do sector privado na prestação de cuidados (até à data, esta intervenção referia-se quase exclusivamente ao sector privado não lucrativo). Se o seguro para LTC é praticamente inexistente, essa é uma realidade que muitos países também querem ver alterada (Gleckman, 2010; Pinquet e Guillén, 2008; Gleckman, 2007; Gibson and Redfoot, 2007; Arntz et al, 2007).

Outra questão associada aos LTC centra-se no tipo de cuidados prestados em que dominam claramente os cuidados institucionais ou domiciliários. Este facto remete para a importância que os cuidadores informais tem tido e revela que estes necessitam de apoios diversos que vão da avaliação das suas necessidades, ao descanso, à informação e treino, a benefícios fiscais, até ao pagamento directo em função dos cuidados prestados. Neste sentido, alguns países europeus (e.g., Itália, França, UK, Alemanha, Espanha) discutem actualmente quais os incentivos e benefícios a atribuir aos cuidadores/famílias pela prestação de cuidados no domicílio (OCDE, 2009; Alonso González e Abarrán Lozano, 2008; Da Roit, Le Bihan and Österle, 2007; Comas-Herrera et al, 2006).

É neste contexto de questionamento dos actuais modelos de LTC que países como a França, Áustria, Alemanha, Suécia criaram grupos de trabalho e projectos-piloto que têm como objectivo promover a melhoria de acesso, a qualidade e essencialmente a sustentabilidade dos cuidados oferecidos (mesmo quando em países como a França, 80% das pessoas em LTC pagam directamente). Reconhecem igualmente que a oferta actual não satisfaz a procura e que é necessário promover e facilitar a coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais. Ainda em termos de sustentabilidade, alguns países consideram a hipótese de transferência de despesas do ambulatório e hospital para os LTC, bem como realocar verbas de programas familiares em curso (Abreu Nogueira, 2009). Pode-se ainda estar perante uma oportunidade para repensar a lógica de organização/gestão dos cuidados de saúde nomeadamente ao nível da gestão integrada, descentralização, qualidade, responsabilização, financiamento, interpenetração, circulação e suportes de informação.

Portugal, com uma curta história de CCI, desde 2006, precisa de saber quais os seus gastos *per capita* em percentagem do PIB com os CCI, qual o aumento dos custos anuais destes

---

<sup>2</sup> A contenção da subida dos gastos é já uma realidade com vários países a accionarem diferentes instrumentos e medidas que vão desde os cortes orçamentais, ao aumento das listas de espera e mudança nos critérios de elegibilidade, ignorando as recomendações de 2009 da Comissão Europeia que refere que os investimentos de carácter social e infra-estruturas de saúde (que inclui os LTC) têm como objectivo impulsionar o sector da construção e gerar postos de trabalho, melhorando simultaneamente o acesso a vários serviços sociais, criando condições para alocação adicional de recursos (Abreu Nogueira, 2009).

cuidados, quais as projecções relativas à procura nos próximos anos (10/20 anos), qual a relação que se irá estabelecer entre o financiamento público e privado, quais os benefícios a atribuir aos cuidadores informais e como fortalecer a oferta de cuidados. Os dados que permitam responder aqueles que foram os objectivos centrais que presidiram à implementação dos CCI em Portugal, permitem não só avaliar globalmente o impacto destes cuidados, na realidade portuguesa, como perspectivar os impactos futuros desta prestação de cuidados e que passam necessariamente pela adaptabilidade sociogeodemográfica; esforço financeiro (% PIB) e sustentabilidade; oferta existente/procura e gestão das expectativas criadas.

À semelhança de outros países europeus, Portugal confronta-se com o aumento contínuo dos idosos e de indivíduos com diminuição da funcionalidade e com o aumento consequente das necessidades de cuidados. Este desafio certamente exigirá que, também no nosso país, se discuta qual o esforço público a ser dispendido, qual o papel das famílias (esforço e suporte), quais as áreas prioritárias (demência, reabilitação, área social, prevenção), como garantir a acessibilidade sem gerar pobreza e dependência financeira ou como prestar cuidados de qualidade e sustentáveis e promover, simultaneamente, a racionalização dos recursos ou ainda como se irá manter a coordenação público-privado. Questiona-se também, qual o esforço que deverá ser feito na qualificação/formação dos profissionais e cuidadores e na prevenção, nomeadamente através de programas de envelhecimento e estilo de vida activo. Pode-se igualmente questionar se a ênfase deve ser colocada na necessidade de um Plano Individual de Saúde para cada cidadão, adaptado à fase do ciclo de vida e à biografia clínica e social.

Saliente-se ainda que, apesar da incerteza sobre o volume e o tipo de procura futura de cuidados, a que a esperança de vida média com saúde, as capacidades aquisitivas e expectativas das famílias e a intervenção pública não são alheias (Costa-Font, et al, 2008; Jagger et al, 2008), os diferentes organismos internacionais estabeleceram um conjunto de recomendações tendentes à harmonização e comparabilidade entre os diferentes países europeus (OCDE, 2005). No entanto, quando se comparam as recomendações dos diferentes organismos, não se pode ocultar as diferentes linhas de força para que cada um aponta. Apesar disso, é possível descortinar um conjunto de preocupações centrais de que se destacam:

**Grupo I - Organizacional**

Acessibilidade

Equidade

Avaliação das necessidades de cuidados

Coordenação de cuidados

Aposta em cuidados domiciliários

Novas TIC em saúde

**Grupo II - Financiamento**

Sustentabilidade

Cooperação público-privado

Recurso à PBE a todos os níveis do LTC

**Grupo III - Comportamental/Relacional**

Mudanças de atitudes e expectativas dos indivíduos

Promoção de estilos de vida saudáveis

Promoção do envelhecimento activo

**Grupo IV - Profissionalização**

Formação e treino de profissionais (tipo de qualificações)

Estruturação de carreiras profissionais

Recrutamento de profissionais no seio da população inactiva

**Grupo V – Qualidade e I+D**

Reforço da investigação

Comparabilidade Internacional

(Garantia da qualidade

Definição e validação de procedimentos técnicos)

De acordo com Driest (2006), das tendências futuras que irão marcar os diferentes países europeus, em termos de LTC, destacam-se:

- Maior especificidade dos cuidados hospitalares, o que resulta numa necessidade maior de LTCs;
- Uma grande descentralização (a acontecer em quase todos os países), que apela a uma nova coordenação entre os *stakeholders* a nível nacional, regional e local, que se traduza em subsidiariedade e adaptabilidade no planeamento em saúde;
- Um previsível grande fluxo de LTC emanando quer do discurso médico tradicional, quer dos serviços sociais, que se tornarão cada vez mais importantes, com uma provável influência negativa ao nível da regulamentação e financiamento (ou ausência destes) mas, por outro lado, dará mais liberdade de escolha ao cliente individual a nível local;

- Uma mudança nas relações entre o estado, o sector privado e o sector não lucrativo, com uma parte crescente a deslocar-se para o sector privado (cenário pouco previsível em Portugal, nos próximos anos, a não ser em nichos de população com alto poder de compra);
- Maiores possibilidades de escolha e serviços mais individualizados e adaptados devido à emancipação e assertividade dos doentes. O *empowerment* do cidadão e a relevância do seu papel enquanto agente activo na manutenção do seu estado de saúde, terá um papel central;
- Uma procura maior de LTC (fruto do envelhecimento contínuo da população) e, simultaneamente em muitos países europeus, um envelhecimento dos profissionais, com uma escassez anunciada num futuro próximo<sup>3</sup>;
- Maior liberdade de movimento dos profissionais de saúde (fruto da legislação comunitária). O turismo ligado aos LTC tornar-se-á um fenómeno normal<sup>4</sup>.
- A introdução de mercados sociais. Estas novas formas organizacionais em LTC são caracterizadas por duas inovações: a inserção de regras competitivas na relação entre o financiamento público e os prestadores de serviços privados e o encorajamento da capacidade de auto-organização das comunidades, para responder a este desafio. As autarquias terão uma importância fundamental no reforço da consciência das comunidades;
- Os indivíduos e as famílias serão confrontados com um mercado mais amplo e com possibilidades de escolha acrescidas;
- Cooperação e/ou competição entre público e privado, ao nível local. Os prestadores de cuidados terão também que lidar com estas novas relações e adaptar-se a elas;
- O comportamento empresarial contribuirá para o afastamento da organização burocrática que caracteriza a actual prestação de cuidados e as profissões tradicionais. Estas mudanças irão traduzir-se em mais oportunidades para os prestadores de cuidados;
- Uma forte orientação dos LTC para os serviços sociais e a uma quebra de laços com os cuidados médicos e de saúde tradicionais (questiona-se se não estará em causa uma mudança de paradigma organizacional da prestação de cuidados de saúde);
- Os idosos usarão cada vez mais os seus rendimentos na compra de cuidados e serviços de longa duração (embora não se preveja que, nos próximos anos em Portugal, constitua um paradigma nacional).

---

<sup>3</sup> Em sete estados membros da UE cerca de 40% dos enfermeiros têm mais de 40 anos de idade e em cinco estados este número está acima dos 50%

<sup>4</sup> Alguns prestadores de cuidados holandeses já começaram a prestar cuidados em Espanha onde os idosos adquirem os seus cuidados e serviços enquanto desfrutam do clima. Os seguros cobrem estes cuidados de turismo, sob as mesmas condições que recebem no seu país;

## PONTO DE SITUAÇÃO ACTUAL

### **Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde**

A RNCCI, tendo uma abrangência nacional e possui uma coordenação nacional assumida pela **Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)**. As principais funções desta Unidade de Missão são a condução do projecto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da Rede e a sua coordenação integral.

Todavia, a RNCCI é dotada de uma flexibilidade que lhe é conferida por uma coordenação descentralizada ao nível das regiões, assumida pelas **Equipas de Coordenação Regional (ECR)**. A estas Equipas compete, a nível regional, o planeamento, Gestão, Controlo e Avaliação da Rede, e garantir a equidade no acesso à Rede, a qualidade e adequação dos serviços que são prestados e a articulação entre os vários serviços e equipas (ver figura 1). A um nível mais operacional, assumem importante papel as **Equipas de Coordenação Local (ECL)**. Estas Equipas asseguram o acompanhamento e avaliação da rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência (ver figura 2). A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta: internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (ver figura 3).

Cada um dos tipos de resposta atrás referidos, bem assim como as diferentes equipas, têm funções diferentes, específicas e complementares. Para que melhor se entendam essas diferentes funções importa compreender o sistema de *Referenciação de Utentes e Ingresso na RNCCI*. Todo o processo de referenciação se norteia pelo princípio de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem e baseia-se em critérios de referenciação previamente aprovados (ver critérios em anexo). Assim, o circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes a **Equipas de Gestão de Altas (EGA)**, **Equipas Coordenadoras Locais**, **Equipas Coordenadoras Regionais**. Deste modo, o acesso à Rede é feito através de referenciação, com origem num Hospital ou num Centro de Saúde. Em função dos critérios definidos e atrás referidos, decide-se qual o tipo de resposta mais adequada a cada situação sendo o encaminhamento feito com base na harmonização entre as necessidades de reabilitação global e/ou a manutenção do estado de saúde, cumprindo-se o princípio atrás expresso de proporcionar a equidade no acesso.

Portanto, podemos dizer que *“o modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços”* (UMCCI, 2009). A descentralização ficou patente na estrutura atrás apresentada. De acordo com a UMCCI (2009), *“esta estrutura descentraliza-*

*da visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes". Ou seja, através desta estrutura pretende-se dar uma resposta adequada a cada pessoa, apesar da actual desarticulação estratégica ao nível do trabalho local.*

Por sua vez, a contratualização, envolve parceiros do sector social e privado, para além do público, os quais contratualizam com as ARS o tipo de serviço a prestar e são ressarcidas disso mediante um sistema de financiamento que mais abaixo detalharemos.

Uma outra característica da RNCCI reside no facto de, constituindo-se como mais um nível de cuidados, ter que assumir a intersectoralidade como desiderato. A intersectoralidade, *"...assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e da segurança social"* (UMCCI, 2009). Esta intersectoralidade e co-responsabilidade é bem evidente a nível da gestão local, regional e nacional, onde a área social é assumida por profissionais do Instituto de Segurança Social e a nível do modelo de financiamento. É ainda a nível local, nas Equipas de Coordenação que está prevista a participação de profissionais das autarquias, o que amplia a outro sector para além da saúde e de apoio social. A melhoria da interligação entre serviços de prestação de cuidados passa pelo desenvolvimento de estratégias de articulação entre as entidades envolvidas, asentes na comunicação inter-institucional.

Todavia, para além da intersectoralidade exige-se a este novo nível de cuidados a capacidade de diálogo permanente através de interfaces com os restantes níveis de cuidados. Só assim, se cumprirá a sequencialidade dos cuidados centrados nas necessidades do utente.

Relativamente à implementação da rede, foi definido um cronograma que previa a sua implementação faseada até 2016. Em Dezembro de 2009 a UMCCI, com o cumprimento dos objectivos previstos para 2012 relativamente à cobertura nacional propôs a antecipação dos objectivos de cobertura total para 2013. Assim, em Dezembro de 2009 a distribuição de camas pelas diferentes tipologias e regiões é a constante na Tabela 6 (ver anexo).

Um outro aspecto a destacar prende-se com a cobertura populacional alcançada (ver Tabela 7 em anexo). Constata-se que algumas das regiões com maior densidade populacional são, concomitantemente as que apresentam uma taxa inferior de camas por 100.000 habitantes. Relativamente à cobertura actual à referir ainda que o número de ECCI, apesar de ter vindo a crescer, é ainda claramente insuficiente para as necessidades de cuidados ao domicílio. As ECCI, que emergem das Unidades de Cuidados na Comunidade, na área dos Cuidados de Saúde Primários, estão em fase de consolidação e amadurecimento, nomeadamente através da afecta-

ção de recursos técnicos (e outros) que permitam um acompanhamento de qualidade dos doentes no seu domicílio. O papel destas equipas é preponderante para a manutenção dos doentes na comunidade.

A Unidade de Dia e de Promoção de Autonomia destinam-se a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de ambulatório. A regulamentação destas Unidades é essencial para a concretização desta tipologia onde irá existir especial ênfase nos utentes com demências.

Referência também para os Cuidados Paliativos, os quais, estando integrados na Rede têm vindo a sofrer um incremento (56% de 2008 para 2009), todavia apenas *“existem 13 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), distribuídas pelas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve”* (UMCCI, 2010). Adicionalmente tem-se feito *“um forte investimento na capacidade técnica das ECCI em Cuidados Paliativos. Cerca de 40 integram profissionais com competência em Cuidados Paliativos”* (UMCCI, 2010). Um aspecto importante relativo à dotação destas Equipas prende-se com a afectação de elementos com competências adquiridas na área dos Cuidados Paliativos, o que permite o apoio a doentes e familiares a necessitar deste tipo de cuidados no domicílio. As Unidades Locais de Saúde podem desempenhar um papel fundamental, através da maior facilidade em articular experiências organizativas no terreno.

Em termos de cobertura nacional, apesar da evolução positiva que levou à antecipação dos objectivos, verifica-se algum desequilíbrio entre as regiões. Isso mesmo é admitido pela UMCCI (2010) quando afirma *“a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresenta a menor cobertura, representando em relação ao menor valor seguinte, o Norte, uma cobertura cerca de 2 vezes menor (-195%), e em relação à cobertura nacional (242) um valor sobreponível (-185%)”*.

## **Acessibilidade e desigualdades em saúde**

A acessibilidade é um dos factores mais importantes para a igualdade e equidade em saúde. Assim e como forma de dar resposta a este objectivo, a RNCCI tem desenvolvido três vectores essenciais: a cobertura integral do território nacional, um modelo de organização e de gestão e uma política de qualidade.

Acerca da cobertura do território já referenciada, salienta-se a antecipação dos objectivos. Todavia, um dos constrangimentos identificados que põem em causa a acessibilidade e a igualdade em saúde prende-se com as assimetrias geográficas e demográficas que ainda se

verificam. Efectivamente, o carácter poli-concelhio que a maioria das ECL possui, é um constrangimento que pode dificultar a celeridade que se pretende existir entre o processo de identificação da necessidade e a referenciação efectiva do utente na Rede, assim como a não afectação de profissionais a tempo inteiro. De facto, as unidades de CCI apresentam uma dispersão geográfica regional com algum grau de aleatoriedade decorrente da localização das entidades promotoras, não sendo possível, nos moldes actuais, introduzir maior grau de racionalidade na sua localização e dimensão, a não ser que se verifique uma inversão na lógica de organização do processo de financiamento, dado o peso inegável dos cuidados relacionados com a saúde. Esta “deformação” da localização e dimensão das unidades de CCI é agravada pela falta de racionalidade que lhe é aduzida pela dificuldade de encontrar profissionais de saúde disponíveis e com a formação adequada.

Por outro lado, a Rede não responde ainda aos efeitos adversos da densidade populacional. Nos casos de elevada densidade porque ainda não existe uma cobertura adequada e nos casos de baixa densidade porque o número de lugares considerados economicamente sustentáveis em cada tipologia poderá impor a sua concentração e deveria obedecer a critérios específicos de localização geográfica. Todavia, as entidades (IPSS, SCM ou entidades privadas), com quem são efectuados os acordos para a criação de respostas da Rede, possuem capacidades económicas e financeiras díspares, e que como referido anteriormente, poderão através de uma gestão de recursos partilhados, suportar unidades de internamento com capacidades relativamente baixas. Tal obriga a que o utente possa necessitar de cuidados que só são prestados em unidade fora da sua área de residência, ficando por vezes condicionada a sua reintegração social. A distância condiciona a forma como os familiares se implicam no acompanhamento e participação na concepção/avaliação do plano individual de intervenção e nas suas actividades diárias de reabilitação/manutenção, o que dificulta a preparação da alta do utente para o domicílio, perpetuando, com frequência, novo recurso a internamento hospitalar, numa circularidade que se repete constantemente.

O modelo de gestão da Rede visa garantir um acesso equitativo dos utentes, a sua mobilidade entre as diferentes respostas da Rede e assegurar uma continuidade de cuidados individualizados e humanizados, com intervenções planeadas, estudadas e concertadas entre os diferentes técnicos intervenientes, quer no interior das unidades de internamento e ao nível das equipas comunitárias da Rede, quer entre os técnicos hospitalares, os dos cuidados de saúde primários e os de segurança social. Assenta numa definição das diferentes tipologias de respostas e cuidados, em critérios de referenciação previamente definidos em variados documentos emanados pela UMCCI e num circuito que integra os passos e fases de forma a inte-

grar os utentes na resposta adequada às suas necessidades. Desta forma é um pressuposto básico e fundamental a existência de princípios da intersectoralidade e a interface entre os diferentes níveis de cuidados.

Apesar da clara definição do modelo de gestão, existem diversas dificuldades, imputáveis à mudança de paradigma que este modelo encerra e que devido ao facto de a Rede ser ainda demasiado jovem, não sobressai sobre aquele que tem a sua génese na cultura que prevalece nos modelos de funcionamento dos serviços ligados às áreas da saúde e social, pouco facilitadores da intersectoralidade, da multidisciplinaridade e da partilha de espaços que até há pouco eram considerados domínio exclusivo de um só serviço, sector ou profissão. Em qualquer dos casos, essas dificuldades traduzem-se sempre na acessibilidade e em desigualdades em saúde para os doentes, que urge reflectir e alterar.

Como exemplos de factores que levam à existência de desigualdades em saúde realça-se o facto de na actual Rede existirem respostas que promovem a reabilitação de utentes cuja autonomia face às actividades de vida diária está diminuída ou perdida, e associada a múltiplos factores como a elevada incidência de doenças degenerativas e AVC com a cronicidade das suas sequelas e a síndromes geriátricas directamente ligados ao aumento da esperança de vida.

Há, no entanto, outros tipos de doenças incapacitantes para as quais ainda não existe resposta específica, integrando estes utentes algumas unidades que tímida e pontualmente tentam colmatar os deficits e manter as capacidades ainda existentes, através entre outros, da neuroestimulação na área demencial, e nos traumatismos craneo-encefálicos. Este tipo de cuidados estarão eventualmente mais próximos dos recursos e intensidade de cuidados existentes actualmente na tipologia de convalescença, mas cuja permanência destes utentes excederá em muito o período de 30 dias indicativos para a permanência nesta tipologia.

Através do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, é definida a rede da saúde mental que cria respostas de cuidados continuados nesta área, mas que carece de regulamentação e de estratégias de implementação.

Como referido anteriormente, a cultura ainda presente entre os vários actores, condiciona o relacionamento entre todos níveis de cuidados, existindo uma necessidade premente de formar e “ganhar” para esta causa profissionais que compõem as equipas prestadoras de cuidados ou sinalizadoras de utentes, para a Rede e que pertencem indiscriminadamente aos sectores da saúde (centros de saúde ou hospitais) da segurança social ou da prestação de serviços na área social (IPSS, SCM ou particulares). Prevalece uma descrença relativamente à celeridade nas respostas de colocação de doentes que se deve ao facto da capacidade instalada no terreno (número de lugares em equipas e unidades de internamento) ser ainda muito inferior

às necessidades estimadas. Por outro lado, as exigências de qualidade na concepção dos espaços, equipamentos e recursos humanos, considerados adequados para o funcionamento obrigaram ao apoio do estado às instituições às instituições pois alguns investimentos representavam montantes difíceis de suportar sem esse apoio.

Neste contexto, os hospitais viram de certa forma gorada ou adiada a expectativa criada de que esta nova linha de cuidados iria contribuir para a diminuição da demora média de internamento, sendo actualmente vítimas de dupla penalização – por baixa taxa de referência para as EGA e pelo decorrente aumento da demora média no internamento, o que ainda mais agrava os constrangimentos financeiros.

Nalgumas tipologias este fenómeno aconteceu, essencialmente para os doentes que têm resposta adequada tanto na convalescença, como nos paliativos (em regime de domicílio ou internamento) como nos apoios prestados no domicílio nos casos em que funcionam Equipas de Cuidados Continuados Integrados. O mesmo não se verifica nos doentes referenciados para a tipologia de longa duração e manutenção, em que os serviços hospitalares encontram respostas variadas, mas frequentemente não adequadas, para possibilitar a alta desses doentes, que ficam a aguardar vaga para Longa Duração em condições muitas vezes adversas ou, na falta de alternativas, permanecem internados, acabando alguns deles por serem vítimas de patologia nosocomial.

Como forma de colmatar estas previsíveis dificuldades, instituiu-se uma política de qualidade que posteriormente será analisada.

## **Qualidade e governação clínica**

Tendo o mundo da saúde adoptado esta linguagem há já alguns anos e tendo inclusivamente desenvolvido diversos sistemas de Qualidade em Saúde (e.g., Joint Commission), esta continua a ser uma área carecida de reflexão e desenvolvimento. A nossa análise tem como referencial o conceito de qualidade em saúde tal como Øvretveit, citado por Serapioni (2009), a define. A qualidade em saúde é a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas. Esta definição incorpora diversas dimensões das quais destacamos:

- a) *“Qualidade avaliada pelo usuário: o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;*

- b) *Qualidade profissional*: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executadas de forma apropriada;
- c) *Qualidade gerencial*: o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das directrizes estabelecidas pelas autoridades” (Serapioni, 2009, p. 77).

Com este enquadramento fica claro que quando fazemos referência à qualidade em saúde estamos a referir todos os níveis e actores envolvidos, bem como dimensões de equidade.

Todavia, a evolução dos sistemas de saúde e das exigências das comunidades, têm exigido um contínuo aprofundamento das questões relacionadas com a qualidade. Foi assim que em 1997 foi introduzido o conceito de *Clinical Governance* (Governança Clínica) no livro branco do Serviço Nacional de Saúde inglês, traduzindo uma estratégia de modernização do sistema de saúde (ARSLVT, 2009). Este conceito tem sofrido alguma evolução e actualmente entende-se a governação clínica como um sistema para melhorar os padrões da prática clínica e para proteger as pessoas de padrões de cuidados inaceitáveis e inclui diferentes tipos de actividades que devem estar coordenadas na mesma estrutura, substituindo as iniciativas desconexas que se destinam a melhorar a qualidade. Nestas inclui-se, a formação contínua, a introdução e manutenção e de bons sistemas de gestão, a promoção da efectividade clínica, a auditoria clínica, a gestão do risco, investigação e desenvolvimento e fortalecimento de uma mentalidade de abertura e de responsabilização. Algumas dessas actividades são de desenvolvimento por natureza, tais como formação contínua e divulgação de boas práticas. A gestão de riscos, através da qual as organizações procuram analisar eventos adversos e aprender com eles, é outro exemplo de uma actividade de desenvolvimento. Outras actividades são de natureza de acompanhamento ou supervisão. Por exemplo, as organizações são obrigadas a recolher dados e informações sobre os cuidados prestados pelos seus profissionais. Isso deve permitir que a organização detecte o mau desempenho de modo que possa ser corrigido, mas a colecta de dados também deve chamar a atenção para o bom desempenho e, portanto, ter um efeito sobre o desenvolvimento. Outras actividades destinam-se a incentivar os clínicos a auto-monitorarem-se, com a intenção de que tal proporcione a oportunidade e o incentivo para melhorar o desempenho clínico (Department of Health, 2006).

A governação clínica oferece aos profissionais de saúde a liderança no planeamento, visando prestar os melhores cuidados que podem. É uma oportunidade para os médicos e enfermeiros assumirem a responsabilidade da agenda de qualidade e, ao mesmo tempo, prestarem as contas, como agora deles é esperado. A governação clínica pretende alcançar a melhor

gestão da prática de cada um, como forma de prestar cuidados de elevada qualidade. É pouco provável que um bom profissional preste cuidados excelentes, se trabalha num contexto em que a sua prática é mal gerida, onde, por exemplo, as intervenções clínicas são mal planeadas ou as necessidades de formação de pessoal são ignoradas (Roland & Baker, 1999).

Face ao exposto, qual o ponto de situação da RNCCI, relativamente às questões da qualidade e da governação clínica? Desde a sua criação, a preocupação com a qualidade foi assumida pela UMCCI. Assim, foram definidos objectivos relativos à qualidade e responsáveis operacionais pelo seu cumprimento (ver Tabela 8).

Foram ainda criados os regulamentos e as normas necessárias e foram definidos os indicadores de resultados para aferir da adequação dos cuidados. De acordo com a UMCCI, “para a implementação do sistema de qualidade definiram-se como principais acções:

- Definição de *standards* mínimos para as entidades prestadoras, concordantes com as exigências presentes no clausulado dos contratos;
- Divulgação dos standards junto das ECR, ECL e Prestadores;
- Formação sobre princípios básicos e gerais da qualidade às entidades referidas, com particular atenção às ECL;
- Acompanhamento contínuo dos prestadores pelas ECL, com o objectivo de garantir o cumprimento dos standards;
- Auditorias organizacionais anuais, a realizar por auditores externos,
- Auditorias dos processos individuais dos utentes anuais (social, médica, enfermagem), a realizar por auditores externos, sob coordenação da UMCCI;
- Acompanhamento, pela estrutura adequada, da implementação das medidas correctivas apontadas como necessárias pelo relatório das auditorias;
- Auditorias para verificação da implementação das medidas correctivas;
- Monitorização contínua dos vários níveis da RNCCI, através dos indicadores resultantes dos registos obrigatórios” (UMCCI, 2009).

Com o objectivo da melhoria contínua da qualidade desenvolveram-se as seguintes acções:

- “Visitas de acompanhamento trimestrais realizadas pelas ECL, apoiadas numa Grelha de Acompanhamento, e que avaliam o cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades”;
- “Visitas de avaliação externa da qualidade (5 Equipas de Melhoria da Rede/1 por região)”;

- “Acções de monitorização da satisfação dos utentes e de avaliação da satisfação dos profissionais das unidades prestadoras” (UMCCI, 2009).

Os resultados da avaliação de qualidade relativos ao ano de 2009 constam do relatório da UMCCI de Fevereiro de 2010. Nesta avaliação de acompanhamento, visou-se avaliar o cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades e que compete às ECLs (auditoria interna). Verificou-se uma avaliação média de cumprimento dos requisitos de 88,4% em de 2009, comparada com 80,25% do ano de 2008. Foram também realizadas em todo o país, nas diferentes unidades de internamento, e de acordo com a respectiva tipologia, dois tipos de avaliação da qualidade com carácter de auditoria externa, por equipas denominadas de Melhoria da Rede, destinadas a avaliar a prestação de cuidados de saúde e apoio social: uma de âmbito mais centrado nos procedimentos e processos clínicos, destinada a avaliar a prestação de cuidados de saúde, reabilitação e serviços, concluindo-se que o grau de cumprimento dos critérios de qualidade foi de 80%; outra mais focada para a organização e funcionamento da unidade e o grau de cumprimento dos critérios de qualidade foi de 78%.

Na avaliação da satisfação dos profissionais das unidades verificaram-se níveis de satisfação rondando os 91 % e na avaliação da satisfação dos utentes internados em unidades da RNCCI (comparação de resultados de 2007 com 2008) obtiveram-se respostas com a classificação de “muito boa” que evoluíram de 25 para 45%. Os valores de Bom e Muito Bom situam-se acima dos 90%.

## **Ganhos em saúde (indicadores)**

Uma vertente importante da qualidade é a avaliação dos ganhos em saúde proporcionados pelo sistema. As dimensões actualmente medidas na RNCCI são a autonomia física, a utilização de cadeira de rodas, a prevalência de úlceras de pressão, as quedas, a avaliação da dor e os registos dos óbitos.

**A autonomia física** é o principal parâmetro de avaliação usado para monitorizar a evolução dos doentes assistidos na Rede. As escalas utilizadas fazem parte do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) comum às diferentes entidades intervenientes nos processos de referência e cuidados.

**A utilização de cadeira de rodas** nos momentos de admissão e alta pode ser também uma forma de, indirectamente, avaliar os registos da evolução de autonomia.

**A prevalência de úlceras de pressão** é, há alguns anos, considerada como indicador de qualidade dos cuidados de saúde, em diversos países. As úlceras de pressão estão associadas a

um conjunto de factores de risco, frequentemente presentes nos doentes habituais da RNCCI, nomeadamente, imobilidade, pressões prolongadas, fricção, traumatismos, idade avançada, desnutrição, incontinência urinária e fecal, infecção, deficiência vitamínica, HTA, humidade excessiva, edema, entre outros. Hoje em dia, considera-se que a maioria das úlceras de pressão, são evitáveis (Morison, et al, 2004, p. 1).

**As quedas** estão associadas a múltiplas causas que podem, genericamente, ser agrupadas em factores intrínsecos e extrínsecos. Entre os primeiros destaque para as alterações fisiológicas associadas à idade, condições patológicas diversas (e.g., afecções do aparelho musculoesquelético, neuro-muscular, diabetes) e efeitos adversos da medicação. Entre os factores extrínsecos salientamos os perigos ambientais (e.g., barreiras arquitectónicas) e o calçado inadequado. A ocorrência cumulativa de diversos factores multiplica o risco de queda.

**A avaliação da Dor** impõe-se como indicador de qualidade porque a dor é um fenómeno com múltiplos componentes capaz de provocar impacto do ponto de vista físico, funcional e psicológico (interferência nas actividades da vida diária e no comportamento, diminuição do limiar de tolerância ...). Como tal, no 1º semestre de 2009 foi implementado o registo da avaliação sistemática da dor, no âmbito das respostas da Rede. A escala utilizada é a de FACES, uma das preconizadas pela Direcção Geral da Saúde.

**O Registo dos Óbitos** – enquanto indicador clínico de qualidade assume importância na medida em que pela evolução do número de óbitos se percebe a qualidade dos cuidados prestados. Medem também a qualidade da interface hospital/Rede, nomeadamente a qualidade da referência hospitalar para a Rede (esta dimensão recebeu críticas de alguns dos peritos consultados, nomeadamente na linearidade da relação que estabelece).

São ainda utilizadas outras escalas de medida da funcionalidade (e.g., MIF; escala de Lawton, Índice de Katz), todavia daqui não parece resultar a extracção de qualquer outro indicador.

## **Sustentabilidade**

O esperado aumento de necessidades de prestação de cuidados continuados, decorrente sobretudo de alterações demográficas e do modelo de sociedade, impõe por todo o mundo uma reflexão sobre o âmbito da prestação pública destes cuidados e o seu modelo de financiamento. Em particular, é importante observar se o modelo adoptado é sustentável face à evolução esperada.

O conceito de sustentabilidade do projecto de cuidados continuados integrados pode ser analisado de múltiplas perspectivas. Desde logo é importante reter a noção de sustentabilidade social. Se a despesa pública relacionada com o envelhecimento da população não acompanhar as alterações demográficas, origina enormes problemas sociais e um aumento da pobreza nos escalões etários mais altos. Por razões políticas, eleitorais ou sociais, os governos podem estar limitados nas suas opções sobre este tipo de despesa pública, que depende também das intenções das empresas e das pessoas em complementarem estes serviços públicos com esquemas privados de pensões, saúde e cuidados continuados.

Do habitual ponto de vista mais estrito, a sustentabilidade financeira dos cuidados continuados significa a capacidade das fontes de financiamento previstas em assegurar a esperada evolução da despesa. É assim necessário conseguir estimar a evolução dos custos e verificar se as receitas conseguem acompanhar a mesma tendência, ou se o projecto entrará em défice estrutural, exigindo novas formas de financiamento ou cortes permanentes nas despesas.

Se o financiamento do projecto for assegurado pelo orçamento geral do Estado, sem afectação a determinadas fontes de receitas, o projecto será teoricamente sempre sustentável enquanto o Estado pretender suportar todos os encargos. Mas, sendo os cuidados continuados um projecto essencialmente de financiamento público, a sustentabilidade desse projecto pode ser enquadrada na questão mais global da sustentabilidade das finanças públicas. De que forma contribui a RNCCI para a sustentabilidade das finanças públicas? O acréscimo previsto da despesa com cuidados continuados exigirá um aumento da carga fiscal? Qual a forma ideal de obtenção de receitas para este tipo de serviço público?

Neste caso seria também conveniente efectuar uma consolidação financeira e considerar os efeitos interdependentes com outras despesas no âmbito dos cuidados sociais ou de saúde. Aos custos dos CCI é necessário retirar, por exemplo, a resultante redução de custos com urgências ou internamento hospitalar. Por outro lado, uma menor atenção aos CCI inadequados pode contribuir para retirar algumas pessoas da população activa, designadamente familiares e sobretudo mulheres, para a prestação destes cuidados, o que tem um efeito não negligenciável na economia e nas receitas fiscais.

### **Os diferentes modelos de financiamento**

A discussão relativa ao financiamento de programas de CCI envolve, para além da estimativa das necessidades futuras e respectivas implicações socioeconómicas, questões relacionadas com a racionalidade da afectação de fundos públicos a este tipo de serviço e o modo como

esta deve ser implementada de forma a promover a eficiência, a equidade e a sustentabilidade do sistema.

A justificação da intervenção pública no processo de criação e sustentação da rede de CCI decorre, por um lado, da natureza dos custos envolvidos, que podem rapidamente esgotar a capacidade financeira da maioria da população e, por outro, da incapacidade do sector privado para oferecer uma alternativa eficiente e acessível a uma percentagem significativa dos potenciais utilizadores. Neste contexto, e porque nas sociedades actuais é cada vez mais difícil que as famílias, ou as redes sociais informais, assegurem sozinhas, e de forma adequada, estes cuidados, cabe ainda ao Estado a principal responsabilidade no financiamento das redes de CC.

Tendo em conta a experiência prática de vários países, Fernandéz et al. (2009) propõem o agrupamento das opções de financiamento em três grandes famílias de modelos: os que asseguram a *provisão de uma rede mínima de segurança*, os *sistemas universais* e os *sistemas tendencialmente universais*.

- A primeira opção, adoptada principalmente em países de origem anglo-saxónica (Austrália, Inglaterra, Irlanda, Nova Zelândia e Estados Unidos), é minimalista em termos da intervenção estatal exigida e, conseqüentemente, valorizada pelos decisores políticos em contextos orçamentais restritivos. Neste modelo, a rede pública de CC visa apenas o segmento da população necessitada que não tem capacidade para pagar o custo dos serviços e o financiamento é feito a partir do orçamento público, através de receitas fiscais com origem nacional e regional, complementadas por participações exigidas aos doentes, de acordo com o seu nível de rendimento. Os critérios de elegibilidade são rigorosos e o apoio é circunscrito a tarefas de cariz pessoal, normalmente relacionadas com a alimentação e a higiene pessoal. Tais critérios contribuem para a inflexibilidade do sistema, que na prática exclui muitos indivíduos efectivamente necessitados de CC, e invertem o sistema de incentivos privados. São vistos como injustos pelas pessoas que poupam para acautelar necessidades futuras, relativamente aos que delapidam os seus activos durante a vida activa. Simultaneamente, tendem a estigmatizar socialmente quem não tem recursos para financiar os cuidados de que necessita e, por este motivo, tem que recorrer ao sistema social estatal.

- Os sistemas universais garantem a toda a população necessitada, independentemente da capacidade financeira individual, acesso à rede de CC estatal. Nenhum segmento populacional está à partida excluído, o que se traduz num peso incomparavelmente superior no orçamento público, por comparação com o modelo anterior. Uma vez que os critérios de acesso

visam exclusivamente a avaliação das necessidades efectivas, não havendo exclusões motivadas pelo poder de compra, este é um modelo que promove a coesão social.

Quase todos os sistemas universais são progressivos, sendo financiados por contribuições específicas e/ou por impostos sobre rendimentos de trabalho, embora alguns serviços possam ser comparticipados pelos doentes, de acordo com a respectiva capacidade. É habitual distinguir no modelo universalista os sistemas financiados por impostos e os sistemas de seguro social (ou de segurança social – *social insurance system*).

Os primeiros são desenhados para ser totalmente financiados por impostos sobre os rendimentos (Dinamarca, Suécia e Noruega e Escócia). Quando existem comparticipações dos doentes ou complementação das receitas através de impostos de cariz mais regressivo (sobre o consumo), estas são pontuais. Os segundos são normalmente financiados por contribuições específicas ou prémios, cobrados sobre rendimentos de trabalho, complementando o Estado (através do orçamento) a parte que corresponde à população não empregada. Exemplos de países onde vigora o sistema de seguro são a Alemanha, Japão, Luxemburgo e Holanda. Uma vez que o sistema de seguro raramente cobre a totalidade do custo dos serviços prestados, a necessidade de contribuições por parte dos doentes é grande. Nestes países existe um elevado nível de cooperação entre o estado e os indivíduos, consubstanciado numa espécie de contrato social implícito, e também uma estreita ligação entre as contribuições individuais e o nível de benefícios a que se terá direito no futuro – trata-se de sistemas de acumulação.

Designam-se habitualmente os sistemas financiados maioritariamente por impostos, como *pay-as-you-go systems*, e os sistemas maioritariamente financiados através de contribuições específicas ou prémios como *fully funded systems*, numa classificação que procura separar os casos em que a recolha de fundos e a sua utilização são tendencialmente contemporâneos daqueles em que o objectivo é acumular verbas com vista à sua utilização futura pelo próprio contribuinte. Os sistemas onde as receitas actuais são essencialmente afectadas às necessidades correntes exigem maior nível de solidariedade inter-geracional, pois do ponto de vista pessoal pode ser menos apelativo contribuir para pagar serviços usufruídos por terceiros do que acumular progressivamente para um fundo que vai servir as necessidades futuras próprias.

- O terceiro modelo - tendencialmente universalista - combina características dos dois anteriores, não excluindo necessitados do sistema de ajudas público mas tentando garantir que quem recebe mais ajuda é quem tem menor capacidade para a pagar. O objectivo dos sistemas agrupados neste modelo, de que são exemplo os adoptados na Áustria, Bélgica, França ou Grécia, é minimizar os compromissos financeiros do estado, não comprometendo a coesão social e evitando a estigmatização típica dos modelos de rede social mínima. A fonte principal

de financiamento é o orçamento público (nacional e regional), havendo também lugar a participações substanciais dos doentes, quando estes têm capacidade para o fazer.

### **O custo actual da RNCCI**

Sendo um projecto relativamente recente, Portugal é dos países da União Europeia que menos gasta com CC, apenas 0.1 por cento do PIB, por comparação com uma média de 1.3 por cento do PIB na UE (ver figura 4), o que contrasta com a despesa em cuidados de saúde, onde nos situamos no grupo da frente da UE (ver Figura 5).

Com o OE de 2009, a RNCCI foi constituída como piloto da Orçamentação por Programas, sendo monitorizado trimestralmente em termos de indicadores de natureza física e financeira. Os custos abrangidos envolvem o pagamento às unidades prestadoras de serviços e equipas domiciliárias (cerca de 65 milhões de euros em 2009), os custos das equipas da rede, custos da UMCCI e ACSS, e os custos de investimento (cerca de 10 milhões de euros em 2009, ver tabelas 7 e 8).

### **O financiamento da RNCCI**

O artº 46º do DL 101/2006, de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estipula que "o financiamento das unidades e equipas da RNCCI [...] obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria...". O artº 47º esclarece que, de acordo com a tipologia dos cuidados prestados, o financiamento caberá ao Ministério da Saúde, sozinho ou em conjunto com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de acordo com uma tabela de preços regularmente revista, para assegurar a sustentabilidade do sistema e, em determinados casos, "comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar". O princípio geral é que o Ministério da Saúde financia os custos da prestação de cuidados de saúde, enquanto os custos da prestação de cuidados de apoio social são comparticipados entre a segurança social e o doente, numa proporção dependente do seu nível de rendimentos (Tabela 9).

Com a criação da Unidade de Missão dos CCI, foi atribuída à ACSS a missão de "cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através das receitas oriundas dos jogos sociais...".

### **Abrangência da RNCCI**

De acordo com a UMCCI (2010), a RNCCI abrangia, no início de 2010, cerca de 4000 camas, estando mais 3 mil já contratualizadas, 80 equipas de apoio domiciliário e 5500 profissionais (ver tabela 10). O governo decidiu antecipar para 2013 as metas de concretização plena

da RNCCI previstas para 2016, "o que corresponde a mais 8 mil lugares para apoio a idosos e dependentes" (MFAP, 2010, p. 291). O objectivo é que em 2013, 80% dos doentes potenciais estejam referenciados na RNCCI.

## **Formação**

O projecto da criação e implementação da rede consubstanciou a realização de inúmeras acções de formação. A UMCCI desenvolveu um programa de formação direccionado para os diferentes níveis de prestadores da RNCCI (Relatório Primavera).

A formação contínua foi uma das áreas de investimento, no sentido de promover o desenvolvimento de competências dos diferentes grupos profissionais, tornando efectiva a abordagem interdisciplinar de articulação intersectorial e interinstitucional que se constitui um pilar de desenvolvimento da estratégia de qualidade definida pela UMCCI. Na verdade, às equipas coordenadoras regionais, na observância do disposto na alínea c) do nº 10 do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, compete-lhes "Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados".

Conforme os Relatórios elaborados pela RNCCI e, nomeadamente, o referente ao ano de 2009 foi "investido, no conjunto do território continental e em articulação com outras entidades, no desenvolvimento de várias acções de formação ao nível da coordenação, referência, monitorização e prestação de cuidados." (UMCCI, p 72: 2010). De acordo com os dados do mesmo relatório, destaca-se a formação desenvolvida no ano de 2009 que contabiliza um total de 110 acções, que corresponderam a 908 horas de formação, dirigidas a 2756 formandos" (UMCCI: 2010).

Os cuidados paliativos assumem uma abordagem de apoio a doentes e famílias consubstanciando as políticas de proximidade e confrontando-se com a transversalidade a toda a RNCCI. Para estas equipas de profissionais foi desenvolvido um plano de formação que incluiu estágios, apontando as previsões de formação para a abrangência, no futuro, de um grupo ainda mais alargado. Para a viabilização deste projecto, foram estabelecidos protocolos com várias instituições nacionais entre outras a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, a Fundação Calouste Gulbenkian e com a Universidade Lusófona e internacionais como a Universidade de Badajoz (Hospital Infanta D. Cristina) no âmbito de programas transfronteiriços como o CPALEX (Cuidados Paliativos Alentejo e Extremadura).

A criação de um Centro Piloto de Integração dos Cuidados Paliativos, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, funcionará também como local de estágio e for-

mação para profissionais de outros estabelecimentos do SNS na área de prestação de cuidados paliativos a doentes oncológicos. Trata-se de um projecto que irá permitir estabelecer padrões assistenciais avaliáveis, a reproduzir noutros serviços hospitalares, como resposta às necessidades em cuidados paliativos aos doentes, e promover a investigação em serviços de saúde com valor reprodutivo no contexto da assistência paliativa no SNS.

As actividades de **formação contínua**, direccionadas para os profissionais que desempenham funções em unidades afectas à rede, ocorreram um pouco por todo o país, sob a responsabilidade de diferentes entidades e assumiram formatos com duração e planos formativos diversificados. Assim, ocorreram seminários, jornadas, colóquios e outros, alguns dos quais contaram com a participação da UMCCI e de individualidades estrangeiras (Relatório UMCCI).

Nos planos de estudos da **formação graduada** das profissões afectas à rede, nomeadamente nas áreas científicas de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, constata-se a inclusão de temáticas relacionadas com os cuidados continuados. Também a este nível de formação têm sido criados cursos em Gerontologia e Gerontologia Social (Instituto Superior Politécnico de Bragança, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Escola Superior de Educação João de Deus, Universidade Lusíada).

No que concerne à **formação pós-graduada** multidisciplinar, sob a responsabilidade de instituições de ensino superior, foram criados cursos de pós-graduação em CCI. São exemplos, os cursos existentes na Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Universidade Lusófona e ESS Jean Piaget. A formação pós-graduada com estas características é uma realidade que encontra eco noutros países europeus e a sua necessidade é sustentada por experiências e estudos já realizados (Cassey, Mackreth: 2007; Macdonald, Stodel, Chambers: 2008).

A Universidade do Porto oferece um programa de doutoramento em Gerontologia e Geriatria.

## ANÁLISE CRÍTICA

Consideramos adequado sublinhar que o objectivo da análise crítica é, essencialmente, assinalar os constrangimentos e as dificuldades ao desenvolvimento da RNCCI. Esta, constitui-se indubitavelmente como um indicador de justiça social e de qualidade de vida para uma faixa populacional de enorme vulnerabilidade. Logo, nesta análise não está causa o caminho já feito e a continuidade do projecto, mas sim o seu desenvolvimento a aprofundamento.

Neste capítulo de análise crítica seguir-se-á a mesma lógica do capítulo anterior, sendo abordados sistematicamente cada um dos seguintes subcapítulos relativos à RNCCI:

- Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde
- Acessibilidade e desigualdades em saúde
- Qualidade e governação clínica
- Ganhos em saúde (indicadores)
- Sustentabilidade

### **Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde**

A estrutura organizacional da RNCCI parece ser a adequada se considerarmos os princípios fundamentais que a norteiam, nomeadamente:

- Uma estrutura que garante a coordenação nacional, mas também a adequação regional e local, denotando flexibilidade para a adaptação a diferentes realidades;
- Diferenciação e clarificação de níveis de responsabilidade, quer políticos, quer clínicos.

Todavia, a estrutura organizacional da RNCCI, surgindo como forma de dar resposta a um novo nível de cuidados, não se caracteriza como algo construído de novo a partir do exterior, mas antes como um novo nível de cuidados construído a partir dos já existentes. Ou seja, foram os profissionais aos mais diversos níveis, pertencentes aos outros dois níveis de cuidados que assumiram esta função. Ora assumindo que este outro nível de cuidados é enformado por uma filosofia com características diferentes dos restantes, perguntamo-nos, até que ponto essa filosofia de cuidados é comungada por todos, sabendo que muitos dos profissionais envolvidos não está na RNCCI a 100%? Não seria mais adequado os profissionais estarem em exclusivo na RNCCI como já acontece em algumas equipas?

Por outro lado, sendo a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade uma das características essenciais deste modelo de intervenção, como é que se traduz na prática quando os profissionais não são formados nesse modelo? Como se concretiza tal modelo num contexto de sobreposição de funções com outros níveis de cuidados?

Relativamente à intersectoralidade, consideramo-la uma característica absolutamente necessária a este tipo de projecto e uma das formas possíveis de envolver outros actores no processo de cuidados. Todavia, é sem dúvida uma prática difícil e que carece de uma atenção e uma análise crítica constante. A componente da intersectoralidade resultante da integração de profissionais da área da Segurança Social, parece, apesar das dificuldades que ainda se verificam, ser a componente mais fácil de atingir. Porém, a componente da intersectoralidade que tem a ver com a participação de outras estruturas tais como as autarquias, poderá levantar algumas dificuldades adicionais. Todavia, há que aproveitar experiências já existentes e potenciá-las no âmbito deste projecto, como por exemplo as “Redes Sociais” de base concelhia.

Mais uma vez estamos perante uma dificuldade que, resultando de muitos factores, resultará também do facto de estarmos perante um desafio, uma lógica de cuidados nova e diferente. Nesta, pretende-se que a avaliação da pessoa que carece de cuidados não seja feita numa lógica de doença, mas sim de funcionalidade. Por outro lado, a resposta a equacionar não depende apenas de um sector, mas sim de vários. Exige-se assim um diálogo e uma atenção constantes aos canais de comunicação entre os diversos sectores envolvidos, conducente a uma avaliação e uma intervenção integrada, na qual o doente é preocupação central. Em suma, exigem-se novas e diferentes competências aos profissionais envolvidos como por exemplo competências na área da gestão de situações de cronicidade, de trabalho em rede e de *coaching*.

Relativamente à problemática da distribuição geográfica é de realçar como muito positivo o facto de se estarem a antecipar objectivos. Todavia, persistem algumas dificuldades que urge resolver. A primeira delas, aliás realçada no último relatório da UMCCI (2010), tem a ver com a desigual distribuição pelo país da actual oferta de respostas, com particular prejuízo para zonas de grande densidade populacional, como é o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Uma outra também de realçar tem a ver com as necessidades especiais de zonas de muito baixa densidade populacional, onde apesar de já existirem unidades de dimensão menor e cuja sustentabilidade assenta em respostas de tipologia mista, este número deverá ser aumentado como forma de diminuir a deslocalização dos doentes relativamente ao seu local de residência.

Um outro factor de relevância na distribuição geográfica da oferta de cuidados tem a ver com as ECCI. Entendemos que estas equipas permitirão uma aproximação dos cuidados ao

local de residência dos doentes e permitirão que os mesmos cheguem de uma forma mais equitativa a todos os lados.

Uma referência especial para os Cuidados Paliativos, na medida em que, estando estes integrados na RNCCI e apesar dos progressos verificados, é uma das áreas em que o crescimento tem sido mais lento. De facto, estando previstas a existência de equipas intra-hospitalares em todos os hospitais, que prestam actividade no suporte a doentes, bem como a integração de profissionais com competências nesta área em todas as ECCI, temos que concluir que ainda estamos longe de alcançar este objectivo. Portanto, um aumento da resposta a este nível continua a verificar-se como necessária e premente.

Na área da Saúde Mental, foram criadas, através do Decreto-Lei nº8/2010, de 28 de Janeiro, *“estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, adaptadas às características de grupos etários específicos, em articulação com a rede nacional de cuidados continuados integrados”*. Estas estruturas *“são de três tipos: equipas de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais”*. Face à ainda recente publicação desta legislação, esta é uma área para a qual ainda não existe resposta. Contudo, não existindo dúvidas sobre a sua necessidade para as pessoas portadoras de problemas nesta área, prevalece alguma preocupação face à complexidade acrescida que tal impõe a um nível de cuidados ainda jovem. Adicionalmente verifica-se uma escassez de recursos humanos nesta área, principalmente nas regiões do interior.

Relativamente à interface com os outros níveis de cuidados, consideramos ser uma das áreas em que ainda há muito trabalho a fazer. O aparecimento de um novo nível de cuidados com as características deste, quer do ponto de vista da filosofia dos cuidados, quer da organização, obriga a um repensar dos outros níveis. As mais-valias deste nível de cuidados apenas serão evidentes quando as interfaces com os restantes níveis estiverem devidamente articuladas. Isto porque o surgimento dos CCI impõe mudanças nas atribuições dos restantes níveis. Os cuidados hospitalares precisam de compreender a importância e pertinência dos cuidados continuados iniciando a preparação da alta no dia da admissão e fazendo referências de acordo com os critérios definidos. O mesmo se aplica para os CSP que, ao identificarem atempadamente as necessidades de CCI poderão evitar o agravamento da situação de saúde e consequentemente internamentos hospitalares evitáveis. Sendo que, neste caso e fruto da reforma em curso, as dificuldades poderão ser acrescidas. Quer porque a nova estrutura organizacional ainda não está estável, quer porque algumas das equipas (e.g., UCC) ainda não foram constituídas ou foram-no há muito pouco tempo.

A interface entre os diferentes níveis de cuidados poderá ser muito facilitada quando existirem sistemas de informação que respondam ao critério da interoperabilidade. Tal facilitará a circulação da informação, logo, o diálogo, a capacidade de decisão e acima de tudo, a transparência.

A última referência vai para os cuidados informais e respectivos protagonistas. Actualmente esta é uma realidade, todavia, é-o informalmente. Ou seja, existem cuidados e cuidados informais, que são extremamente relevantes para a sociedade, quer do ponto de vista social, quer mesmo económico, todavia tal não é devidamente considerado. Entendemos que a realidade dos cuidados e cuidadores informais precisa ser institucionalizada como forma de melhor se aproveitar esta mais-valia. Tal exigirá diversas medidas de apoio aos cuidadores que passam sempre pela sua capacitação, quer no que concerne a competências de cuidados, quer financeiras. Exige ainda uma preocupação acrescida com as questões da qualidade.

## **Acessibilidade e desigualdades em saúde**

Face ao exposto e não persistindo dúvidas que a RNCCI veio introduzir maior justiça social na oferta de cuidados de saúde a uma faixa populacional mais desfavorecida, persistem ainda algumas desigualdades na oferta e conseqüentemente na acessibilidade a estes cuidados. Estamos em crer que estas desigualdades são conjunturais e resultam do estágio de desenvolvimento da Rede. Todavia, é necessário acautelar a sua possível “institucionalização”. Estas desigualdades são atribuíveis, tal como já referido, a uma desigual distribuição da oferta, quer de unidades de internamento, quer de equipas, bem como a uma necessidade de ajustamento da oferta às diferentes realidades regionais, como forma de evitar deslocalizações de doentes. Um dos constrangimentos identificados que põe em causa a acessibilidade e desigualdades em saúde prende-se com as assimetrias geográficas e demográficas. Efectivamente, o carácter policoncelhio e a não afectação de profissionais a tempo inteiro que a maioria das Equipas de Coordenação Local possui, dificulta a celeridade que se pretende que exista entre o processo de identificação da necessidade e a referenciação efectiva do doente à Rede.

Persistirá também alguma desigualdade no acesso enquanto os restantes níveis de cuidados não integrarem esta nova realidade e não se reestruturarem para proporcionarem aos seus doentes o usufruto das mais-valias deste nível de cuidados (CCI). O modelo de gestão de doentes visa garantir um acesso equitativo, mobilidade entre as diferentes respostas da Rede e assegurar uma continuidade de cuidados individualizados e humanizados. Ora este modelo carece de maior desenvolvimento, considerando a necessidade de aprimorar os critérios de

referenciação, bem como de fomentar a formação dos diversos profissionais envolvidos como forma de acautelar uma acessibilidade equitativa dos doentes.

Outro factor que leva à existência de desigualdades em saúde é o facto de a actual Rede estar alicerçada apenas em respostas que visam doentes com falta de autonomia cujo principal causador é a limitação da funcionalidade, provocadas muitas vezes pela idade avançada (síndromes geriátricas), ou por comportamentos de risco que dão origem a acidentes que inibem existência de autonomia. Há, no entanto, outros tipos de doenças incapacitantes para as quais não existem resposta e que, pela especificidade das necessidades de quem delas padece, não podem integrar as respostas já existentes. São exemplo, as demências de uma forma global, a saúde mental (o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro cria respostas de cuidados continuados nesta área, mas carece de regulamentação e de estratégias de implementação), os traumatismos craneo-encefálicos. Embora sejam integrados nas actuais respostas, não está regulamentado o procedimento e os circuitos adequados a doentes em coma. Numa primeira fase, as necessidades de reabilitação motora intensiva e neuro-estimulação são mais compatíveis com uma unidade de convalescença. Todavia, estas necessidades excedem em muito os 30 dias previstos de permanência nesta tipologia.

## **Qualidade e governação clínica**

No actual estágio de desenvolvimento dos serviços de saúde é obrigatória a preocupação com a qualidade. Relativamente à RNCCI essa preocupação está expressa nos artigos 38º e 39º do Decreto-Lei Lei nº 101 de 2006, os quais prevêem a existência de um sistema de **promoção e garantia da qualidade**, para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas. Este sistema deve ser regulamentado por portaria do(s) ministro(s) competente(s). Na inexistência dessa portaria, a UMCCI refere que tem desenvolvido uma política de qualidade cujos objectivos essenciais são:

- Garantir a fluidez do fluxo de referenciação;
- Garantir o cumprimento dos critérios de referenciação;
- Garantir o registo das etapas do circuito de referenciação;
- Adequação dos cuidados, traduzida em resultados;
- Garantir o cumprimento dos clausulados contratuais.

Percebe-se no trabalho desenvolvido uma preocupação com as questões da qualidade, contudo, têm predominado as questões organizacionais.

Tendo em conta as avaliações realizadas pela auditoria externa, a área do Plano Individual de Intervenção é a mais frágil, com fraca evidência do envolvimento do doente. Outra área com problemas é a garantia da qualidade, fundamentalmente devido à falta de auditorias internas aos procedimentos estabelecidos e ausência de monitorização de desempenho baseada em indicadores clínicos ou outros.

As principais deficiências das unidades relativamente aos critérios do referencial de avaliação são (UMCCI, 2010): falta uma reunião de acolhimento com a família de cada utente antes da sua admissão na unidade; falta uma definição do Plano de Actividades individual de cada utente, discriminando actividade, dia da semana, horário e profissional responsável; Faltam evidências da avaliação da dor e do peso e consequentes alterações ao Plano Individual de Intervenção; faltam auditorias internas de forma planeada e sistemática, para verificar o cumprimento dos protocolos/procedimentos instituídos; falta a avaliação de resultados recorrendo a indicadores preconizados, clínicos ou outros; falta a implementação da determinação da incidência das IACS mais relevantes; falta retorno de informação aos hospitais, sobre as infecções detectadas na Unidade, após a alta hospitalar; falta a realização periódica de simulacros de situações de emergência; falta a disponibilização de computadores e acesso à internet.

Relativamente às dimensões da qualidade e governação clínica, tal como actualmente é entendida e mais atrás foi definida, estas incluem outras dimensões e acima de tudo uma abordagem diferente. A governação clínica inclui uma abordagem integrada das seguintes dimensões: formação contínua, introdução e manutenção de bons sistemas de gestão, promoção da efectividade clínica, auditoria clínica, gestão do risco, investigação e desenvolvimento e o fortalecimento de uma mentalidade de abertura e de responsabilização.

Um dos pontos críticos inerentes ao trabalho desenvolvido pela UMCCI centra-se na enorme lacuna ao nível da investigação. A criação de um novo nível de cuidados na saúde só poderá implantar-se e avaliar-se verdadeiramente se for continuamente monitorizada e escrutinada pela investigação. É a investigação que aponta caminhos, encontra soluções, propõe alternativas e permite fazer opções, a todos os níveis dos cuidados e serviços em saúde.

Apesar do tempo de vida de implementação dos CCI ser curto, isso não justifica que não tenha sido desenvolvido qualquer esforço para, em colaboração com centros de investigação, se produzir conhecimento e evidência fundamentais à melhoria e promoção dos cuidados que se prestam e dos serviços que se implantam.

Aumentar e fortalecer a investigação em CCI a nível nacional, regional e local é promover o desenvolvimento e reduzir as iniquidades em saúde. A importância de se encarar a investigação como um instrumento norteador das acções de fomento promovidas e que oferece res-

postas e soluções para os problemas prioritários de saúde das populações é, actualmente, uma realidade nos países mais desenvolvidos.

Concluindo, na actual RNCCI é patente a preocupação com a qualidade, mas a mesma tem vivido essencialmente de “auditorias” internas. Parece não existir um modelo de qualidade que permita a acreditação, muito menos uma visão integrada que se aproxime da perspectiva da governação clínica.

## **Ganhos em saúde (indicadores)**

Relativamente à questão dos indicadores que nos permitam perceber os ganhos em saúde, entendemos ser esta uma das áreas que merece mais discussão e atenção e que deve ser equacionado no contexto das questões da governação clínica.

Os indicadores conhecidos e públicos não expressam devidamente os potenciais ganhos em saúde de uma Rede com a dimensão e potencialidades da actual. Tal deve-se por um lado à sua exiguidade e por outro ao facto de os mesmos não serem congruentes com a filosofia da rede. Esta está impregnada de uma filosofia que se centra na funcionalidade, nas capacidades dos doentes, logo no seu potencial. Ora isto não se percebe com os indicadores atrás referidos.

Também a metodologia utilizada para aceder aos actuais indicadores permite que persistam algumas dúvidas sobre a sua validade e comparabilidade. Persiste a não clarificação da metodologia adoptada e da sua robustez, nomeadamente no que concerne à sua validade e fiabilidade, aliás já referidas no Relatório de Primavera de 2009. Tais dificuldades radicam no Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), o qual carece de validação que permita a comparabilidade internacional. Para além disso, tal Instrumento é suficientemente extenso para fazer perigar o rigor do seu preenchimento. Estes factos pressupõem que se repense a problemática dos indicadores de modo articulado com as dimensões da investigação e alicerçados na filosofia inerente à Rede.

## **Sustentabilidade**

A figura 6, em anexo, tenta sintetizar os principais factores que condicionam a despesa pública com CC. Para elaborar um exercício de previsão destes gastos num futuro mais ou menos próximo, seria necessário conseguir prever rigorosamente como evolirão todos estes determinantes, e de que forma cada um deles influencia exactamente os custos com CC.

### **Determinantes da procura**

- **Factores demográficos:** O Eurostat estima um aumento na esperança de vida à nascença em Portugal de 6.4 anos nas mulheres e de 8.3 anos nos homens, até 2060 (atingindo valores

de 88.8 e de 84.1 anos, respectivamente, ligeiramente abaixo da média da UE). Estima também uma ligeira recuperação da taxa de fertilidade em Portugal, de 1.4 filhos por mulher para 1.5, abaixo da média da UE e muito abaixo da taxa de 2.1 considerada necessária para estabilizar a população. Esta quebra da população não é compensada pelos fluxos migratórios, que se estima diminuir até 2060, embora Portugal permaneça entre os países da UE com um maior fluxo líquido de imigração (Tabela 11). O efeito conjunto destes fenómenos demográficos aponta claramente para um envelhecimento progressivo e sustentado da população, com uma diminuição gradual da percentagem de população activa (uma queda de cerca de onze pontos percentuais até 2060). O efeito global na despesa pública depende também da evolução das taxas de morbilidade relacionadas com a idade.

- **Elasticidade da procura:** A evolução dos custos com CC depende da elasticidade-rendimento da procura que, no caso geral dos gastos em saúde, é geralmente superior à unidade (OECD, 2006). Assumindo para Portugal uma elasticidade superior à unidade também para os CC, a procura destes serviços aumentará mais que o crescimento do PIB e, portanto, tais gastos sofrerão um aumento mais do que proporcional relativamente ao aumento da riqueza das pessoas.

- **Factores socioeconómicos - Disponibilidade de cuidados informais:** É previsível um aumento geral dos gastos em CC provocado por alterações estruturais das sociedades, que diminuem a capacidade de prestação de cuidados informais, como a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, a alteração na estrutura e dimensão dos agregados familiares e uma maior mobilidade e dispersão geográfica das famílias. A disponibilidade para a prestação destes cuidados tende a diminuir com o aumento do número de agregados só com uma pessoa, ou de agregados sem filhos, e com o aumento da taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho, como demonstram os recentes dados históricos (Figura 7 e 8). Tal tendência poderá ser compensada por uma maior proporção de reformados mais novos saudáveis e, eventualmente, por uma lenta evolução social que promova uma maior participação dos homens na prestação de CC a familiares. Contudo, é também importante considerar o efeito das políticas de reforma da segurança social, como o aumento da idade de aposentação, e a sua indexação à esperança de vida, que visam a promoção da sustentabilidade da política orçamental num contexto de rápido envelhecimento populacional, mas poderão traduzir-se numa menor disponibilidade para prestação de CC informais.

### Determinantes da oferta

- **Políticas de Saúde e de Apoio Social:** Dada a enorme diferença de gastos em CC entre Portugal e a UE, é previsível que o aumento da despesa pública nesta área seja bem mais significativo que o estimado pelas organizações internacionais e principalmente condicionado pela oferta disponibilizada, em termos do número de profissionais e do volume de financiamento disponibilizado. Assim, uma questão complementar importante é a necessidade de políticas de recrutamento para resolver as esperadas carências de profissionais nesta área dos CC formais, eventualmente complementadas com medidas que promovam a dinamização de mercados de trabalho para prestadores informais.

- **Evolução dos custos unitários:** Um aspecto importante na discussão da sustentabilidade do sistema é a questão da eficiência (Tabela 8). Num sistema em desenvolvimento, como o português, existe a possibilidade de tirar partido de economias de escala, designadamente ao nível dos custos de organização, administrativos e de formação. Sendo este um sector de mão-de-obra relativamente intensiva<sup>5</sup>, são também possíveis ganhos de produtividade, embora a tendência de uniformização dos salários nos diferentes sectores, o chamado *Baumol effect* (Baumol, 1993), possa igualmente promover um aumento dos custos relativos destes serviços.

O recurso a tecnologias mais avançadas, sobretudo nas comunicações, deve ser considerado, pois enquanto no sistema de saúde os avanços tecnológicos têm contribuído sobretudo para aumentar a despesa, nos CC estes podem promover uma redução de custos unitários. Os sistemas de *eHealth*, *telecare*, ou outras tecnologias de monitorização remota, podem reduzir por exemplo os custos das equipas de apoio domiciliário e a probabilidade de deterioração das condições de saúde dos doentes.

Por outro lado, comparando os custos unitários por tipologia e prestação de CC (Tabela 8) são evidentes os ganhos financeiros, para além dos ganhos em bem-estar dos doentes, da passagem de cuidados institucionais para cuidados domiciliários. As estimativas da Comissão Europeia, por exemplo, sugerem que a institucionalização aumenta os gastos em média na UE em cerca de duas e meia vezes mais que o aumento causado pela passagem para cuidados formais no domicílio.

Por fim, uma questão fundamental na eficiência do sistema e na correcção de distorções é a contratualização. Actualmente, para efeitos contratuais, os custos são determinados em função, não de questões de saúde, mas do valor diário de uma cama. As distorções financeiras

---

<sup>5</sup> Netten et al. (1998) estimam que no Reino Unido os gastos com pessoal representavam 85% dos custos totais nas instituições públicas, enquanto Reinhold (2001) estima que esses gastos representavam cerca de 70-90% dos custos das 'nursing homes'.

resultantes deste sistema podem ser reduzidas se o tarifário por cama der lugar a um tarifário que assente, por exemplo, em tipos de dependência homogéneos, eventualmente baseados em níveis de funcionalidade.

## **Formação**

No cumprimento da perspectiva de multidisciplinaridade preconizada no Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, a rede organizou, desde a sua criação e como se evidenciou anteriormente, diversas actividades proporcionando condições de formação para os seus profissionais. No decorrer destes quatro anos, foram desenvolvidas diversas iniciativas, todavia, é necessário desenvolver mais estratégias formativas. Nesta fase ainda inicial de implementação dos serviços, é compreensível que, nem todos os profissionais tenham formação específica diferenciada, mas é recomendado pelas boas práticas que, a breve prazo, todos os profissionais envolvidos tenham essa formação específica.

Persiste ainda deficitária a área dos cuidados paliativos. O projecto de formação previsto no âmbito de protocolos já estabelecidos será um importante contributo para reforçar as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, já existentes e alargar competências nesta área às equipas de cuidados continuados integrados domiciliários no âmbito dos CSP. Para a viabilização deste projecto, foram estabelecidos protocolos com a Fundação Calouste Gulbenkian e com a Universidade Lusófona, como já foi salientado.

Relativamente à formação graduada e pós-graduada, reafirmamos que, cerca de quatro anos, é um tempo relativamente curto para que se tenha operado uma mudança curricular nas diversas formações profissionais e criado novas formações que respondam ao paradigma que é preconizado. Contudo, são meritórias as experiências já existentes.

## RECOMENDAÇÕES

As recomendações serão feitas mantendo a mesma lógica dos capítulos anteriores.

### **Estrutura organizacional, intersectoralidade, distribuição geográfica e interface com os outros cuidados de saúde**

Relativamente à **Intersectoralidade** recomenda-se o aprofundamento da relação com a Segurança Social (com a criação de indicadores que monitorizem esta relação) e um maior investimento na relação com os parceiros comunitários, nomeadamente as autarquias. Recomenda-se ainda a criação da figura de “**gestor de caso**”. Este profissional assumirá a incumbência de reunir e coordenar os recursos necessários para responder a cada situação, pondo em diálogo os diversos intervenientes (Saúde, Segurança Social e Autarquias). O “gestor de caso” será da área da saúde sempre que prevalecerem problemas de saúde e será da Segurança Social nos restantes casos.

Neste modelo, a Saúde e a Segurança Social continuarão a assumir os papéis previstos na lei. As autarquias poderão progressivamente assumir um importante papel na identificação de necessidades, na ajuda ao estabelecimento de prioridades, na referenciação de casos, no apoio, promoção e participação em parcerias, aproveitando a experiência das “Redes Sociais” de base concelhia. Daqui decorrem ganhos em saúde que resultam de uma resposta mais ajustada às necessidades, logo, mais eficiente e eficaz. Resultará ainda uma maior satisfação dos doentes e maior envolvimento da comunidade. Por último, desta coordenação resultarão cuidados a um menor custo.

Recomenda-se que **Distribuição Geográfica** tenha uma cobertura nacional adaptada às características de cada região. Esta adaptação poderá passar pelo aumento de unidades mistas em regiões com menor densidade populacional. Recomenda-se ainda que haja um incremento da oferta domiciliária de Cuidados Continuados com cobertura nacional com ECCIs, preservando o carácter multidisciplinar das equipas, bem assim como a sua articulação intersectorial. Da cobertura nacional e principalmente da oferta de cuidados domiciliários, resultarão ganhos em saúde para os doentes e famílias que se traduzirão em maiores níveis de bem-estar, mas também em menores riscos de infecção, bem como das diversas comorbilidades associadas aos internamentos. Resultarão também cuidados menos dispendiosos, principalmente se houver um envolvimento das famílias e/ou dos cuidadores informais.

Recomenda-se o desenvolvimento dos **cuidados e dos cuidadores informais**. Tal obriga a que os cuidadores informais sejam simultaneamente considerados parceiros e utentes. Nestas circunstâncias os profissionais (principalmente os da área da saúde) precisarão de os capacitar para a prestação de alguns cuidados e simultaneamente ajudá-los a gerir algumas situações. Tal facilitará a permanência dos doentes no domicílio com os ganhos em saúde já atrás descritos, tornará os cuidados menos dispendiosos e promoverá uma actividade económica geradora de emprego (envolvendo por exemplo desempregados a quem seria dada formação adequada).

Recomenda-se a utilização das **novas tecnologias de informação e comunicação**, nomeadamente através de sistemas de **Telehomecare**. Recomenda-se que se comece com o desenvolvimento de experiências-piloto, em parceria com o sector privado, devidamente monitorizadas, que cruzem as vantagens da monitorização remota, com as da interactividade à distância, que por sua vez se articularão com as ECCI. Os ganhos em saúde que daqui decorrem verificam-se a diversos níveis, nomeadamente numa maior capacidade de auto-gestão da situação de saúde e do regime terapêutico em particular, na capacitação dos cuidadores informais, na detecção precoce de sinais de risco para a saúde, na possibilidade de desenvolver actividades promotoras de saúde e bem-estar, entre outras. As vantagens financeiras decorrerão da possibilidade de prolongar a permanência no domicílio destes doentes, com utilização mais racional dos diversos recursos de saúde, quer de pessoal, quer farmacológicos.

Recomenda-se que os **Cuidados Paliativos** tenham uma cobertura nacional, quer através de equipas intrahospitalares, quer de ECCIs com competências adequadas. Os ganhos em saúde daqui decorrentes serão evidentes ao nível do bem-estar e qualidade de vida dos doentes e famílias. Haverá ganhos consideráveis decorrentes da diminuição da ocupação de camas de hospitais de agudos por doentes em fase terminal, do encarniçamento terapêutico, entre outros aspectos.

Recomenda-se que **Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental** tenham uma cobertura nacional até 2016, adequada às características regionais, quer através de Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, quer através de Unidades Residenciais e Unidades sócio-ocupacionais, quer através das Equipas de Apoio Domiciliário. Recomenda-se um investimento na formação de recursos humanos com competências específicas nesta área, nomeadamente médicos e enfermeiros.

Relativamente à **Interface** com outros níveis de cuidados de saúde, recomenda-se investir na sensibilização e formação dos profissionais de saúde dos outros níveis de cuidados, nomeadamente ao nível hospitalar e dos cuidados de saúde primários. O investimento prioritário

deve ser feito nas Equipas de Gestão de Altas. Recomenda-se que a interface entre os diferentes níveis de cuidados seja monitorizada com indicadores específicos tais como:

- tempo de resposta à referenciação (tempo entre o registo da EGA ou CS e o internamento efectivo do doente);
- tempo que medeia entre a sinalização dos serviços hospitalares ou dos CS e a referenciação (EGA ou ECL);
- % de alterações da tipologia proposta pela EGA face aquela em que o doente foi colocado;
- % de prorrogações (em nº de doentes e dias de internamento adicionais) por tipologia;
- % de reavaliações da referenciação efectuadas;
- % de serviços com apoio domiciliário durante todos os dias da semana;

Recomenda-se também que estes indicadores sejam públicos e discriminados por serviço e hospital ou centro de saúde.

Recomenda-se ainda que **os critérios de referenciação dos doentes a integrar na RNCCI, sejam desenvolvidos e aprofundados** no sentido de os tornar mais precisos e contribuindo para agilizar o processo de admissão na rede e na tipologia mais adequada. Os ganhos em saúde decorrerão da adequação da resposta à necessidade do doente. Serão ainda relevantes ganhos financeiros consideráveis.

A Interface e a Intersectoralidade beneficiarão de um **Sistema de Informação** que responda ao critério da **Interoperabilidade**. Este critério deve ser considerado relativamente à RNCCI, mas também relativamente aos outros níveis de cuidados e à Segurança Social. Os ganhos em saúde daqui decorrentes são particularmente visíveis ao nível da eficiência da resposta ao doente, mas haverá ganhos sensíveis no que concerne à dimensão financeira e também à qualidade da informação disponibilizada e da transparência dessa informação.

## **Acessibilidade e desigualdades em saúde**

Muitas das recomendações atrás formuladas tem repercussões evidentes na melhoria a acessibilidade e na promoção da igualdade em saúde. Todavia, entendemos recomendar a flexibilização das respostas da Rede de modo a adequá-las às necessidades das pessoas, nomeadamente dos que carecem de cuidados mas não se enquadram na tipologia mais frequente. Uma solução possível passa pela subdivisão das UCC de longa duração e manutenção em duas tipologias (uma centrada na manutenção e outra de progresso). A alternativa a esta subdivisão é a flexibilização em algumas tipologias e a integração de respostas de cuidados diferenciados em função da situação.

## Qualidade e governação clínica

Relativamente à **Qualidade e Governação Clínica** a primeira recomendação é para a criação de um sistema de governação clínica “responsabilizante” e que potencie as boas práticas. Este deve integrar nos órgãos de decisão máxima, os diversos profissionais que hoje constituem os recursos humanos indispensáveis à clínica, criando assim uma estrutura de intervenção horizontal. Deve ter um suporte analítico assistencial a quem se reportam todas as comissões técnicas e equipas. Este sistema deve promover a **efectividade clínica** através de procedimentos e práticas, baseados na melhor evidência disponível e de indicadores precisos de ganhos em saúde. Deve ainda promover **auditorias clínicas** sistemáticas como forma de aferir os resultados e de perceber as melhorias contínuas. Deve também assumir a **gestão do risco** como forma de prevenir o erro, mas também assumir o erro e os incidentes críticos como oportunidades de aprendizagem e deste modo, promover a defesa do cidadão, do profissional e da organização. Deve por outro lado, assumir a **formação contínua** como estratégia de promoção da qualidade individual e organizacional. A organização deve considerar um plano estratégico de formação e desenvolvimento que leve em linha de conta a perspectiva individual, interdisciplinar e organizacional. Deve ainda promover uma estratégia de **Investigação e Desenvolvimento** que considere não só a gestão do conhecimento, mas também a investigação clínica, nomeadamente de práticas inovadoras. O principal desafio que se impõe para 2016 refere-se ao desenvolvimento sistemático de investigação sobre os CCI, através de acordos com centros de investigação já instalados e o desenvolvimento da capacidade de incorporação dos resultados da investigação no sistema e serviços da Rede. Para tal, é necessário investir em estratégias eficientes de investigação e de disseminação da informação que possibilitem abreviar este hiato existente entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício dos doentes e da população em geral.

O tipo de investigação necessária, mais que recursos, requer capacidade de investigação sobre a natureza e a extensão dos problemas/fenómenos subjacentes à plena implementação e consolidação dos CCI (dos indicadores, às desigualdades, aos profissionais, às melhores práticas, ao financiamento, até ao envolvimento dos cuidadores informais e comunidades) e dos desafios futuros. Compete ainda à investigação examinar a relevância e a capacidade de transferência do conhecimento e dos instrumentos de análise; a supervisão e avaliação produzidas e a sua adaptação às condições e contextos locais; explorar a dimensão de escala e a sustentabilidade das intervenções; monitorizar e avaliar a efectividade das intervenções e o seu grau de sucesso; medir a eficiência e o custo-efectividade de todos os elementos no processo; e explorar os obstáculos sociais, culturais e económicos, a nível nacional, regional ou local.

A investigação é e terá obviamente que ser um componente indispensável ao crescimento e desenvolvimento dos CCI. Seja pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, a investigação contribuirá directamente para a consolidação dos CCI e para responder aos desafios futuros.

Através da investigação será criada e mantida uma cultura da evidência e da razão que permitirá aos responsáveis a nível nacional, regional e local conhecerem as necessidades, as prioridades e as iniciativas e monitorizarem efectivamente o desenvolvimento da actual Rede.

Na área da gestão do conhecimento, devem ser criados dispositivos comunicacionais à distância, que permitam a partilha de informação, como a evidência actualizada sobre efectividade de intervenções terapêuticas e de reabilitação, e monitorização de metas e indicadores e partilha de experiências. Deve ser constituída uma base de publicações científicas de referência na área da saúde para acesso a todas as organizações de cuidados continuados. A comunicação clínica efectiva deve ser bidireccional, e suportada por uma plataforma que permita o acesso a todas as unidades produtoras de cuidados. Por último, deve assumir uma posição de **abertura e transparência** face ao sistema e à sociedade em geral, mostrando o que faz e como faz.

Recomenda-se o desenvolvimento de uma **cultura de inovação** e melhoria contínua através da criação de espaços para a criatividade e inovação; Criação de uma equipa de coordenação para a informação, comunicação e inovação; Criação da figura de gestor do doente que o acompanha ao longo de todo o sistema de saúde e age como seu advogado perante o sistema.

Recomenda-se um maior **envolvimento do doente e da comunidade**. As unidades e equipas devem promover esse envolvimento da/o doente e/ou familiar/cuidador, incluindo-os na definição de metas de capacitação que contribuam para a promoção da autonomia e considerando as expectativas, necessidades específicas e preferências da/o doente. Da comunidade, em particular, espera-se igualmente apoio, seja em transportes, refeições ou outras actividades, seja na promoção e suporte de programas de envelhecimento activo e manutenção de um ambiente amigo do idoso. O envolvimento das comunidades locais e dos profissionais deve incluir a tomada de decisão sobre a natureza e desenho dos serviços como forma de garantir a confiança da comunidade que se serve.

Por último, recomenda-se que os indicadores de qualidade seja levados em conta na fórmula de financiamento, premiando os que obtiverem melhores resultados.

## **Ganhos em saúde (indicadores)**

Relativamente aos ganhos em saúde recomenda-se que sejam desenvolvidos indicadores que obedeçam aos seguintes critérios:

- Serem fiéis à filosofia da RNCCI;
- Relevarem os ganhos em saúde das pessoas doentes da RNCCI aos diversos níveis;
- Relevarem os ganhos em saúde relativamente aos restantes níveis de cuidados.

Considerando a filosofia da Rede, devem ser criados indicadores que meçam o estado funcional. Assim e no respeito pela referida filosofia, propomos indicadores construídos a partir de uma avaliação feita com base na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, DGS, 2004). Nesta lógica e na senda de diversos trabalhos de investigação que têm vindo a ser conduzidos, deve ser dada especial atenção às seguintes dimensões (ver tabela desenvolvida em anexo):

#### **FUNÇÕES DO CORPO**

- Funções Mentais
- Funções sensoriais e dor
- Funções da voz e da fala
- Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório
- Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino
- Funções geniturinárias e reprodutivas
- Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento
- Funções da pele e estruturas relacionadas

#### **ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO**

- Aprendizagem e aplicação de conhecimentos
- Tarefas e exigências gerais
- Comunicação
- Mobilidade
- Auto cuidados
- Vida doméstica
- Interações e relacionamentos interpessoais
- Vida comunitária, social e cívica

#### **FACTORES AMBIENTAIS**

- Apoio e relacionamentos
- Atitudes

Muitos dos indicadores precisarão de ser criados. Para o efeito, recomenda-se um processo de contratualização com Centros de Investigação, os quais, em conjunto com os profissionais, desenvolverão os procedimentos necessários à sua criação. Entretanto propomos desde já alguns indicadores utilizados em redes análogas, alguns dos quais, passíveis de serem obtidos a partir dos dados já recolhidos:

- Incidência de dificuldades cognitivas;
- Prevalência de sintomas comportamentais que afectem outros;
- Prevalência de diagnóstico ou sintomas de depressão;

- Prevalência de depressão sem tratamento;
- Prevalência no uso de anti-psicóticos na ausência de sintomas psicóticos;
- Prevalência do uso de ansiolíticos e/ou hipnóticos;
- Complexidade farmacoterapêutica;
- Prevalência de incontinência urinária e/ou fecal;
- Prevalência de cateterizações vesicais;
- Prevalência de infecções urinárias;
- Prevalência de impactação fecal;
- Prevalência de desidratações;
- Prevalência de perda de peso;
- Prevalência de entubações naso-gástricas;
- Prevalência de acamados;
- Prevalência de pouca ou nenhuma actividade;
- Prevalência do uso da restrição física;
- Nível de independência nas AVDs;
- Incidência do declínio na perda de AVDs;
- Prevalência de quedas;
- Prevalência de ferimentos acidentais;
- Nível de qualidade de vida.

Todavia os indicadores da RNCCI não se esgotam naqueles que se relacionam com os doentes. É necessário ainda considerar os indicadores relativos ao processo de referenciação, processo social, processo de gestão, sistema de informação, entre outros. Todos estes devem ser encarados numa perspectiva global, na lógica da governação clínica. Assim, e para além dos que já estão a ser considerados, propomos:

- % de reinternamentos hospitalares entre os doentes da RNCCI;
- % de reavaliações da referenciação efectuadas;
- % de doentes deslocados do seu meio;
- % de cuidadores informais;
- Ganhos financeiros por diminuição da utilização dos restantes níveis de cuidados;
- % de serviços com oferta de actividades promotoras da saúde e de envelhecimento activo;
- nº de dias de internamento não realizado (capacidade instalada não utilizada),

## **Sustentabilidade**

Face ao previsível aumento da despesa, a sustentabilidade do sistema exige medidas tanto do lado dos custos como da captação de receitas, isto é, do modelo de financiamento. A redução dos custos unitários da prestação de cuidados pode ser conseguida por três vias complementares. Primeiro, o **recurso a novas tecnologias de comunicação**. Segundo, a **utilização da contratualização** e da revisão da comparticipação dos doentes como instrumentos para

controlar custos, assinalar prioridades, aumentar a eficiência e progressividade do sistema e a qualidade dos serviços prestados. Terceiro, o **incentivo à passagem de cuidados institucionais para cuidados domiciliários**, formais ou informais.

Neste último caso, o incentivo estatal à utilização dos cuidados informais pode exigir designadamente o apoio financeiro a familiares ou amigos que se disponibilizem para a prestação, com ganhos em termos de independência e de bem-estar dos doentes, e também com a vantagem de superar eventuais carências de profissionais disponíveis nesta área. Outras hipóteses, centradas no doente, podem também ser utilizadas. Nomeadamente o doente pagar a um familiar ou amigo, como dotações pessoais (*personal budgets*) ou emprego de cuidadores directamente pelo doente (*consumer-directed employment*), por exemplo (Lundsgaard, 2005).

O pagamento dos cuidados informais enfrenta contudo três tipos de problemas, relacionados com o desenvolvimento económico, a sustentabilidade financeira e a capacidade dos prestadores informais. Este último exige obviamente formação, informação e uma estrutura de apoio. O primeiro problema decorre da provável subtracção de pessoas ao mercado de trabalho 'normal', no qual poderão ter mais dificuldades em reentrar quando deixar de ser necessária a prestação de cuidados ao familiar ou amigo. O segundo problema é a sustentabilidade destes pagamentos aos cuidadores informais. Embora num sistema maduro se consigam reduzir os custos totais substituindo os cuidados formais pelo pagamento, substancialmente menor, a cuidadores informais, em sistemas ainda incipientes, em países onde os cuidados informais constituem ainda o grosso dos CC, o pagamento a estes cuidadores informais, embora socialmente justo, pode aumentar consideravelmente a despesa sem significativos ganhos de substituição. Nestes dois casos, Lundsgaard (2005), por exemplo, mostra as vantagens em termos de sustentabilidade do sistema, de utilizar os reformados menos idosos para a prestação de cuidados dentro da família ou na comunidade, aos mais idosos.

A RNCCI tem sido, desde a sua concepção, financiada exclusivamente pelos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais, distribuídos pelos diversos departamentos do Estado de acordo com o regulamentado no Decreto-Lei nº 56/2006. Como as necessidades de financiamento da rede têm sido obviamente crescentes, à medida que o sistema vai incorporando um conjunto crescente de unidades e equipas, e abrangendo um número cada vez mais elevado de doentes, isso significou que nos primeiros anos a despesa realizada ficou muito aquém do financiamento disponível, situação criticada pelo Tribunal de Contas como um "*... desperdício financeiro com evidentes prejuízos para os utentes*". Contudo, à medida que a RNCCI se expande, a situação vai naturalmente inverter-se. As receitas dos jogos sociais começarão a ser insuficientes, provavelmente mais cedo que o esperado, uma vez que estas receitas têm vindo

a diminuir nos últimos anos, com uma quebra significativa de cerca de 22% entre 2006 e 2008. Isto implica a necessidade urgente de planear fontes de financiamento alternativas e o seu impacto nas contas públicas.

O carácter universalista da RNCCI faz com que a sua fonte de financiamento ‘natural’ sejam as receitas da tributação sobre rendimentos de trabalho. Para que estas aumentem, e permitam a extensão da rede, as taxas ou a base de incidência dos impostos terão que aumentar. No contexto actual, em que o PIB cresce a taxas inferiores às que se verificam para as despesas em CC, o acréscimo das taxas de imposto contribuiria para uma maior contracção dos salários reais e correria o risco de não ter boa aceitação pública, mesmo que se soubesse que o destino de tais receitas adicionais seria o financiamento de CC. Neste contexto, alternativas potencialmente mais regressivas, podem ser melhor aceites. Seguindo a regra de tributar ‘as coisas más e não as coisas boas’, acréscimos dos impostos (*earmarked taxes*) sobre bebidas alcoólicas (eventualmente apenas sobre as destiladas) e tabaco, bem como o aumento das contribuições oriundas das receitas dos jogos e a criação de novos jogos (como sistemas de apostas, ou lotarias), cujas receitas se destinassem maioritariamente ao financiamento da RNCCI, são hipóteses a considerar.

## **Formação**

A continuidade de cuidados e a sustentabilidade do sistema exigem o planeamento de um programa de formação baseado na identificação e na evolução previsível das necessidades, devendo ser considerado o recurso a parcerias com as instituições de ensino superior (Casey, Mackreth: 2007).

As estratégias de formação devem ter subjacente uma reflexão acerca da agenda nacional dos cuidados de saúde e sociais e visar o desenvolvimento de conhecimentos e de competências. Há que adoptar uma atitude mais pró-activa relativamente à formação, onde a disponibilização de financiamento para garantir formação deve ser considerada, da mesma forma que o recurso a novas tecnologias com a utilização das ferramentas disponibilizadas pelo *e-learning* e *b-learning* (MacDonald, Stode, Chamber: 2008).

Recomenda-se que a formação dos profissionais se faça a três níveis, nomeadamente, **formação graduada, pós-graduada e ao longo da vida.**

Relativamente à **formação graduada**, direccionada para cada grupo profissional, recomenda-se que se aprimorem os planos de estudos de forma a promover o desenvolvimento de conhecimentos atinentes à filosofia, modelo conceptual e modelo de intervenção em CCI, com

reforço no desenvolvimento de competências de acção em contextos multi e interdisciplinares. Tendo em vista a aprendizagem de novas práticas e a partilha de experiências recomenda-se o incentivo aos programas de mobilidade.

O preconizado carácter multidisciplinar das ECCI aponta para a necessidade de **formação pós-graduada**, também ela, de cariz multidisciplinar. Isto é, formação direccionada para os vários grupos profissionais, na perspectiva de uma mudança de paradigma, com o intuito de se fomentar a complementaridade de actuação entre os diferentes grupos profissionais. Assim, propõe-se um modelo de formação pós-graduada com um tronco comum (Tabela 13) para todos os profissionais e ramos de especialização direccionados para áreas da Saúde, Psico-social e de Gestão. O ramo de especialização da Saúde deverá promover o desenvolvimento de competências clínicas. Recomenda-se para tal a adopção de estratégias de aprendizagem em contexto de trabalho.

A formação na perspectiva de **aprendizagem ao longo da vida** é um imperativo necessário a um harmonioso desenvolvimento humano aos mais diversos níveis, sendo-o também a nível profissional. As diversas ECR devem, enquanto responsáveis pela promoção de formação específica dos profissionais de CCI e sustentadas no diagnóstico de necessidades de formação, conceber planos de formação anuais. O desenvolvimento de conhecimentos inerentes aos paradigmas do modelo e às suas metodologias de trabalho, bem como o desenvolvimento de competências revestem-se de particular relevância e são, como tal, aspectos a incluir nos planos de formação. Assim, os planos devem ser orientados para o desenvolvimento de competências específicas de cada área profissional e do desenvolvimento de competências transversais aos diferentes grupos de profissionais.

A possibilidade de recurso a novas tecnologias de informação e comunicação tornará esta, uma das áreas em que é indispensável delinear formação para todos os profissionais. Tomou-se consciência, em Portugal e um pouco por todo o mundo, da importância do trabalho desenvolvido pela família, bem como por outras pessoas (sejam os amigos, os vizinhos ou outros) no apoio às pessoas que lhes são próximas, quando elas estão em situação de dependência. Constata-se que a família e os prestadores informais de cuidados, na grande maioria das vezes, não têm preparação para assumir os cuidados a alguém que, de um momento para outro, fica sem autonomia ou com autonomia reduzida. Assim, atentos às necessidades dos doentes e das suas famílias ou cuidadores, é necessário sistematizar o desenvolvimento de **acções formativas** que se constituam como iniciativas que melhor habilitem as famílias e cuidadores informais a cuidar de pessoas em situação de dependência no seu domicílio.

## **PONTO DE CHEGADA/VISÃO PARA 2016/GANHOS EM SAÚDE ESPERADOS**

Em 2016 a RNCCI dará resposta às necessidades do país, acautelando as especificidades regionais, incluindo nas vertentes de Cuidados Paliativos e Cuidados de Saúde Mental. Esta resposta assentará numa perspectiva multisectorial onde a Saúde, a Segurança Social e as Autarquias assumirão um papel importante. Assentará ainda em parcerias entre o sector público, social e privado. A articulação entre os diversos sectores e a interface com os restantes níveis de cuidados, merecerá uma preocupação constante como forma de garantir a eficiência da Rede e a centralidade do doente. Um dos pilares dessa articulação será um sistema de informação robusto e que garante a interoperabilidade com os restantes sistemas de informação da saúde e da segurança social.

Em 2016 uma das mais importantes dimensões da Rede serão os cuidados domiciliários, garantindo desta forma uma maior permanência dos doentes no seu domicílio, com os consequentes ganhos em bem-estar, mas também financeiros. Como forma de complementar os cuidados domiciliários, para além das suas vertentes tradicionais, ganharão progressiva expressão os sistemas de Telehomecare. Nesta dimensão o papel dos cuidadores informais ganhará especial relevância. Eles serão considerados parte integrante da equipa, sendo devidamente capacitados para o exercício da sua função. Este sector transformar-se-á numa área geradora de empregos com especial importância para um sector da população que não encontra facilmente emprego noutras áreas.

Em 2016 a RNCCI terá definido e aplicado um sistema de qualidade global, transparente para os actores envolvidos e para a comunidade em geral. Um dos pilares fundamentais deste sistema serão os indicadores de ganhos em saúde e bem-estar dos doentes. Estes indicadores terão sido desenvolvidos em articulação com Centros de Investigação e demonstrarão a eficiência da Rede, mas também os ganhos para a sustentabilidade do SNS. A investigação será outro dos pilares fundamentais do sistema e estará presente a todos os níveis, com particular destaque na evidência científica da prática dos profissionais de saúde, como forma de garantir o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados.

Outra forma de garantir essa qualidade será através da formação dos profissionais. Em 2016 todos os profissionais da Rede terão formação específica de acordo com as características dos doentes e do contexto em que exercem a sua actividade. Adicionalmente estarão sujeitos a processos de formação em serviço de acordo com as necessidades. Toda a formação

terá como pressupostos essenciais o desenvolvimento de competências transversais aos diversos grupos profissionais envolvidos na prestação de cuidados e o desenvolvimento de competências clínicas específicas. Como tal, haverá sempre módulos de formação interprofissional.

Em 2016 terá sido desenvolvido um Sistema de Classificação de Funcionalidade dos doentes da Rede, sendo esta uma das bases fundamentais para o financiamento da mesma. Deste modo, o financiamento será mais justo e equitativo. Apesar de o financiamento da Rede aumentar até cerca de 0,7% do PIB, até 2016, tal contribuirá para a sustentabilidade do SNS na medida em que serão evidentes os ganhos nos outros níveis de cuidados, nomeadamente na redução dos reinternamentos, nas demoras médias, nos episódios de urgência e nas consultas, entre outros. Portanto, este aumento do financiamento não representará um maior contributo do Orçamento do Estado, mas antes uma reafecção do orçamento global da Saúde, o qual está claramente acima da média europeia. Por outro lado e considerando as dificuldades económicas e financeiras que o país atravessará durante este período de tempo, proceder-se-á a um aumento da percentagem das receitas dos jogos sociais canalizadas para a RNCCI.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abreu Nogueira J. M. (2009) - *Cuidados Continuados. Desafios*. UMCCI. Lisboa.
- Arntz M. et al. (2007) - *The German Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options*. Institute for the Study of Labor.
- ARSLVT (2009) - *Governança dos hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da Arslvt*. ARSLVT.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006) - *CrITÉrios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos*. Associação nacional de Cuidados Paliativos
- Baumol, W. (1993) - *Health Care, Education and the Cost of Disease: A Looming Crisis for Public Choice*, Public Choice 77, 17-28.
- Brodsky, J., Habib, J. e Mizrahi, I. (2000) - *Long-term care laws in five developed countries: a review*, World Health Organization.
- Cabana, M. D.; Jee, S. H. (2004) - *Does continuity of care improve patient outcomes?* The Journal of Family Practice, VOL 53: 974-980.
- Casey, D.; Mackreth, P. (2007) - *Developing education for long-term conditions management*. *British Journal of Community Nursing, Vol 12, No 1: 19-23*
- Comas-Herrera et al (2006) - *Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom*. *Ageing & Society* 26, 2006, 285–302.
- Comas-Herrera, Wittenberg, A. and L. Pickard, L. (2005) - *Making Projections of Public Expenditure on Long-Term Care for the European Member States: Methodological Proposals for Discussion*, LSE Health and Social Care, London.
- Comas-Herrera and Wittenberg, A., eds., (2003) - *European study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Projections of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions About Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs*, PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics.
- Commission of the European Communities (2009) - *Dealing with the impact of an ageing population in the EU*, COM(2009) 180 final, 29.04.2009.

- Curtis, L. (2009) - *Unit Costs of Health and Social Care 2009*. Personal Social Services Research Unit - PSSRU, University of Kent.
- Currie, L ; Morrell, C & Scrivener, R (nd) - *Clinical Governance: A RCN resource guide*. Royal College of Nursing.
- Da Roit, Le Bihan and Österle (2007) - *Long-term care policies in six European countries. The development of Cash for care schemes*. Paper presented at the 7th ESPAnet conference 2009. Session: nr. 2B - Paths of innovation of care policies in european welfare states.
- Driest Piet F. (2006) - *Long-Term Care in Europe. An introduction*. In Hassink, Jan and Van Dijk, Majken (eds.), *Farming for Health*, Springer. Netherlands, pp: 101-106.
- DWP (2009) - *Family Resources Survey, United Kingdom 2007-08*, Department for Work and Pensions.
- Economic Policy Committee and the European Commission (2006) - *Long-Term Care: MISSOC-info 2006/2*, Brussels.
- European Commission (2006) - *The Long-Term Sustainability of Public Finances in the European Union*, European Economy 6/2006.
- European Commission (2008) - *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*, European Economy 7/2008.
- European Commission (2009) - *Sustainability Report 2009*, European Economy 9/2009.
- Eurostat (2008) - *Health and Long-Term Care*, Eurobarometer Nº 283/2007, Luxembourg.
- Faulk, D. et al (2008) - *Broadening the knowledge of the LPN long-term care provider: a pilot study*. *Educational Gerontology*, 34: 89–100, 20
- Fernández, J., Forder, J., Trukeschitz, B., Rokosová, M. and McDaid, D. (2009) - *How can European States Design Efficient, Equitable and Sustainable Funding Systems for Long-Term Care for Older People?* Policy Brief 11, Health Systems and Policy Analysis, World Health Organization.
- Fries, J. (1980) - *Aging natural death and the compression of morbidity*, *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Fujisawa R. and Colombo F. (2009) - *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*. OCDE, Health Working Papers Nº. 44.

- Gibson M. J. and Donald R. (2007) - *Comparing Long-Term Care in Germany and the United States: What Can We Learn from Each Other?* Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.
- Gleckman H. (2009) - *Caring for Our Parents: Inspiring Stories of Families Seeking New Solutions to America's Most Urgent Health Crisis*. New York: St. Martin's Press.
- Gleckman H. (2007) - *Financing Long-Term Care: Lessons from Abroad*. Chestnut Hill, Mass.: Center for Retirement Research at Boston College.
- Gleckman H. (2010) - *Long-Term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and abroad*. The Urban Institute, February 2010.
- González P. A. & Lozano I. A. (2008) - *Long term care in Spain: Extent, costs and challenges*. Alcamentos 0806, Universidad de Alcalá, Departamento de Estadística, Estructura y O.E.I.
- Gruenberg, E. (1977) - *The failures of success*, Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society, 55, 3-24.
- Ichien, M. (2000) - *Introduction of long-term care insurance in Japan*, International Review of Public Administration, 5(2), 23-26.
- Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R. and Rickayzen, B. (2006) - *Future costs for long-term care: cost projections for long-term care for older people in the United Kingdom*, Health Policy, 75, 187-213.
- Lundsgaard J. (2005) - *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?*, OECD Health Working Papers 20, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- MacDonald, C.; Stodel, E.; Chambers, L. (2008) - *An online interprofessional learning resource for physicians, pharmacists, nurse practitioners, and nurses in long-term care: Benefits, barriers, and lessons learned*. Informatics for Health & Social Care. 33(1): 21 – 38
- Manton, K. (1987) - *Response to an introduction to the compression of morbidity*, Gerontologica Perspecta, 1, 23-30.
- Marek, K. D & Rantz, M. J. (2000) - *Aging in place: A new model for long-term care*. *Nursing Administration Quarterly*, Spring 24(3):1-11
- Morison, M., et al (2004) - *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*, ISBN 972-8383-68-1, Lusociência, Loures, 2004.

Ministério das Finanças e da Administração Pública (2010) - *Relatório do Orçamento do Estado para 2010*, Janeiro.

Muiser, J. e Carrin, G. (2007) - *Financing long-term care programmes in health systems. With a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries*, Discussion paper 6-2007, World Health Organization.

Netten A., Bebbington A., Darton, R., Forder J. and K. Miles (1998) - *1996 Survey of Care Homes for Elderly People: Final Report*, Discussion Paper 1423/2, PSSRU, University of Kent.

NHS (2005) - *Clinical Governance & Risk Management*. NHS Quality Improvement Scotland. [www.nhshealthquality.org](http://www.nhshealthquality.org)

NHS (2006) - *Integrated Governance Handbook*. Department of Health. [www.dh.gov.uk/governance](http://www.dh.gov.uk/governance). (18-03-2010)

NHS (2008) - *A Risk matrix for risk managers*. London: National Patient Safety Agency. [www.hpsa.nhs.uk](http://www.hpsa.nhs.uk).

NHS - <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section1/introduction.asp> - Acedido dia 30 Março 2010.

OCDE (2005) - *Long-term Care For Older People*, OCDE Health Project.

OECD (2006) - *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?*, Organisation for Economic Cooperation and Development Economics Department w.p. 477.

OECD (2008) - *Conceptual framework and definition of long-term care expenditure*, Input Document Unit 2, Health Division, Organisation for Economic Cooperation and Development.

OMS (2002) - *Healthy life expectancy at birth and at 65 in Great Britain and England, 1981-2001*, Office for National Statistics.

OMS (2002) - *Lessons for Long-Term Care policy. The Cross-Cluster Initiative on LTC*. Geneva.

OMS, DGS (2004) - *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa

OMS (2008) - *The solid facts. Home Care in Europe*. Ed. Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros. Università Commerciale Luigi Bocconi. Milan.

Oliveira Martins J. and De la Maisonneuve C. (2006) - *The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care: An Integrated Approach*. *Revue Économique de l'OCDE*. Paris. ISSN 0255-0830. - Nº 43 (2006), p. 133-176.

Olsen E. and Novelli B. (2006) - *AARP European Leadership Study: European Experiences with Long-Term Care France, the Netherlands, Norway, and the United Kingdom*. AARP European Leadership Study.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) - *Relatório da Primavera 2009*. Coimbra: Mar da palavra.

Pinquet J. e Guillén M. (2008) - *Long-Term Care: Risk Description of a Spanish Portfolio and Economic Analysis of the Timing of Insurance Purchase* <http://ideas.repec.org/a/pal/gpprii/v33y2008i4p659-672.html>

Portugal – Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho in Diário da República I Série-A Nº 109, de 6 de Junho de 2006.

Roland, M. & Baker, R. (1999) - *Clinical Governance: A practical guide for primary care teams*. Nww.doh.nhsweb.nhs.uk/clingov.htm (acedido 18/3/2010).

Scott-Tilley, D. et al (2005) - *Integrating Long-Term Care Concepts into Baccalaureate Nursing Education: The Road to Quality Geriatric Health Care*. Journal of Nursing Education. 44 (6): 286-289.

Serapioni, M. (2009) - *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, Junho 2009: 65-82

Smith D. J. (2006) - *Sixth Shipman Inquiry*. in *Integrated governance Handbook*; NHS, p. 35).

Reinhold W. (2001) - *Controlling in Pflegeeinrichtungen: operatives Controlling für Pflegeleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen*, Lage, Jacobs., citado em Comas-Herrera and Wittenberg (2003).

Roit, B. D. et al (2007) - *Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes*. Social Policy & Administration. 41 (6): 653-671.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009) - *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* (acedido em 18 de Abril de 2010 em: [http://www.rncci.min-saude.pt/download\\_files/Guia\\_RNCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Guia_RNCCI.pdf))

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009*, Fevereiro de 2010.

Welsh Assembly Government (2003). *Fundamentals of Care: Guidance for health and social Care staff*. Welsh Assembly Government

Wiener J. e Tilly J. and Alison Evans Cuellar (2003) - *Consumer-Directed Care in the Netherlands, England, and Germany*, Washington, DC: AARP Public Policy Institute, October 2003.

Williams, C. L. et al (2006). *Development of a curriculum for long-term care nurses to improve recognition of depression in dementia*. *Educational Gerontology*, 32: 647–667.