



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



7º Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

O Impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na Demora Média Hospitalar

Bruno Pais Moura

Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Gestão da Saúde

Orientador

Professora Doutora Ana Escoval

Co-orientador

Dra Rute Simões Ribeiro

Lisboa, Abril 2014

Agradecimentos

Gostaria de prestar nestas linhas uma pequena homenagem a todos aqueles que, durante este período tão grande e muitas vezes turbulento nunca deixaram de ter uma palavra de conforto e incentivo. Nos momentos mais difíceis estiveram sempre comigo, mesmo quando estavam em silêncio.

Agradeço à Sr.^a Professora Doutora Ana Escoval toda a compreensão e disponibilidade para que este trabalho chegasse a bom porto. O meu sincero obrigado.

À Rute, que esteve sempre ao meu lado. Obrigado pelo apoio, incentivo, companheirismo e sobretudo pela enorme amizade. Jamais terei forma de te agradecer. Obrigado!

À Vera, a mulher da minha vida, minha companheira nas horas de alegria e sempre nas horas de tristeza. Obrigado por nunca me teres deixado cair.

Aos meus pais, a quem devo TODA a minha vida!

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento dos indivíduos nos países mais desenvolvidos e o aumento da incidência de doenças crónicas associadas a estados de dependência e incapacidade têm contribuído para o desenho e implementação de novas políticas de saúde e sociais. Assiste-se, por isso, atualmente, a uma mudança no paradigma da procura de cuidados de saúde, sendo crescente a procura de cuidados de longa duração ou cuidados continuados. O desenvolvimento e implementação de novos modelos de prestação de cuidados de saúde pretendem dar resposta à crescente procura de cuidados continuados, bem como promover a eficiência dos serviços e a disponibilização de camas nos hospitais, retirando dos serviços de agudos as pessoas que não necessitam de cuidados hospitalares, mas sim de cuidados continuados. Neste contexto foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como resposta ao aumento do número de pessoas em situação de dependência, e que necessitam tanto de cuidados de saúde como sociais, e à necessidade de reorganizar e promover a eficiência dos serviços de internamento hospitalar.

Objetivo: Determinar o impacto da RNCCI na demora média hospitalar, no período de tempo compreendido entre 1 de Janeiro de 2009 e 31 de Junho de 2011.

Métodos: O estudo realizado, com base na revisão da literatura, descreve os principais aspectos referentes ao envelhecimento dos indivíduos e aos cuidados continuados. Foram descritos diferentes modelos e programas organizacionais de prestação de cuidados continuados e o seu impacto na demora média hospitalar.

Foi determinada a população em estudo no período de tempo compreendido entre 1 de Janeiro de 2009 e 31 de Junho de 2011. A população foi caracterizada de acordo com o ano e distribuída por dez trimestres para melhor tratamento estatístico e leitura dos dados. Foi considerado o sexo e a faixa etária dos indivíduos sinalizados, de acordo com o GDH de internamento hospitalar e respetiva sub-região de saúde. Foi comparada por trimestre a demora média dos internamentos hospitalares e a demora média hospitalar dos episódios referenciados a nível nacional e ao nível das sub-regiões de saúde. Foram caracterizados os GDH que representam 50% das sinalizações. Foram analisados, por semestre, os três GDH com maior número de referências para a RNCCI de acordo com as diferentes regiões de saúde, comparando as respetivas demoras médias nacionais e regionais.

Resultados: No período de tempo em análise foi verificado que a população com maior utilização dos serviços da RNCCI encontra-se na faixa etária entre 65 ou mais anos, com 79,4% do total de sinalizações efetuadas. Tendo 50% das sinalizações sido referentes aos GDH 14, GDH 211, GDH 533, GDH 818, GDH 810 e GDH 209.

Foi apurada uma demora média nacional compreendida entre os 7,3 dias e os 7,7 dias, comparativamente a uma demora média dos episódios referenciados para a RNCCI compreendida entre os 21,9 dias e os 33 dias, para o mesmo período de tempo. Em termos regionais a região de LVT apresenta os valores de demora média mais elevados, com um intervalo entre os 28,8 dias e os 50,3 dias de demora média.

Para o GDH 14 foi observada uma demora média dos episódios referenciados compreendida entre os 14,4 dias e os 26,7 dias. No mesmo período de tempo a demora média nacional para o mesmo GDH situava-se entre os 9,8 dias e os 10,2 dias. Para o GDH 211 foi observada uma demora média dos episódios referenciados compreendida entre os 17,2 dias e os 28,9 dias. Comparativamente a demora média nacional para o mesmo GDH situava-se entre os 12,5 dias e os 13,5 dias.

Para o GDH 533 foi observada uma demora média dos episódios referenciados compreendida entre os 23,3 dias e os 52,7 dias. Comparativamente, no mesmo período de tempo, a demora média nacional para o mesmo GDH situava-se entre os 18,7 dias e os 19,7 dias.

Conclusões: Foi possível concluir, quanto ao impacto da RNCCI na demora média hospitalar, que a demora média dos episódios referenciados para a Rede é superior à demora média nacional em todo o período de tempo em análise. Relativamente à demora média dos GDH com maior número de referências, os GDH 14, 211 e 533, verifica-se que todos eles apresentam uma demora média de referência superior à demora média nacional, e demora média regional para o mesmo GDH, em todo o período de tempo do estudo. Ou seja, foi possível verificar que a demora média para indivíduos com o mesmo GDH é superior nos que são referenciados para a RNCCI.

Palavras-chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Demora Média; Cuidados Continuados; Envelhecimento; *Long-term care*; Grupos Diagnósticos Homogêneos

Abstract

Background: The aging of individuals in developed countries and the increasing incidence of chronic diseases associated with states of disability, have contributed to the development of new social and health policies. Currently there is an increasing demand for long-term care. The new developed long-term care models intend to provide new solutions to hospital efficiency by removing people that stay hospitalized without the need of acute care, but with the need of long-term care. The Integrated Continued Care National Network (RNCCI) was created in Portugal with the purpose of providing long-term care to the increasing number of people with disabilities that require both health care and social care. One of the main goals of the RNCCI is to promote hospital efficiency and to reduce the average length of stay.

Objective: The main objective of this study is to determine the impact of the RNCCI in the hospital average length of stay in the time period between January 1, 2009 and June 31, 2011.

Methods: The study describes the main aspects related to the aging of individuals and long-term care. It is mentioned the different organizational models and programs that provide long-term care and their impact on hospital average length of stay. The population under study was determined in the time period between January 1, 2009 and June 31, 2011. The population was characterized according to the year and distributed for ten quarters to better statistical processing and reading data. For the purposes of the study it was considered the following variables: sex and age of the population in study, respective Diagnosis Related Group (DRG) considering the different health regions. It was compared the average length of stay of all hospital admissions with the average length of stay of all signalized and referenced to the RNCCI episodes. It were identified the DRG responsible for 50 % of the signaling. It were identified the three DRG that have the highest rate of signalized episodes to the RNCCI. They were compared according to the different health regions, and according to their hospital average length of stay.

Results: It was found that individuals with greater use of RNCCI services are in the age above 65 years old or more, with 79.4 % of the signaling . It was found that 50 % of the signals were related to DRG 14 , DRG 211 , DRG 533 , DRG 818 , DRG 810 and DRG 209 . The overall hospital average length of stay ranged between 7.3 days and 7.7 days. The

hospital average length of stay of all the signaled episodes to the RNCCI ranged between 21.9 days and 33 days. The highest hospital average length of stay was found to be in Lisboa e Vale do Tejo (LVT), with a range between 28.8 days and 50.3 days, for signaled episodes.

For all signaled DRG 14 episodes was found a hospital average length of stay ranged between 14.4 days and 26.7 days. In the same period of time, the overall hospital average length of stay for DRG 14 ranged between 9,8 days and 10.2 days. For all signaled DRG 211 episodes was found a hospital average length of stay ranged between 17.2 days and 28.9 days. In the same period of time, the overall hospital average length of stay for DRG 211 ranged between 12.5 days and 13.5 days. For all signaled DRG 533 episodes was found a hospital average length of stay ranged between 23.3 days and 52.7 days. In the same period of time, the overall hospital average length of stay for DRG 533 ranged between 19.7 and 18.7 days.

Conclusions: It was found that the hospital average length of stay of all signaled and referenced episodes to the RNCCI is higher that the overall hospital average length of stay, considering the time period under review. All signaled and referenced DRG reveal a hospital average length of stay higher that the overall hospital average length of stay for the same DRG.

Keywords: Integrated Continued Care National Network; Hospital Average Length of stay; Aging, Long-term care; Diagnosis Related Groups

Índice

Índice de tabelas	vi
Índice de figuras	vii
Índice de quadros	viii
Lista de abreviaturas.....	ix
Introdução.....	1
PARTE A – Enquadramento Teórico.....	4
1. O envelhecimento e a necessidade de cuidados continuados de saúde.....	5
1.1. Contexto sociodemográfico e mudança no perfil de procura de cuidados de saúde.....	5
1.2. Cuidados de saúde de longa duração ou cuidados continuados.....	7
2. A demora média hospitalar e os cuidados continuados.....	9
3. Caraterização dos modelos de organização de cuidados continuados no Reino Unido e em Espanha e respetivo impacto na demora média hospitalar.....	11
3.1. Reino Unido.....	11
3.1.1. O NHS Continuing Healthcare.....	11
3.1.2. Impacto do NHS Continuing Health Care na demora média hospitalar	12
3.1.3. Recomendações de melhoria no processo de referenciação de doentes no NHS Continuing HealthCare.....	14
3.2. Espanha.....	16
3.2.1. Atenció Sociosanitària Català	16
3.2.2. Caraterização das tipologias de resposta da Atenció Sociosanitària Català.....	17
3.2.3. Impacto da Atenció Sociosanitària Català na demora média hospitalar	20
4. Descrição de outros modelos e programas de prestação de cuidados continuados em contexto internacional e impacto na demora média hospitalar.....	20
4.1. Gestão de Casos - Case Management.....	21
4.1.1. Impacto do Case Management na demora média hospitalar	22
4.2. Programa de Atenção Integrada aos Idosos – Program of All-inclusive Care for the Elderly – PACE.....	23
4.2.1. Impacto do programa PACE na demora média hospitalar	23

4.3. Sistema Integrado para pessoas idosas vulneráveis – Système intégré pour personnes âgées fragiles – SIPA.....	24
4.3.1. Impacto do programa SIPA na demora média hospitalar	25
4.4. O modelo Kaiser Permanente aplicado ao NHS do Reino Unido – Torbay Care Trust	25
4.4.1. O modelo Kaiser Permanente.....	26
4.4.2. O projeto de Torbay Care Trust	27
4.4.3. Impacto do modelo Kaiser aplicado ao NHS na demora média hospitalar	28
5. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	29
5.1. Enquadramento da RNCCI.....	29
5.2. Criação e implementação da RNCCI.....	30
5.3. Missão e objetivos da RNCCI.....	32
5.4. Modelo de gestão e coordenação da RNCCI.....	34
5.5. Tipologias de cuidados existentes na RNCCI.....	36
5.6. Processo de sinalização, referenciação e admissão na RNCCI.....	39
PARTE B – O Impacto da RNCCI na Demora Média Hospitalar	42
1. Questão de investigação e objetivos da investigação.....	43
2. Metodologia	44
2.1. Criação da base de dados e determinação da população em estudo.....	44
2.2. Análise dos resultados.....	46
3. Apresentação de resultados	47
3.1. Caracterização da População.....	47
3.1.1. Caracterização por Ano e Trimestre.....	47
3.1.2. Caracterização por sexo	48
3.1.3. Caracterização por Faixa Etária	50
3.1.4. Caracterização por Região de Saúde.....	52
3.1.5. Caracterização por Grupos de Diagnósticos Homogéneos	54
3.2. Comparação entre a DM dos internamentos hospitalares e a DM hospitalar dos episódios referenciados por região de saúde.....	56
3.3. Comparação dos três GDH mais referenciados por região de saúde e Semestre.....	58
3.3.1. GDH 14	59
3.3.2. GDH 211	61

3.3.3. GDH 533	63
4. Discussão de resultados.....	65
5. Conclusões	73
6. Bibliografia.....	75
7. Anexos.....	84

Índice de tabelas

Tabela 1 – Unidades de internamento da Atenció Sociosanitària Català e caraterização dos serviços prestados _____	18
Tabela 2 – Serviços domiciliários e de ambulatório e caraterização dos cuidados prestados	19
Tabela 3 – Equipas de avaliação e suporte e caraterização dos cuidados prestados _____	19
Tabela 4 – O modelo Kaiser comparado com modelos sem integração de serviços _____	27
Tabela 5 – Cobertura populacional da RNCCI por região no primeiro semestre de 2012 ____	31

Índice de figuras

Figura 1 – Variáveis associadas à mudança no perfil da procura de cuidados de saúde	6
Figura 2 – Competências das ECR	35
Figura 3 – Competências das ECL	36
Figura 4 – Tipologias de resposta previstas na RNCCI	36
Figura 5 – Processo de referenciação para a RNCCI de acordo com o ponto de origem	40
Figura 6 – Critérios de exclusão na criação da base de dados e determinação da população	45
Figura 7. Episódios sinalizados e referenciados, por ano e trimestre	47
Figura 8. Episódios sinalizados de acordo com o sexo, por trimestre	49
Figura 9. Episódios sinalizados por faixa etária e sexo, para a totalidade da população	50
Figura 10. Episódios sinalizados por sexo e faixa etária, por trimestre	51
Figura 11. Episódios sinalizados por região de saúde	52
Figura 12. Episódios sinalizados por região de saúde e faixa etária (relação percentual)	53
Figura 13. GDH que representam 70% das sinalizações (26 GDH)	54
Figura 14. GDH que representam 50% das sinalizações (6 GDH)	55
Figura 15. DM nacional e DM regional de todos os internamentos hospitalares	56
Figura 16. DM dos episódios referenciados por região de saúde	57
Figura 17. DM nacional, DM dos episódios referenciados, momento médio da sinalização e momento médio da referenciação para a RNCCI	58
Figura 18. Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 14	59
Figura 19. Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 211	61
Figura 20. Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 533	63

Índice de quadros

Quadro 1. Número de Episódios sinalizados e referenciados, por ano e trimestre _____	48
Quadro 2. Número de episódios sinalizados, por sexo _____	49
Quadro 3. Número de episódios sinalizados por sexo e faixa etária, por trimestre _____	51
Quadro 4. Número e percentagem de episódios sinalizados por região de saúde e faixa etária _____	53
Quadro 5. Quadro de Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 14 _____	60
Quadro 6. Quadro de comparação por região de saúde e semestre do mm sinalização, mm referenciação, dm regional, nacional e referenciados, do gdh 211 _____	62
Quadro 7. Quadro de Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 533 _____	64

Lista de abreviaturas

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde,
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
CHC - Continuing Healthcare
DGS – Direção Geral de Saúde
DM - Demora média
ECCI - equipas de cuidados continuados integrados
ECL - Equipas de Coordenação Local
ECR - Equipas de Coordenação Regional
ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA - Equipas de Gestão de Altas
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
GDH – Grupos Diagnósticos Homogéneos
INE – Instituto Nacional de Estatística
LTC – Long Term Care
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
NHS - National Health Service
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial da Saúde
WHO – World Health Organization
PACE - Programme for All-inclusive Care for the Elderly
PNS – Plano Nacional de Saúde
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIPA - System of Integrated Services for Aged Persons
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UE – União Europeia
UK - United Kingdom
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Contiuados Integrados
UNL – Universidade Nova de Lisboa

Introdução

O presente trabalho de investigação tem como objetivo determinar o impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) na Demora Média Hospitalar (DM) e foi desenvolvido no âmbito do projeto de “Contratualização em Cuidados Continuados Integrados”, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde, (ACSS) IP.

O envelhecimento constitui-se atualmente como um dos fatores com maior influência na mudança das políticas públicas sociais e de saúde (OPSS, 2012). Este facto resulta do aumento da longevidade dos indivíduos e conseqüente predomínio da população idosa em função da população mais jovem, com uma evidente inversão da pirâmide demográfica nos países mais desenvolvidos (WHO, 2002; DGS, 2004). Portugal, entre o ano de 2008 e o ano de 2010, apresentava, para as mulheres, uma esperança média de vida de 82,6 anos e para os homens de 76,5 anos, classificando-se como o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento (INE, 2009; Carneiro *et al.*, 2011).

Inevitavelmente, como consequência do envelhecimento, verifica-se um aumento do número de indivíduos com doenças crónicas, em situação de dependência, vulnerabilidade e incapacidade (WHO, 2002; PNS, 2010; Eurostat, 2011; OPSS, 2012). Esta evidência provoca nos serviços de saúde uma necessidade constante de mudança e readaptação dos modelos de prestação de cuidados, refletindo as políticas de saúde e sociais dos países que lidam com estes fenómenos (Damiani *et al.*, 2009).

Considerando os aspectos mencionados, verifica-se, de facto, uma mudança no perfil da procura de cuidados de saúde, sendo crescente a procura de cuidados de longa duração ou cuidados continuados (Damiani *et al.*, 2009; Nogueira, 2009; Cervera *et al.*, 2010)

A promoção dos cuidados continuados, tem como objetivo garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos em situação de dependência ou incapacidade, tendo desta forma direcionado as políticas de saúde e sociais para o desenho e implementação de novos modelos de integração de cuidados de saúde. Estes modelos são perspetivados numa óptica de *continuum* de cuidados colocando o indivíduo e as suas necessidades de saúde no centro do

sistema (Shugarman, 2010). A sua criação e implementação pretendem igualmente promover a eficiência dos recursos hospitalares existentes, retirando dos hospitais as situações não agudas e diminuindo a procura por motivos não clínicos.

Neste contexto, verifica-se, ao nível da utilização dos serviços hospitalares, a existência de um fenómeno de *bed bloking*, ou seja, a ocupação de camas de agudos para além do necessário por indivíduos que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas sim de cuidados continuados (McDonagh, *et al.*, 2000; Bryan *et al.*, 2006). Esta problemática contribui, entre outros fatores, para a existência de demoras médias de internamento hospitalar elevadas (DeCoster e Kozyrskyj, 2000; Bryan, 2010). Considerando a demora média como um importante indicador da eficiência hospitalar, a sua redução por meio da criação e implementação de modelos integrados de cuidados continuados em saúde afigura-se como uma questão de política de saúde de grande relevância (Holmås *et al.*, 2007).

Assim, surgiram em diversos países, como possível solução para a problemática das demoras médias hospitalares elevadas e como resposta ao aumento de situações de dependência e incapacidade, novos modelos e programas de prestação de cuidados continuados.

Face ao enquadramento exposto, foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho. Este novo modelo de prestação de cuidados continuados integrados posiciona-se num nível intermédio do sistema de saúde, entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários. A sua criação resulta da crescente necessidade de cuidados continuados de saúde e sociais, decorrentes essencialmente do envelhecimento da população e do aumento das situações de dependência e incapacidade, procurando igualmente responder ao aumento de situações de doença terminal e de fim de vida. Da sua implementação pretende-se, entre outros objetivos, minimizar o recurso ou permanência desnecessária nos serviços hospitalares de pessoas que não necessitem de cuidados agudos, mas sim de cuidados continuados, promovendo desta forma a eficiência dos serviços e a disponibilização de camas nos hospitais (UMCCI, 2009; OPSS, 2011).

Neste âmbito, a escolha do tema deste trabalho de investigação surge da necessidade de conhecer em que medida a criação da RNCCI influenciou a eficiência hospitalar, mais concretamente, em determinar qual o impacto da RNCCI na demora média hospitalar. Espera-

se conseguir traçar um perfil dos indivíduos utilizadores da RNCCI e conhecer em que medida a satisfação das suas necessidades em cuidados continuados, de acordo com a sua situação de doença, condiciona a demora média hospitalar.

O trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo é descrito o enquadramento concetual, onde é abordado o tema do envelhecimento e a necessidade crescente de cuidados continuados de saúde, descrevendo-se sucintamente os aspetos demográficos, sociais e de saúde associados ao envelhecimento e a sua contribuição para a mudança de paradigma na procura de cuidados de saúde. Segue-se uma revisão da literatura que procura enquadrar a demora média hospitalar e os cuidados continuados como elementos estruturantes ao desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados continuados. Ainda neste capítulo, são descritos diferentes modelos e programas de prestação de cuidados continuados implementados em contexto internacional, e que permitem conhecer o impacto na demora média hospitalar de acordo com o seu âmbito de ação.

No segundo capítulo descreve-se a metodologia utilizada para construir a base de dados e determinar a população em análise, de acordo com os pressupostos e critérios estabelecidos. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados alcançados, referentes ao período em estudo de 1 de Janeiro de 2009 até 31 de Junho de 2011. No quarto capítulo discutem-se os resultados obtidos de acordo com a revisão da literatura efetuada. No último capítulo são descritas as conclusões.

PARTE A – Enquadramento Teórico

1. O envelhecimento e a necessidade de cuidados continuados de saúde

1.1. Contexto sociodemográfico e mudança no perfil de procura de cuidados de saúde

Considerando o envelhecimento dos indivíduos e atendendo a que a tendência de crescimento demográfico se mantenha constante, na União Europeia o número de indivíduos com mais de 65 anos irá duplicar entre 2010 e 2060, passando de 85 milhões para 151 milhões de pessoas. (Eurostat, 2011) Se considerarmos os indivíduos com 80 ou mais anos, as projeções estatísticas estimam que esta população crescerá a um ritmo superior, chegando aos 61 milhões de indivíduos em 2060, sendo portanto um aumento muito significativo, quando considerados os atuais 22 milhões de pessoas com mais de 80 anos (Eurostat, 2011). Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2009), a população idosa representava em 2009, cerca de 17,9% do total da população, sendo que 8,4% dos indivíduos têm 75 ou mais anos. O INE (2009) conclui ainda que a proporção de população idosa aumentará para os 31,3% até ao ano 2048, agravando-se assim o processo de envelhecimento em Portugal, com um índice expresso de 240 idosos por cada 100 jovens.

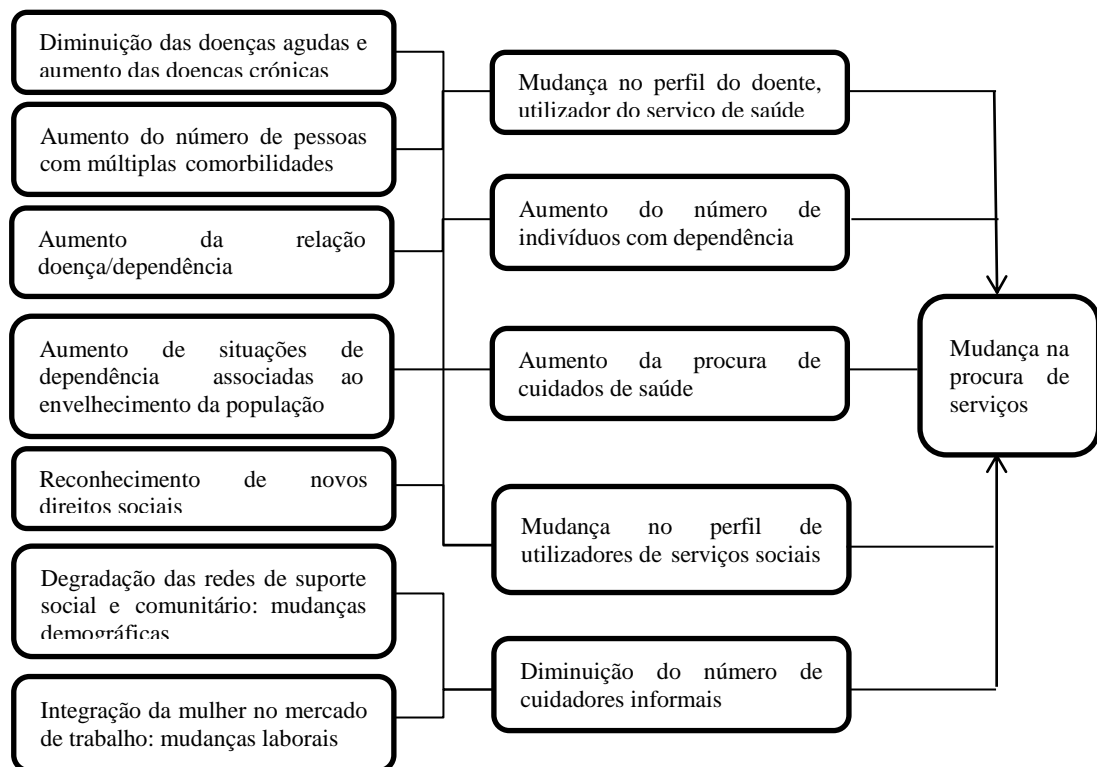
As causas de maior relevo associadas ao fenómeno do envelhecimento são comuns na generalidade dos países da União Europeia (EU), resumindo-se à interação de quatro fatores demográficos essenciais. Em primeiro lugar, os *ratios* de fertilidade, que se preveem crescer de 1,52 a 1,6 entre 2008 e 2030, situam-se abaixo da taxa natural de substituição necessária para estabilizar a dimensão e estrutura demográfica atual, que seria de 2,1 filhos por mulher (Eurostat, 2011). Esta situação traduz-se num aumento dos *ratios* de dependência, uma vez que a entrada na reforma da geração anterior coincide com a atual geração, cujos índices de fertilidade são baixos. Concretamente, prevê-se que o *ratio* de dependência duplique, passando de 26% para 53% em 2060. Em terceiro, o aumento da esperança média de vida, que se estima ser de 6,3 anos para os homens e de 5,1 anos para as mulheres até 2050, dada uma redução da mortalidade nas idades mais avançadas. Por último, os fluxos de imigração, ainda que tenham uma clara influência na estrutura demográfica, não são suficientes para estabilizar a pirâmide populacional (INE, 2009; European Commission, 2009).

Adicionalmente, apesar de se ter conseguido aumentar a esperança média de vida da população, este processo de envelhecimento demográfico propiciou igualmente um incremento no número de idosos em situação de dependência (Nogueira, 2009; European Commission, 2008). Assim, uma das maiores preocupações associadas ao processo de envelhecimento é a crescente procura de cuidados de saúde de longa duração, e necessariamente, a capacidade do Estado para satisfazer estas necessidades, proporcionando os serviços adequados aos indivíduos que se encontram em situação de dependência (PNS, 2010).

Em suma, o envelhecimento das populações, o aumento das situações de incapacidade e dependência nos mais idosos, o aumento de situações de doença incurável ou terminal e situações de carência social são fatores que, na generalidade dos países desenvolvidos, são responsáveis por uma mudança no perfil da procura de cuidados de saúde e consequentemente pelo desenvolvimento dos cuidados de saúde de longa duração (Cervera *et al.* 2010).

Na figura 1, é possível observar as variáveis que estão na origem de uma mudança no paradigma da prestação de cuidados de saúde.

Figura 1 – Variáveis associadas à mudança no perfil da procura de cuidados de saúde



Adaptado de Cervera et al. (2010)

Assim, de acordo com a mesma figura, é possível relacionar os principais fatores que estão na origem da mudança do padrão de procura de cuidados de saúde, com a necessidade de operar mudanças no modelo de prestação de cuidados, tanto a nível macro como ao nível operacional. Segundo Cervera *et al.* (2010), para que haja uma integração efetiva entre os cuidados continuados e o sistema de saúde é fundamental que aqueles se adaptem à mudança e criem novas metodologias de trabalho em resposta às necessidades sociais e de saúde.

1.2. Cuidados de saúde de longa duração ou cuidados continuados

Considerando que a crescente necessidade de cuidados de saúde de longa duração é uma realidade global, verificam-se, nos diferentes países, estratégias distintas e diferentes modelos de prestação de cuidados (Nogueira, 2009). Estas diferenças verificam-se, tanto em termos da própria definição de cuidado, como no modelo de prestação de serviços e seus intervenientes. Estas diferenças têm origem, essencialmente, na estrutura política de cada país, ao nível da saúde e da segurança social, e da noção de cuidados continuados que cada um assume.

Na generalidade dos países da OCDE, os cuidados que integram respostas sociais e de saúde são definidos como *Long Term Care* (LTC), cuidados de saúde de longa duração. A OMS define como LTC as ações dirigidas a indivíduos cuja capacidade para o autocuidado está comprometida a longo prazo, necessitando estes de cuidadores formais ou informais, sejam eles profissionais de saúde ou outros. Por seu lado, a OCDE classifica como LTC os serviços dirigidos a indivíduos dependentes nas suas atividades de vida diárias, seja por incapacidade física ou mental, contemplando igualmente aspetos associados à prevenção da doença e reabilitação dos indivíduos (Nogueira, 2009). Ainda de acordo com o autor, quanto aos LTC, a Comissão Europeia acrescenta que estes deverão ser dirigidos a indivíduos com manifesta incapacidade e dependência, devido a doenças crónicas, incapacidade física ou mental.

Relativamente aos cuidados continuados, estes surgem com o intuito de, em primeiro lugar, dar resposta às necessidades dos indivíduos em matéria de dependência e incapacidade, e em segundo lugar, como modelo intersetorial de prestação de cuidados de saúde,

posicionando-se entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários (PNS, 2010). De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, os cuidados continuados assumem a resposta perante situações de dependência ou incapacidade dos indivíduos, nos diferentes momentos e circunstâncias do ciclo de vida e da história evolutiva das doenças e situações sociais. Pretende-se igualmente que os cuidados continuados facilitem a integração e capitalizem a influência da família na melhoria da autonomia dos indivíduos e na responsabilização pela autogestão da sua doença.

Em Portugal a definição de cuidados continuados, de acordo com o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, refere-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, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”

Esta definição de cuidados preconiza uma integração multisetorial, ao nível da saúde e da assistência social, constituindo-se como cuidados continuados integrados. Estes pressupõem a recuperação global e a manutenção do indivíduo que se encontre em situação de fragilidade, e que necessite de cuidados de saúde ativos e contínuos. Este processo deverá ser ativo e contínuo, permitindo dar resposta aos indivíduos com necessidades de reabilitação, readaptação e reinserção social, bem como, em situações de doença terminal, providenciar a manutenção do conforto e da qualidade de vida (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Em síntese, de acordo com Nogueira (2009), é possível afirmar que diferentes definições são adoptadas quanto à questão dos cuidados continuados de saúde, considerando a variabilidade de respostas existentes a nível internacional. Sendo no entanto comum, a necessidade de adequar respostas e serviços que permitam a prestação contínua de cuidados aos indivíduos em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar. Segundo o autor é igualmente importante reforçar a intervenção dos serviços de saúde de forma integrada com os serviços sociais, com vista à reabilitação integral e à promoção da autonomia do indivíduo com necessidade de cuidados continuados de saúde.

2. A demora média hospitalar e os cuidados continuados

Um dos motivos pelos quais existe uma demora média de internamento hospitalar elevada, sugerido por vários estudos, é a permanência dos indivíduos em unidades hospitalares quando já não necessitam de cuidados de agudos, mas sim de cuidados continuados.

Esta evidência é primeiramente descrita por Meiners e Coffey (1985), segundo o estudo realizado relacionando os Grupos Diagnósticos Homogêneos e a necessidade de cuidados continuados. Segundo os autores, apurou-se que da totalidade de altas hospitalares analisadas, as que representavam um aumento da demora média hospitalar para um mesmo GDH, estavam relacionadas com a necessidade de cuidados continuados. Concluiu-se que aproximadamente 70% das altas responsáveis pelo aumento da demora média se relacionavam com a transferência para lares, e que cerca de 68% são atribuíveis a altas associadas aos cuidados domiciliários. Também Falcone *et al.* (1991) pôde verificar, após um estudo realizado em 80 hospitais a 3.111 doentes que necessitavam de cuidados continuados, que estes apresentavam um atraso médio na alta de 16,7 dias quando comparados com os restantes doentes.

Mais recentemente, outros estudos vêm confirmar os resultados encontrados por Meiners e Coffey (1985). Segundo um estudo realizado entre 1999 e 2004, a uma população de 207.478 indivíduos, por Holmas *et al.* (2007), a existência de uma demora média hospitalar elevada relaciona-se maioritariamente com indivíduos cuja alta esteja associada à necessidade de cuidados continuados. Quando comparados com indivíduos cuja alta não esteja dependente de cuidados continuados, estes permanecem no internamento hospitalar, em média, cerca de 25% mais tempo.

A necessidade de cuidados continuados pós-alta hospitalar, segundo DeCoster e Kozyrskyj (2000), num estudo referente a 15971 hospitalizações, tem implicações no aumento da demora média hospitalar. Constatou-se que cerca de 36% dos indivíduos internados, não cirúrgicos, permaneciam proporcionalmente mais tempo hospitalizados, uma vez que, ao contrário dos restantes, necessitavam de cuidados continuados de saúde.

Um outro estudo realizado por RockWood (1990) demonstrou que os doentes cujas altas apresentavam uma demora média superior aos restantes, em média mais 21% do total dos dias de internamento, eram mais velhos, normalmente com doenças crónicas associadas e

com um nível significativo de dependência de terceiros nas suas atividades de vida diárias. Concluiu-se, igualmente, que estes indivíduos provinham ou careciam de cuidados continuados.

Também McClaran et al. (1991) num estudo realizado a 115 doentes crónicos internados num hospital de agudos, concluíram que a existência de demoras médias de internamento elevadas estavam associadas à necessidade de cuidados continuados de saúde. Dos 115 doentes analisados, verificou-se que a demora média de internamento por doente era quatro vezes superior ao valor médio anual. Foi possível verificar que, em média, 8,7% dos dias de internamento utilizados foram atribuídos à necessidade de cuidados agudos, sendo os restantes dias de internamento atribuídos à necessidade de cuidados continuados de saúde.

Bryan *et al.* (2006) salientam que a existência de demoras médias de internamento elevadas poderão ter origem em fenómenos descritos como *bed blocking*, mencionados anteriormente por Dobson (2004). Na origem deste fenómeno está a permanência ou utilização de camas por tempo excessivo pós alta, atribuindo-se este facto a variáveis tais como a inexistência ou ausência de serviços de cuidados continuados, atrasos no planeamento da alta ou incorreta avaliação das reais necessidades dos doentes no pós alta.

A taxa de indivíduos que permanecem internados pós alta, de acordo com Logoe e Decker (1991), num estudo realizado em Syracuse, Nova Iorque, EUA, é de aproximadamente 14% da capacidade total hospitalar. Segundo os autores do estudo, estes 14% correspondem ao número de doentes que ocupam camas de hospitais, não necessitando de cuidados agudos, gerando um consumo permanente de recursos limitados e dispendiosos, que poderia ser evitado, caso estes doentes não permanecessem à espera de uma transferência para unidades de cuidados adequados às suas reais necessidades.

Torna-se portanto evidente, de acordo com os estudos mencionados e segundo Bryan (2010) que existe uma ocupação de camas de agudos, para além do necessário, por parte de doentes que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas sim de cuidados continuados. De acordo com o autor, esta evidência está na origem do desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas para a implementação de novos modelos de prestação de serviços, nomeadamente na criação e implementação de modelos integrados de cuidados continuados em saúde.

3. Caracterização dos modelos de organização de cuidados continuados no Reino Unido e em Espanha e respetivo impacto na demora média hospitalar

As redes de cuidados continuados são um modelo de prestação de cuidados de saúde adotado em diversos países que pretendem dar resposta às necessidades de cuidados continuados, em particular, de doentes internados em serviços hospitalares após terem tido alta clínica. Neste contexto, iremos descrever com maior detalhe a rede de cuidados continuados do Reino Unido, o *NHS Continuing Healthcare*, pela sua dimensão e elevado grau de complexidade e a rede de cuidados continuados da região da Catalunha, a *Atenció Sociosanitària*, pela sua semelhança com o modelo português.

3.1. Reino Unido

3.1.1. O NHS Continuing Healthcare

O NHS Continuing Healthcare surge como uma resposta integrada, entre o sistema de saúde e o sistema social, com o objetivo de responder à crescente procura de cuidados continuados no Reino Unido, procurando igualmente melhorar a eficiência dos recursos existentes. Assim, o NHS Continuing Healthcare consiste num modelo de prestação de cuidados de saúde a todos os indivíduos que apresentem manifesta necessidade de cuidados continuados. Estes indivíduos, de acordo com UK Department of Health (2012), têm acesso aos serviços de cuidados continuados com base num modelo único de elegibilidade. Este método permite determinar de forma integrada a necessidade de prestação de cuidados continuados de saúde e sociais.

O processo de elegibilidade consiste, num primeiro momento, na aplicação de um instrumento de avaliação designado *CheckList* (**Anexo I**). Este questionário permitirá avaliar a necessidade de referenciar o indivíduo para o NHS *Continuing HealthCare*, supondo que este tem uma necessidade básica de saúde. Ainda de acordo com o UK Department of Health

(2012), mediante a existência de critérios que indicem esta necessidade é aplicado um segundo instrumento de avaliação denominado *Decision Support Tool I* (**Anexo II**), mais preciso, com parâmetros de avaliação mais específicos e rigorosos, centrados em quatro componentes de avaliação fundamentais: *natureza da necessidade; complexidade da necessidade; intensidade da necessidade e imprevisibilidade da necessidade*. A avaliação rigorosa destas quatro componentes permite conhecer com maior fiabilidade quais as reais necessidades de saúde do indivíduo e adequar os cuidados existentes em função das necessidades aferidas.

Em situações de evolução de doença rápida, cujas condições neurofisiológicas do indivíduo possam ficar seriamente comprometidas, condicionando ou incapacitando o doente, o NHS permite aplicar um outro instrumento de avaliação, designado *Fast Track Tool* (**Anexo III**). Este instrumento permite priorizar o encaminhamento dos indivíduos para o NHS *Continuing HealthCare*, de acordo com as suas necessidades imediatas e grau de evolução de doença atual.

3.1.2. Impacto do NHS Continuing Health Care na demora média hospitalar

A implementação do NHS *Continuing HealthCare* tem, porém, contribuído, de acordo com o NHS Improvement Stroke (2008), para o aumento efetivo da demora média, nomeadamente dos doentes que são referenciados com necessidades de cuidados continuados. O NHS Improvement Stroke (2008) menciona como causas para este fenómeno, características inerentes às instituições ou ao processo de sinalização e referência.

De acordo com Godfrey e Townsend (2009) cit. por Bryan (2010), as demoras médias hospitalares elevadas no Reino Unido, são identificadas como um problema de estrutura no sistema, que gera ineficiência na utilização de camas de agudos. De acordo com os autores, este problema surge frequentemente devido a estrangimentos entre o sistema de saúde e o sistema de segurança social.

Num estudo recente, realizado por Duffy et al (2011), os autores identificaram a existência de diferentes fatores que condicionam o momento da alta e potenciam o aumento da demora média dos doentes referenciados para o NHS *Continuing HealthCare*. O momento

de sinalização é efetuado, na maioria das vezes, tardiamente, sendo igualmente realizado demasiado cedo, em momentos cujos critérios de elegibilidade não são evidentes. Este desfasamento, quanto ao momento oportuno para realizar uma avaliação rigorosa das condições de elegibilidade do doente, é um dos constrangimentos associados ao aumento da demora média hospitalar para os doentes com necessidade de cuidados continuados (Duffy *et al.*, 2011). Segundo os mesmos autores, outro dos fatores de constrangimento verifica-se ao nível da comunicação entre serviços, sociais e hospitalares, muitas das vezes ineficaz ou inexistente. O processo de recolha de informação e documentação é mencionado igualmente como um constrangimento. A necessidade que os cuidados primários têm em fornecer documentos de apoio ao processo, torna-o moroso e complexo, bem como as reuniões das equipas de coordenação local, que demonstram alocar demasiado tempo à recolha de documentação, muitas vezes desnecessária à tomada de decisão.

Anderson (2011) identificou ainda constrangimentos ao nível da avaliação das condições de elegibilidade do indivíduo referenciado para o NHS *Continuing HealthCare*, mais concretamente ao nível da aplicação dos instrumentos de avaliação, tais com a *CheckList*, a *Decision Support Tool* e a *Fast Track Tool*. De acordo com o autor, a aplicação inadequada de um dos instrumentos, afeta necessariamente a aplicação subsequente das restantes ferramentas, levando à existência de erros processuais e deturpação dos factos. Anderson (2011) pôde igualmente observar que o momento em que as avaliações são realizadas, na grande maioria das vezes, é tarde, levando a um aumento desnecessário da demora média. Isto ocorre, segundo o autor, pela falta de aptidão em avaliar corretamente as necessidades dos indivíduos elegíveis para o NHS *Continuing HealthCare*. Neste contexto Anderson (2011), salienta a utilização inadequada das ferramentas disponíveis à avaliação dos critérios de elegibilidade dos indivíduos ao NHS *Continuing HealthCare*, nomeadamente a *CheckList* e a *Fast Track Tool*. Este entendimento resulta da inexistência de atribuição de competências ao nível das instituições, particularmente no que concerne ao processo de referenciação, bem como da deficiente ação formativa dos profissionais envolvidos.

Em síntese, de acordo com os estudos descritos, existem diversos fatores que contribuem para a existência de uma demora média de internamento elevada nos doentes com necessidades de cuidados continuados, podendo as razões que contribuem para o atraso nas altas ser consideradas complexas e multifatoriais (Bryan, 2010; Duffy *et al.*, 2011; Anderson, 2011). Os mesmos autores salientam que as respostas para o atraso nas altas deverão ser

encontradas com base num detalhado conhecimento do problema ao nível dos serviços e do contexto local e institucional (*Discharge Planning and ALC Policy Task Team*, 2006; UK Department of Health, 2006).

3.1.3. Recomendações de melhoria no processo de referência de doentes no NHS Continuing HealthCare

Com o objetivo de colmatar as falhas existentes, seja na utilização da *CheckList*, da *Decision Support Tool* e da *Fast Track Tool* como em todo o processo de referência para o *Continuing HealthCare*, a *NHS Improvement Stroke* (2012), emitiu um guia, designado *Guidance for Improving the CHC Process*, com orientações destinadas à melhoria do processo de referência do *NHS Continuing HealthCare*.

As orientações previstas no *Guidance for Improving the CHC Process* (2012), incluem as seguintes dimensões: 1) Momento de Avaliação; 2) Avaliação da Situação; 3) Coordenação do Processo; 4) Comunicação adequada e efetiva; 5) Integração entre cuidados de saúde e necessidades sociais; 6) Delegação de competências; 7) Adequação de competências profissionais; 8) Interpretação e variabilidade no processo de tomada de decisão.

De acordo com as dimensões enunciadas preconiza-se que o momento de avaliação ocorra, sempre que possível, quando as necessidades de doença imediatas do indivíduo estejam satisfeitas, conhecendo previamente quais as suas carências em termos de reabilitação e de cuidados continuados de saúde. Globalmente, o processo de avaliação da necessidade de inclusão no *NHS Continuing HealthCare* deverá iniciar-se sempre que o indivíduo esteja preparado para uma alta segura.

Relativamente à avaliação da situação de doença do indivíduo, o *NHS Improvement Stroke* (2012) considera a necessidade de existir um financiamento adequado, prevenindo atrasos desnecessários na transferência entre diferentes níveis de cuidados, evitando desta forma a permanência excessiva em camas de agudos. Neste sentido poderão ser criados serviços co-financiados pelo sistema de saúde e serviços sociais, em locais intermédios de

prestação de cuidados, com o objetivo de prevenir atrasos nas transferências rentabilizando a utilidade das camas de agudos existentes.

Nesta perspectiva, o NHS *Improvement Stroke* (2012) considera igualmente importante consensualizar uma estratégia comum entre instituições, nomeadamente quanto ao processo e percurso de referenciação do indivíduo no NHS *Continuing HealthCare*. Com efeito, sugere-se a criação da figura de coordenador do *CHC*, com a função de estabelecer a ligação entre a família e a equipa responsável pelo processo do indivíduo, eliminando redundâncias e tornando o processo mais custoeefetivo.

Em termos funcionais, as orientações do *Guidance for Improving the CHC Process* (2012) sugerem que os processos deverão ser acompanhados de uma comunicação efetiva e transparente entre os diferentes intervenientes nas diferentes fases do percurso de avaliação e referenciação. Neste sentido, pressupõe-se uma integração de competências e responsabilidades entre os serviços de saúde e os serviços sociais com o objetivo de garantir decisões partilhadas e consensuais. O documento elaborado pelo NHS *Improvement Stroke* (2012) pressupõe igualmente formação contínua aos profissionais afetos ao *CHC*, permitindo desta forma manter a homogeneidade na avaliação dos critérios de elegibilidade dos indivíduos, evitando avaliações desnecessárias e desconexas com as reais necessidades dos indivíduos. De acordo com as orientações enunciadas pelo NHS *Improvement Stroke* (2012), deverão ser revistos, ao fim de três meses, os casos referenciados que já não necessitem de cuidados continuados, libertando desta forma recursos para outras situações existentes. Contudo, importa mencionar que a revisão de casos, segundo o NHS *Improvement Stroke* (2012) deverá ser efetuada conjuntamente pelos serviços de saúde e serviços sociais, em tempo útil e oportuno.

Em síntese, o conjunto de orientações previsto pela NHS *Improvement Stroke* (2012) prevê a criação de um modelo que uniformize a metodologia de trabalho inerente ao processo de avaliação das necessidades do indivíduo. Pretende-se que haja igualdade entre a avaliação dos critérios de elegibilidade e a interpretação dos princípios subjacentes ao *continuum* de cuidados. Esta pretensão tem como objetivo diminuir a variabilidade existente entre a avaliação inicial, as reais necessidades do indivíduo e a tomada de decisão quanto à admissão no NHS *Continuing HealthCare*.

3.2. Espanha

Em Espanha, tal como nos restantes países desenvolvidos, e como anteriormente mencionado, os índices de envelhecimento associados à dependência e às doenças crónicas constituem uma preocupação para espaço sociosanitário, nomeadamente pelo aumento da procura de respostas ao nível dos cuidados continuados. De fato, o *Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària* (2010), num estudo efetuado em 2010, observou que a longevidade aumentou aproximadamente 16% em 5 anos, sendo que a sua tendência será crescente. Adicionalmente, um outro estudo verificou que a taxa de utilização dos serviços sociosanitários por indivíduos com idade igual ou superior a 94 anos é 8 vezes superior à taxa de utilização por indivíduos entre os 70 e os 74 anos. Por conseguinte, o envelhecimento constitui um risco para a sustentabilidade do sistema sociosanitário, dado o aumento da procura e internamento em serviços de cuidados continuados.

Face ao exposto, implementou-se em Espanha um modelo de prestação de cuidados continuados de saúde que pretende integrar o sistema de saúde e os serviços sociais colocando o indivíduo no centro desta integração. Contudo, e de acordo com as características políticas de autonomia das regiões espanholas, existem em Espanha, segundo Cervera *et al.* (2010), dezassete modelos diferentes de prestação de cuidados continuados. Iremos descrever somente o modelo implementado na região da Catalunha – *Atenció SocioSanitària Català* – dado que neste modelo residem as componentes estruturais do modelo adotado para Portugal e que originou a RNCCI. Por outro lado são já conhecidos os constrangimentos inerentes ao seu funcionamento, seja na articulação com os serviços de saúde, com os serviços sociais ou com os indivíduos que com ele se relacionam.

3.2.1. Atenció SocioSanitària Català

Em 1999, por decreto lei 242/1999 de 31 de Agosto, é criada, na Catalunha, a rede de cuidados continuados *Atenció SocioSanitària Català*. Este modelo de prestação de cuidados tem como finalidade planificar e coordenar de forma integrada o conjunto de recursos associados às necessidades de saúde dos indivíduos e à prestação de serviços sociais dirigidos

ao envelhecimento. De acordo com Salvà-Casanovas *et al.* (2004), a criação deste modelo de prestação de cuidados geriátricos permitiu integrar e promover o trabalho multidisciplinar nos diferentes âmbitos assistenciais, garantindo desta forma a transversalidade necessária ao *continuum* de cuidados .

Segundo os autores, a *Atenció SocioSanitària Català* considera quatro grandes eixos estratégicos na sua atividade assistencial:

- 1) Cuidados geriátricos;
- 2) Cuidados paliativos;
- 3) Cuidados aos indivíduos com doença de Alzheimer ou outras demências;
- 4) Cuidados aos indivíduos com doenças neurodegenerativas ou com lesões cerebrais

De forma geral, as respostas previstas pela rede catalã, de acordo com as orientações estratégicas, podem ser agrupadas em tipologias de internamento de média ou longa duração, tipologias de ambulatório e equipas de avaliação e suporte, possibilitando desta forma o acesso a cuidados de saúde adequados às reais necessidades dos indivíduos.

3.2.2. Caraterização das tipologias de resposta da *Atenció SocioSanitària Català*

Relativamente às unidades de internamento previstas na *Atenció SocioSanitària Català*, estas, de acordo com o preconizado, providenciam o alojamento, manutenção e apoio nas atividades de vida diária dos indivíduos, com recurso a meios médicos adequados às diferentes necessidades de saúde. Estas unidades podem classificar-se em: 1) *Unidades de Média Duração e Convalescença*; 2) *Unidades de Média Duração Polivalentes*; 3) *Unidades de Longa Duração*; 4) *Unidades de Cuidados Paliativos*.

A caraterização dos cuidados prestados pelas unidades de internamento acima descritas é ilustrada na tabela 1.

Tabela 1 – Unidades de internamento da Atenció Sociosanitària Català e caraterização dos serviços prestados

Unidades de internamento	Caraterização dos serviços prestados
Unidades de Média Duração e Convalescença	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de doentes numa fase subaguda de doença ou pós internamento; • Cuidados de saúde dirigidos a doentes com doença crónica prolongada sem necessidade de cuidados médicos de elevada complexidade; • Visa a recuperação da funcionalidade e a promoção de um maior grau de autonomia;
Unidades de Média Duração Polivalentes	<ul style="list-style-type: none"> • Prestam cuidados a indivíduos em situação de convalescença ou paliativa;
Unidades de Longa Duração	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigida a indivíduos com doenças crónicas avançadas ou com sequelas de doenças agudas; • Associada a elevados graus de dependência e incapacidade funcional; • Associada a elevadas carências sociais que impossibilitam a prestação de cuidados no domicílio. • Visa a promoção do bem-estar, da qualidade de vida, o controlo de sintomas associados à doença e a manutenção das capacidades funcionais pela reabilitação;
Unidades de Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades destinadas a indivíduos em situação de doença terminal ou em fim de vida; • Visa a promoção do bem-estar e da qualidade de vida

Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud , 2011

Quanto aos serviços domiciliários e de ambulatório, estes prestam assistência a doentes idosos, indivíduos com doenças crónicas ou em situação de doença terminal que, apesar de possuírem os recursos necessários para permanecer no domicílio, necessitam de apoio em reabilitação, tratamento e diagnóstico, e acompanhamento especializado em regime diurno. Estes serviços podem classificar-se em: 1) *Hospitais de dia*; 2) *Unidades de Avaliação Ambulatória em geriatria, transtornos cognitivos e cuidados paliativos*.

A caraterização dos cuidados prestados pelos serviços domiciliários e de ambulatório acima descritos é ilustrada na tabela 2, *infra*.

Tabela 2 – Serviços domiciliários e de ambulatório e caraterização dos cuidados prestados

Serviços domiciliários e de ambulatório	Caraterização dos cuidados prestados
Hospitais de dia	<ul style="list-style-type: none"> • Destinados a indivíduos com doenças crónicas ou doenças neurodegenerativas que necessitem de cuidados de suporte, reabilitação, tratamento, diagnóstico ou seguimento em regime ambulatório.
Unidades de Avaliação Ambulatória em geriatria, transtornos cognitivos e cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Constituídas por equipas multidisciplinares especializadas, com capacidade para realizar diagnósticos integrados; • Devem estar integradas com os restantes recursos sociosanitários para poderem desempenhar as funções de “gestor de caso”; • As equipas atuam discriminadamente ao nível geriátrico, cuidados paliativos e transtornos cognitivos;

Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud , 2011

Relativamente às equipas de avaliação e suporte, estas caraterizam-se e dividem-se em: 1) *Programa de cuidados domiciliários e equipas de suporte (PADES)*; 2) Unidades funcionais interdisciplinares sociosanitárias –UFISS; 3) *Equipas de terapêutica e observação direta ambulatória (ETODA)*.

A caraterização dos cuidados prestados pelas equipas de avaliação e suporte acima descritas é ilustrada na tabela 3.

Tabela 3 – Equipas de avaliação e suporte e caraterização dos cuidados prestados

Equipas de avaliação e suporte	Caraterização dos cuidados prestados
Programa de cuidados domiciliários e equipas de suporte – PADES	<ul style="list-style-type: none"> • Constitui-se por equipas de cuidados especializados que prestam apoio aos cuidados primários em situações complexas; • Compete-lhes a organização de recursos e coordenação entre os diferentes níveis assistenciais e serviços sociais.
Unidades funcionais interdisciplinares sociosanitárias – UFISS	<ul style="list-style-type: none"> • São equipas multidisciplinares orientadas para os cuidados geriátricos e paliativos em contexto hospitalar; • Compete-lhes dar apoio a casos complexos, coordenando os diferentes níveis de prestação de cuidados e acordo com os recursos existentes; • Atividade complementar à atividade de diagnóstico e à continuidade dos cuidados em ambulatório.
Equipas de terapêutica e observação direta ambulatória – ETODA	<ul style="list-style-type: none"> • São equipas destinadas a supervisionar e a administrar terapêutica a indivíduos, cuja problemática social os impede de realizar o tratamento de forma adequada.

Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud , 2011

3.2.3. Impacto da Atenció Sociosanitària Català na demora média hospitalar

De acordo com a análise efetuada pelo *Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària* em 2010, a implementação da rede sociosanitària na Catalunha, produziu alterações ao nível do sistema de saúde no seu todo. Estas alterações observaram-se particularmente ao nível dos hospitais de agudos. Ao nível hospitalar registou-se um aumento em cerca de 60% da demora média, nomeadamente nos casos de acidente vascular cerebral e fraturas do fémur. De acordo com a análise efetuada este aumento da demora média, impossibilita em cerca de 40% o acesso aos cuidados de saúde a novos doentes.

Contudo, segundo Ararteko (2007) o programa de apoio domiciliário apresentou resultados positivos, no sentido em que, num estudo realizado a doentes com cancro em fase terminal, foi demonstrado que a proporção de indivíduos que tiveram de recorrer aos serviços de internamento hospitalar foi reduzida em um-quarto. Este fato é atribuído à intervenção das equipas multidisciplinares e à relevância do seu papel na satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos que se encontram no seu domicílio.

4. Descrição de outros modelos e programas de prestação de cuidados continuados em contexto internacional e impacto na demora média hospitalar

No âmbito dos cuidados continuados existem modelos e programas de prestação de cuidados que, no contexto internacional, adquirem expressão pelo enfoque na integração entre os serviços de saúde e os serviços sociais, bem como pelo efeito produzido na utilização hospitalar, dias de internamento e demora média. Ainda que haja diferenças assinaláveis ao nível da organização, nos diferentes níveis de integração e objetivos assistenciais, estes defendem uma política de prestação de cuidados integrada e direcionada para o *continuum* de cuidados, perspetivando uma diminuição das admissões hospitalares, do recurso aos serviços de urgência e do tempo médio de internamento.

4.1. Gestão de Casos - *Case Management*

Segundo Hutt et al. (2004), a gestão de casos define-se como o processo de planejar, coordenar, gerir e rever os cuidados de saúde prestados a um indivíduo, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de métodos e modelos custoefetivos e geradores de qualidade de vida.

De acordo com os mesmos autores, este modelo tem origem na assistência social, tendo-se desenvolvido como mecanismo de oferta de cuidados holísticos e individualizados, adaptado às necessidades dos indivíduos com graves carências sociais e de saúde. Tem sido amplamente utilizado por indivíduos com deficiências cognitivas e motoras bem como, por indivíduos idosos com necessidades sociais e de saúde complexas. O objetivo principal consiste em coordenar de forma efetiva os serviços necessários evitando as situações de institucionalização prolongada por necessidade de cuidados continuados de saúde ou sociais.

Hutt et al. (2004) salientam que qualquer que seja o objetivo, a gestão de casos obedece a seis elementos estruturais: 1) Triagem; 2) Avaliação; 3) Planeamento de cuidados; 4) Implementação; 5) Monitorização; 6) Revisão.

Segundo os autores citados, qualquer um dos elementos estruturais mencionados pode ser realizado por um “*gestor de caso*” ou por uma equipa multidisciplinar independentemente de esta ser de saúde, social ou equipa integrada.

Na revisão da literatura realizada, os autores evidenciam a importância do *case management* como um modelo com capacidade para aumentar a eficiência dos serviços de saúde. Esta metodologia foi introduzida, por exemplo, no NHS, com o intuito de melhorar os serviços de saúde prestados, nomeadamente aos indivíduos com história de períodos de internamento prolongado. Esta metodologia de trabalho é particularmente dirigida aos idosos, com uma ou múltiplas doenças crónicas, em que a necessidade de controlar e manter estável a situação de doença é fundamental, uma vez que, segundo Hutt et al. (2004), este grupo é determinante para aferir a casuística dos recursos hospitalares, número de admissões, número de dias de internamento, taxa de utilização dos serviços de urgência e demora média de internamento.

4.1.1. Impacto do *Case Management* na demora média hospitalar

Este tipo de metodologia, o *case management*, tem, segundo Hutt *et al.*, (2004), influência no número de dias de internamento dos indivíduos. De fato, segundo os mesmos autores, demonstra-se uma associação entre a utilização do *case management* e uma diminuição dos dias de internamento observados, contribuindo para a diminuição da demora de média de internamento. Por outro lado, os autores, no decurso da revisão da literatura efetuada, constataram existir estudos que apontavam para a influência do *case management* no aumento da demora média. Da revisão efetuada salienta-se os estudos realizados por Bernabei *et al.* (1998) e Hendriksen *et al.* (1984), cujos contributos permitiram concluir que a ocorrência de uma diminuição do número de dias de internamento poderá resultar da diminuição do número de admissões hospitalares e não necessariamente pela diminuição da demora média. Estes autores, citados por Hutt *et al.* (2004), observaram, contudo, que a aplicação do *case management* a populações de indivíduos com múltiplas comorbilidades proporciona diminuições de 35% e 24% no número total de dias de internamento.

Mais recentemente, Boulton *et al.* (2000) e Kane e Feldman (2003), citados por Hutt *et al.* (2004), demonstraram que a introdução do *case management* produz uma diminuição da demora média hospitalar. Ainda que Boulton *et al.* (2000) tenham demonstrado existir uma redução pouco expressiva, de cerca de 0,08 dias, Kane e Feldman (2003) concluíram que para os indivíduos sujeitos ao modelo de *case management*, a demora média de internamento hospitalar é de cerca de 5,5 dias, contrapondo-se aos 6,7 dias dos indivíduos não incluídos neste modelo de prestação de cuidados.

Ross *et al.* (2011) salienta que o *case management* é um instrumento de integração de serviços, que tem como prioridade o indivíduo com necessidade de cuidados continuados de saúde. De acordo com os autores, estando o *case management* devidamente implementado, há evidência de melhores resultados em saúde, de uma redução da taxa de utilização dos serviços hospitalares e de um processo contínuo de prestação de cuidados mais custoefetivo. Salienta-se igualmente que o *case management* é mais efetivo quando parte integrante de um programa mais amplo e estrategicamente direcionado para populações de risco, em que o acesso aos cuidados primários, a promoção e prevenção da doença e a reabilitação e recuperação funcional são aspetos essenciais para uma efetiva gestão da doença.

4.2. Programa de Atenção Integrada aos Idosos – *Program of All-inclusive Care for the Elderly* – PACE

O programa PACE desenvolve-se nos Estados Unidos da América, e providencia o acesso integrado a cuidados sociais e de saúde a indivíduos com mais de 55 anos que se encontrem em situações de vulnerabilidade. A inclusão no programa PACE por parte de um indivíduo pressupõe que este resida próximo de um centro de dia, seja avaliado por uma equipa multidisciplinar e tenha autonomia para viver num ambiente comunitário.

O programa é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, responsáveis pela avaliação e satisfação das necessidades dos indivíduos, sendo que a planificação dos cuidados a prestar é efetuada conjuntamente pela equipa, indivíduo e família.

A população alvo deste programa apresenta múltiplas necessidades médicas, nomeadamente pela prevalência de doenças crónicas ou pela sua coexistência. Assim, o programa apresenta fortes incentivos a que a equipa multidisciplinar promova a autonomia do doente, prevenindo complicações ou agudizações que venham a necessitar da utilização de recursos hospitalares.

4.2.1. Impacto do programa PACE na demora média hospitalar

Burstein et al. (1998), num estudo realizado com o objetivo de conhecer o impacto do programa PACE, concluíram que relativamente à utilização de recursos hospitalares, os indivíduos envolvidos no programa estavam associados a uma diminuição das taxas de utilização hospitalar, número de admissões e número de dias de internamento. Efetivamente, estes indivíduos apresentavam, em média, após um ano de *follow-up*, menos 3 dias de internamento quando comparados com indivíduos não envolvidos no programa PACE.

Entre outros aspetos, Burstein et al. (1998) salientam que o programa PACE demonstra reduzir a probabilidade de recurso a admissões hospitalares, reduzindo igualmente

o número de dias de internamento. Diminui a probabilidade de os indivíduos necessitarem de um lar ou unidade de cuidados continuados. Por outro lado, o envolvimento neste programa aumenta a necessidade de fornecer e adequar a oferta de cuidados domiciliários e de ambulatório.

Mais recentemente, Hanke (2011), num estudo realizado com o objetivo de conhecer os efeitos do programa PACE na utilização dos recursos hospitalares, concluíram que os indivíduos envolvidos no programa têm uma utilização média de 0,2 dias de internamento por mês, ao contrário dos restantes indivíduos que apresentam aproximadamente 0,8 dias de internamento por mês.

Os autores citados concluíram que o programa PACE, tem a capacidade para controlar a utilização dos recursos hospitalares, considerando populações mais vulneráveis. O programa PACE permitiu reduzir situações de internamento e reinternamento desnecessárias com recurso a uma gestão integrada e eficaz de cuidados, com ênfase na prevenção e na constante avaliação das necessidades individuais, providenciando desta forma uma redução da utilização dos recursos hospitalares e garantindo a continuidade de cuidados de saúde de qualidade.

4.3. Sistema Integrado para pessoas idosas vulneráveis – *Systeme intégré pour personnes âgées fragiles – SIPA*

O programa SIPA foi desenhado com base nos fundamentos do programa PACE, tendo como objetivo colmatar a natureza fragmentada do sistema de saúde canadiano que, pelo seu contexto organizacional, não incentiva o uso de práticas e serviços mais custo-efetivos (Beland et al. 2006 citado por Curry e Ham, 2010). Assim, o modelo de prestação de cuidados SIPA tinha como objetivo principal a prestação, manutenção e a continuidade de cuidados ao individuo vulnerável na comunidade. A garantia destes cuidados era conseguida pelo recurso ao *case management*, a equipas multidisciplinares e à prestação de serviços domiciliários. O programa providenciava os cuidados continuados necessários, bem como serviços médicos e sociais e instituições para descanso dos cuidadores - *respite housing*.

Segundo Kodner (2009) cit. por Curry e Ham (2010), o programa SIPA fundava a sua atividade em unidades comunitárias tendo fundos financeiros próprios, recursos humanos e

equipa de gestão individualizadas. Estes eram responsáveis pelo provimento de serviços sociais e de saúde e pela coordenação com as instituições hospitalares e sociais.

4.3.1. Impacto do programa SIPA na demora média hospitalar

A avaliação do impacto produzido pelo programa SIPA, considerando o atual sistema de saúde canadiano, quanto à sua capacidade em substituir serviços hospitalares por serviços domiciliários e reduzir o número de admissões e internamentos bem como, o tempo de espera em internamento por vaga em lar ou instituições de acolhimento, segundo Beland et al. (2006) cit. por Curry e Ham (2010), traduziu-se numa transferência média de quatro mil dólares, por pessoa, de serviços hospitalares para serviços domiciliários.

O programa SIPA foi igualmente bem sucedido em reduzir o tempo de espera e o custo dos serviços de internamento hospitalares, por indivíduos que aguardavam vaga em lar ou instituição de acolhimento após alta clínica. Beland et al. (2006) observaram, mais concretamente, existir uma redução aproximada de 50% no número de indivíduos com alta clínica que permaneciam internados (*bed blockers*). O recurso aos serviços de urgência e à institucionalização permanente em lar foi reduzido em cerca de 10% pelos indivíduos envolvidos no programa.

O programa SIPA, de acordo com os autores, como modelo de integração de sistemas, apresenta-se viável e com potencial para reduzir a utilização de recursos e serviços hospitalares sem aumento de custos, sendo portanto sustentável do ponto de vista financeiro e em termos de cuidados de saúde às populações vulneráveis.

4.4. O modelo Kaiser Permanente aplicado ao NHS do Reino Unido – Torbay Care Trust

No âmbito da estratégia do NHS – Cuidados de Alta Qualidade para todos – têm vindo a desenvolver-se diferentes projetos piloto em que o foco consiste na integração de serviços sociais e de saúde numa perspetiva de *continuum* de cuidados. Um dos projetos piloto,

descrito de seguida, consiste na aplicação do modelo *Kaiser Permanente* ao NHS na localidade de Torbay.

4.4.1. O modelo *Kaiser Permanente*

No modelo *Kaiser Permanente* o foco dos cuidados no doente crónico – estratificado em função do risco, associando a prevenção, o suporte à autogestão, à gestão da doença e à gestão de casos de elevada complexidade – e à integração de serviços que possibilitam aos indivíduos deslocar-se, com facilidade, entre serviços hospitalares e serviços comunitários. Segundo Ham (2010), o *modelo Kaiser Permanente* agrega as funções de prestador/pagador, providenciando a prestação de cuidados no meio hospitalar e fora deste. Neste modelo de prestação de cuidados os especialistas clínicos e de medicina geral formam uma equipa, acautelando desta forma situações de indução da procura por parte da oferta.

Salientam-se igualmente, de acordo com Porter e Kellogg (2008), outros aspetos que caracterizam o modelo *Kaiser Permanente*, nomeadamente os que fazem referência à gestão ativa do indivíduo em situação de internamento hospitalar, seja pelo uso de protocolos de tratamento comuns, pela existência de profissionais que asseguram que o doente recebe o nível de cuidados adequado à sua condição clínica, pela existência de centros especializados que asseguram a reabilitação funcional de indivíduos que não necessitam de permanecer internados em hospitais de agudos, mas que todavia não reúnem condições para regressar ao domicílio. Estes fatores possibilitaram uma diminuição da utilidade de camas hospitalares, fomentando o apoio à autogestão da doença crónica, seja pelo acesso à informação ou pela implementação de programas educativos e formativos. Contudo, salienta-se que todos estes processos são suportados por um sistema de informação transversal, consistente e funcional (programa *Health Connect*) que permite a comunicação através de *e-mail*, acesso à história clínica, gerir consultas médicas e gerir prescrições e atos médicos.

Na tabela 4, *infra*, é possível observar e comparar as principais características do modelo Kaiser, que o distinguem de outros modelos em que a integração de serviços não ocorre.

Tabela 4 – O modelo Kaiser comparado com modelos sem integração de serviços

Modelo Kaiser Permanente	Modelos sem integração de serviços
Coordenação entre médicos e existência de um plano de saúde	Existência de concorrência entre médicos e seguros de saúde
Missão da organização baseada em cuidados de saúde	Organizações de saúde direcionadas para o mercado e benefícios financeiros
Organização e cooperação entre médicos de diferentes especialidades	O ato médico ocorre de forma isolada, sem influência de outras especialidades
Sem fins lucrativos, o enfoque ocorre no investimento em saúde e na qualidade e eficiência a longo prazo	Enfoque das organizações no rendimento obtido a curto prazo
Financiamento por capitação, promovendo a eficiência, prevenção e qualidade do serviço	O pagamento ou co-pagamento de serviços estimula a duplicação, desperdício e uso excessivo de recursos
A coordenação entre médicos permite determinar as estratégias e as prioridades da organização	Estratégia organizacional determinada por administradores ou financiadores
Equipas de saúde multidisciplinares	Cuidados de saúde prestados de forma isolada

Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud , 2011

4.4.2. O projeto de *Torbay Care Trust*

O projeto piloto de Torbay consistiu em integrar o modelo da *Kaiser Permanente* no âmbito do NHS. Uma das metodologias utilizadas para integrar este modelo no sistema de saúde inglês consistiu na atribuição de uma equipa multidisciplinar de saúde e de assistência social sob a supervisão de um único gestor, a um determinado número de indivíduos. Um dos objetivos prioritários do projeto era a satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos idosos. Neste sentido, é determinante conhecer as características da população, identificando os indivíduos que se encontrem com maior risco de recorrer aos serviços de urgência ou com necessidade de internamento. A estes é-lhes atribuído um gestor de caso que, juntamente com o indivíduo, elabora um plano de cuidados direcionado para a satisfação das suas necessidades de saúde e sociais. O acesso à informação do processo clínico do doente é transversal a todos os elementos da equipa multidisciplinar. Do processo devem constar todos os objetivos do tratamento, as intervenções planificadas e as ações recomendadas em caso de descompensação da doença ou agravamento da condição de saúde.

4.4.3. Impacto do modelo Kaiser aplicado ao NHS na demora média hospitalar

Considerando os aspetos acima descritos, relativamente à integração do modelo de prestação de cuidados da *Kaiser Permanente* no NHS, Ham et al. (2003) cit. por Curry e Ham (2010), salientam que quando comparado com o modelo inglês, de uma forma geral, o modelo da *Kaiser Permanente* apresenta melhores resultados com cerca de um-terço do número de camas. Ou seja, das onze condições médicas estudadas, pelas quais os indivíduos eram internados, o NHS apresentou mais 3,5 dias, em média, de internamento que a *Kaiser Permanente* para situações semelhantes, de acordo com Ham et al. (2003) cit. por Curry e Ham (2010).

Face ao exposto, a uma escala menor, a adaptação da metodologia do modelo Kaiser à população de Trobay, demonstrou ter resultados positivos. Da análise efetuada, constatou-se uma diminuição acentuada do número de dias de internamento hospitalar por indivíduo, bem como uma redução da demora média. Observou-se igualmente uma redução da taxa média de camas ocupadas, de 750 em 1998/99 para 528 em 2008/09. Adicionalmente, apresentou a mais baixa taxa de ocupação de camas do serviço de urgência por pessoas idosas com duas ou mais admissões - em média o uso de camas de urgência é de 2,025 por cada 1000 habitantes, para uma média regional de 2,778 por 1000 habitantes - e uma diminuição da proporção de idosos com alta clínica referenciados para lares ou instituições de acolhimento.

Apesar de existir uma redução na procura e utilização de recursos e serviços hospitalares, bem como um aumento dos índices de satisfação da população em geral, os autores salientam que não existe, todavia, dados que comprovem a custo-efetividade da aplicação deste modelo ao NHS.

5. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

5.1. Enquadramento da RNCCI

O modelo integrado de prestação de cuidados, RNCCI, foi idealizado tendo como base o modelo de prestação de cuidados continuados integrados catalão, *Atenció SocioSanitària Català*, descrito anteriormente no ponto 3.

Tal como o modelo catalão, a RNCCI surge como resposta política a uma necessidade social emergente que deriva, entre múltiplos fatores, essencialmente, do efeito agregado da diminuição da mortalidade e da natalidade, associados ao aumento da esperança média de vida e progressivo aumento do envelhecimento.

A este novo paradigma sociodemográfico associam-se novas condicionantes, tais como a emergência e persistência de situações de doença, que não sendo fatais, são no entanto debilitantes e condicionantes da autonomia e qualidade de vida dos indivíduos e populações. Neste contexto, torna-se fundamental dar resposta a situações de dependência e incapacidade, nomeadamente a indivíduos com uma ou mais comorbilidades, em situação de manutenção ou reabilitação decorrente das suas necessidades sociais ou de doença (PNS, 2010).

Com o propósito único de responder adequada e efetivamente a estas necessidades é fundamental desenvolver e implementar um modelo de prestação de cuidados sociais e de saúde integrado, que considere as vertentes de reabilitação, manutenção, prevenção e de necessidade paliativa (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Este novo modelo de prestação integrado de cuidados, deve ser capaz de responder a diferentes grupos de indivíduos, que se encontrem em diferentes estadios da sua doença, e em diferentes circunstâncias do seu ciclo de vida. Pressupõe-se igualmente, que o modelo seja gerador de autonomia para os indivíduos que dele beneficiem como para as famílias envolvidas, aumentando a capacidade e competência para gerir situações de doença crónica e de incapacidade funcional. A implementação de um modelo com estas características e objetivos, deverá, idealmente, preencher o “*espaço*” situado entre os cuidados hospitalares e os cuidados comunitários e primários. Sendo portanto essencial, a criação de equipas multidisciplinares com capacidade e competência para avaliar e responder efetivamente às diferentes necessidades dos indivíduos, melhorando o acesso e a articulação entre os cuidados

sociais e de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados prestados nas diferentes tipologias de resposta, de acordo com o grau de dependência, funcionalidade e carência social (UMCCI, 2010; OPSS, 2009).

Perseguindo este propósito, o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, que regulamenta e institui a RNCCI, determina como políticas de saúde e políticas sociais aquelas que possibilitem:

1. Desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência;
2. Investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial;
3. Qualificar e humanizar a prestação de cuidados;
4. Potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade;

É na perspectiva de conseguir responder às lacunas acima identificadas, no sentido de prevenir e reduzir as situações de dependência de cariz social e de saúde, e de promover a reabilitação e potencial de funcionalidade dos indivíduos, que se tornou emergente a criação e implementação da RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

5.2. Criação e implementação da RNCCI

A RNCCI é criada por Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, no âmbito de competências do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e da Segurança Social, sendo definida como uma referência estratégia nacional inserida no SNS, de índole intersectorial entre o público e o privado, respondendo às políticas definidas para o setor da saúde e da segurança social.

A RNCCI é composta por instituições públicas e privadas cuja missão é *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*. Esta prestação de cuidados pode ser dirigida para o domicílio ou para unidades próprias e vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, a RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, contemplando igualmente a necessidade de cuidados paliativos ou de intervenção social. A origem da sua intervenção poderá ocorrer nos serviços comunitários de proximidade, nos hospitais, cuidados de saúde primários e serviços sociais, e através da rede solidária e autarquias locais. Como objetivo principal, a RNCCI definiu a prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

A implementação da RNCCI, de acordo com o plano estratégico estabelecido, compreende 3 fases, ao longo de 10 anos. A primeira fase terminou no ano de 2008, altura em que foram implementadas 30% das respostas necessárias. A segunda fase, concluída em 2012, com uma abrangência de 60% necessidades identificadas, e a terceira fase, prevista terminar em 2016, com uma resposta de 100%, perante a totalidade de indivíduos identificados em situação de perda de autonomia ou em situação de dependência.

Conforme podemos observar *infra*, apresenta-se a tabela 5, representativa do número de camas e cobertura populacional por região no primeiro semestre de 2012.

Tabela 5 – Cobertura populacional da RNCCI por região no primeiro semestre de 2012

Região	Nº de habitantes com idade \geq 65 anos	Nº de camas	Nº de camas por 100.000 hab. \geq de 65 anos a 30.6.12	Nº de lugares ECCI	Nº de lugares ECCI por 100.000 hab. \geq de 65 anos a 30.6.12	Nº lugares totais	Nº de lugares totais por 100.000 hab. \geq de 65 anos a 30.6.12
Norte	634.756	1.888	297	1.730	273	3.618	570
Centro	395.294	1.666	421	1.188	301	2.854	722
LVT	702.070	1.279	182	1.961	279	3.240	461
Alentejo	129.033	702	544	570	442	1.272	986
Algarve	88.404	413	467	1.515	1.714	1.928	2.181
Total	1.949.557	5.948	305	6.964	357	12.912	662
Total em %		46%		54%			

Adaptado de UMCCI, 2012

Salienta-se, de acordo com a tabela 5, relativamente à cobertura populacional por cada 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, que a região do Algarve tem maior cobertura populacional em todos os itens, quando comparado com as restantes regiões de saúde. Observa-se igualmente que em termos de lugares domiciliários, no ano de 2012, estes representam 54% dos lugares totais da RNCCI.

A região Norte tem uma cobertura em camas sobreponível à média nacional, sendo que a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresenta a menor cobertura populacional em lugares de internamento, com 60% da cobertura média nacional.

5.3. Missão e objetivos da RNCCI

Atendendo à missão da RNCCI, salienta-se o seu caráter intersetorial e integrado como chave de uma efetiva prestação de cuidados ao doente dependente. A integração da família do indivíduo no plano de cuidados estabelecido pelas equipas multidisciplinares é igualmente preponderante para uma capacitação e empoderamento eficientes, dotando o indivíduo de competências adequadas ao seu novo contexto, seja de reabilitação ou manutenção das capacidades funcionais e de atividade de vida diária, seja em situações de fim de vida ou paliativas.

De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2009) destacam-se os seguintes objetivos como orientadores da missão definida:

1. A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
2. A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
3. O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação.

4. A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
5. O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados.
6. A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação.
7. A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

A UMCCI (2009) define também como objetivos estratégicos, fundamentais para a prossecução da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, como garantia de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações mais vulneráveis e estruturante para a reorganização de serviços e cuidados de saúde, os seguintes:

1. Diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos;
2. Diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares;
3. Redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência;
4. Redução dos custos das unidades hospitalares de agudos;

Neste contexto, assume particular importância o estudo que nos propomos realizar, nomeadamente pela expectativa de conhecer, com rigor, em que medida a implementação da RNCCI contribuiu para o atingir dos objetivos estratégicos mencionados, particularmente os que dizem respeito à diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos.

Importa igualmente refletir nos restantes objetivos porque, considerando o âmbito de execução da RNCCI, é expectável que haja ganhos em saúde para a população de forma geral. Por conseguinte, a criação de respostas de saúde e sociais ajustadas às necessidades dos

indivíduos, em situação de dependência, permitirá o aumento da cobertura de prestação de cuidados continuados integrados a nível social. Produzindo igualmente um reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social, com vista à manutenção e/ou reabilitação, sempre que possível e adequado, das pessoas com dependência no seu domicílio. Por outro lado, este aspeto permite potenciar a redução da procura de serviços hospitalares de agudos, por indivíduos em situação de dependência, uma vez que os cuidados a estes são privilegiados em contexto comunitário, evitando situações de internamento desnecessárias e garantindo uma melhoria da sua condição de vida e bem estar (UMCCI, 2009; Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho; PNS, 2010).

5.4. Modelo de gestão e coordenação da RNCCI

O modelo de prestação de cuidados da RNCCI prevê a integração e articulação entre diferentes tipos de unidades e equipas de prestação de cuidados, sejam de saúde ou de apoio social, sendo que o seu âmbito de intervenção compreende os diferentes níveis de saúde e os diferentes serviços que estes disponibilizam. Daí ser fundamental uma articulação eficiente entre todos os agentes e setores garantindo uma correta alocação das equipas e recursos da RNCCI, de acordo com as necessidades identificadas. A boa gestão entre todos os agentes afigura-se essencial para a garantia de prestação de cuidados de saúde de qualidade e sustentabilidade do modelo criado (UMCCI, 2009).

A coordenação da RNCCI ocorre a três níveis: a nível nacional, regional e local. A nível nacional, esta coordenação é efetuada, atualmente, pela Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI, sendo operacionalizada a nível regional e local pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL). Estas últimas apesar de coexistirem em termos operacionais têm competências e áreas de influência específicas.

A RNCCI é uma estrutura descentralizada de poderes e competências, que permite uma articulação efetiva entre os diferentes níveis de coordenação ao mesmo tempo que garante flexibilidade e orientação para os resultados. Possibilita igualmente acompanhar,

monitorizar e avaliar a gestão dos recursos e o atingir de metas e objetivos de forma eficiente e adequada (UMCCI, 2010; Campos et al. 2009).

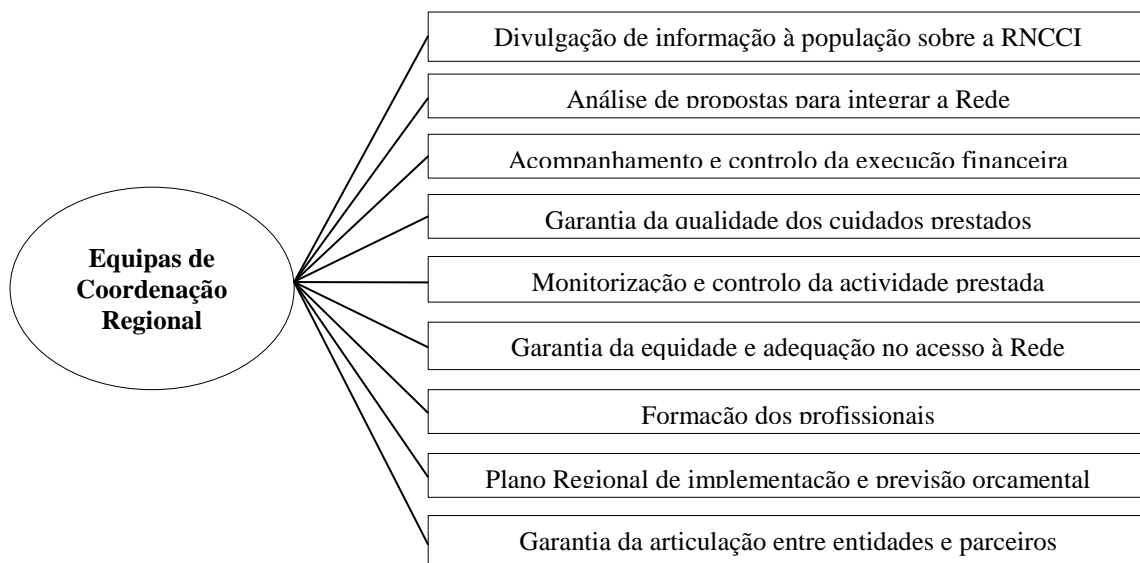
A nível nacional compete à Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI coordenar e implementar as políticas de saúde definidas para a RNCCI de acordo com os Ministérios da Saúde e Segurança Social, competindo-lhe também a articulação entre a RNCCI e as demais instituições dos sistemas sociais e de saúde.

A nível regional a coordenação ocorre de acordo com as competências da ECR, que articula a comunicação entre a Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI e as ECL e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da RNCCI.

Ao nível local, compete às ECL gerir a coordenação e articulação entre as ECR e assegurar o acompanhamento e avaliação das atividades e recursos a desenvolver no seu âmbito de referência (UMCCI, 2009).

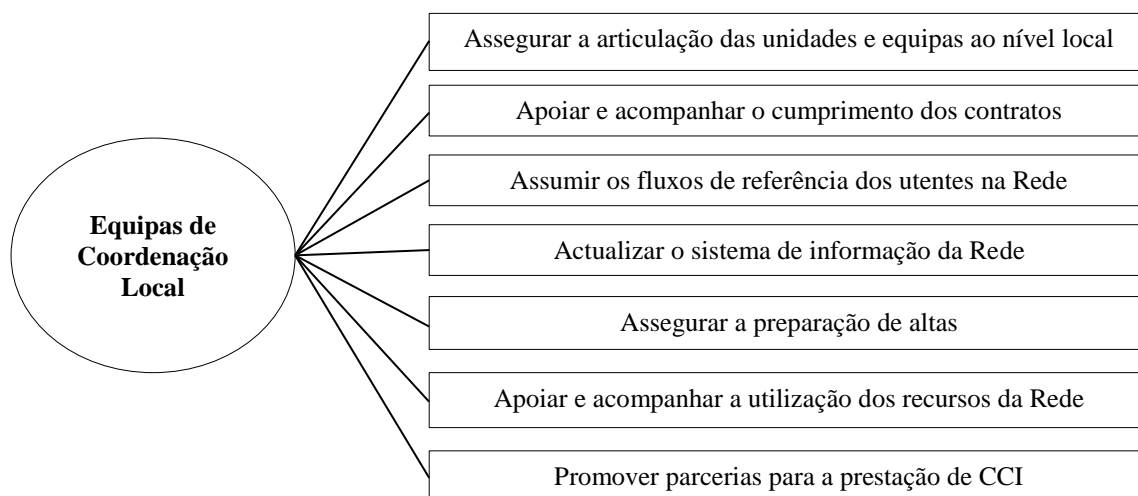
Nas figuras seguintes, figura 2 e figura 3, podemos observar resumidamente as principais competências atribuídas a cada uma das equipas coordenadoras, ECR e ECL, respetivamente.

Figura 2 – Competências das ECR



Adaptado de UMCCI, 2009

Figura 3 – Competências das ECL



Adaptado de UMCCI, 2009

5.5. Tipologias de cuidados existentes na RNCCI

A RNCCI providencia a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de acordo com quatro tipologias de resposta, dividindo-se em unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias que na figura 4, se apresentam de forma esquemática.

Figura 4 – Tipologias de resposta previstas na RNCCI

Unidades de Internamento	<ul style="list-style-type: none"> •Unidades de Convalescença •Unidades de Média Duração e Reabilitação •Unidades de Longa Duração e Manutenção •Unidades de Cuidados Paliativos
Unidades de Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> •Unidade de dia e de promoção da autonomia
Equipa Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> •Equipa Intra-Hospitalar de suporte de cuidados paliativos
Equipas Domiciliárias	<ul style="list-style-type: none"> •Equipas de cuidados continuados integrados •Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Adaptado de UMCCI, 2009

Conforme se pode observar *supra*, as unidades de internamento subdividem-se em Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos. Por sua vez as Equipas Hospitalares são constituídas pelas Equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos.

No âmbito domiciliário, existem Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, sendo que ao nível ambulatorio existem Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

Seguidamente são resumidas as principais competências e objetivos das diferentes tipologias elencadas.

As Unidades de Convalescença, segundo o preconizado pela UMCCI (2009), têm como finalidade a estabilização ou recuperação clínica e funcional dos indivíduos, pelo que, a referenciação para este tipo de unidades deve contemplar os indivíduos que se encontrem numa fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, e que tenham cumulativamente um elevado potencial de reabilitação, num período de tempo estimado e desejável de até 30 dias consecutivos.

As Unidades de Convalescença são caracterizadas como:

“uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónicos” (cfr. artº 13 do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho)

Relativamente às Unidades de Média Duração e Reabilitação, estas têm como objetivo responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação integral e independência dos indivíduos, cujo motivo de carência decorra de um processo de doença agudo ou de descompensação de doença crónica. Este tipo de unidades pode assumir igualmente uma diferenciação na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. Esta tipologia de cuidados pressupõe, previsivelmente, um período de internamento entre os 30 dias e os 90 dias.

As Unidades de Média Duração e Reabilitação são definidas como:

“uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Considerando as as Unidades de Longa Duração e Manutenção, de acordo com a UMCCI (2009) e o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, estas têm como objetivo a prestação de cuidados que previnam ou diminuam o impacto da situação de dependência, otimizando o estado de saúde dos indivíduos e potenciando o conforto e a qualidade de vida. Este tipo de resposta é dirigido essencialmente a indivíduos com múltiplas doenças crónicas, que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, e que, de acordo com as circunstâncias, não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Os tempos de internamento preconizados para esta tipologia são superiores a 90 dias.

Por último, das tipologias de resposta previstas no âmbito do internamento, as unidades destinadas aos Cuidados Paliativos têm como objetivo dar resposta à necessidade de prestar cuidados, tratamento e acompanhamento paliativo aos indivíduos que pela complexidade e sofrimento inerentes à sua situação de doença, se encontram em fim de vida ou em estágio avançado de doença incurável. Também neste âmbito se integram, como resposta da RNCCI à necessidade de cuidados paliativos, as equipas domiciliárias, nomeadamente as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados.

No âmbito hospitalar, atuam igualmente as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, cuja missão é a de providenciar assessoria técnica especializada em cuidados paliativos. O seu âmbito de ação é transversal a todos os serviços hospitalares, sendo constituída por elementos de diferentes grupos profissionais, tendo como critério de inclusão a formação em cuidados paliativos.

Relativamente aos serviços prestados no domicílio e em ambulatório, de acordo com a UMCCI (2009), as Unidades de dia e de promoção da autonomia, visam a promoção da autonomia a todos os indivíduos que se encontrem em situação de dependência, mas que no entanto, considerando a sua situação de doença atual e o seu contexto socio-familiar, é possível providenciar os cuidados necessários em regime de ambulatório.

Ao nível do domicílio, atuam igualmente as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), igualmente previstas no Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho. Estas equipas constituem-se de forma multidisciplinar, sendo integradas nos cuidados de saúde primários e serviços de apoio social. Têm como competências a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, e cuja necessidade de internamento se exclui. As ECCI, segundo a UMCCI (2009) e de acordo com o preconizado no Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, devem constituir-se por elementos com competência no âmbito dos cuidados paliativos, possibilitando desta forma o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às unidades de internamento de Reabilitação e Manutenção. Por conseguinte, estas equipas podem assumir-se igualmente como Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, ECSCP.

5.6. Processo de sinalização, referenciação e admissão na RNCCI

De acordo com a UMCCI (2009), a admissão na RNCCI ocorre através de um processo de referenciação cujo objetivo é o de providenciar os melhores recursos disponíveis considerando as necessidades de dependência e reabilitação do indivíduo, bem como as especificidades do seu contexto sociofamiliar.

São admitidos na RNCCI, todos os indivíduos que se encontrem nas seguintes condições:

1. Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
2. Dependência funcional prolongada;
3. Idosos com critérios de fragilidade;
4. Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;
5. Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O processo de referenciação pressupõe a existência de uma uniformidade de procedimentos, cuja finalidade é a de garantir o fácil acesso aos serviços da rede, de forma adequada e atempada. Com o objetivo de garantir estes pressupostos o processo de referenciação é operacionalizado pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) Equipas de

Coordenação Local e pelas Equipas de Coordenação Regional. A UMCCI intervém ao nível da monitorização e regulação do processo.

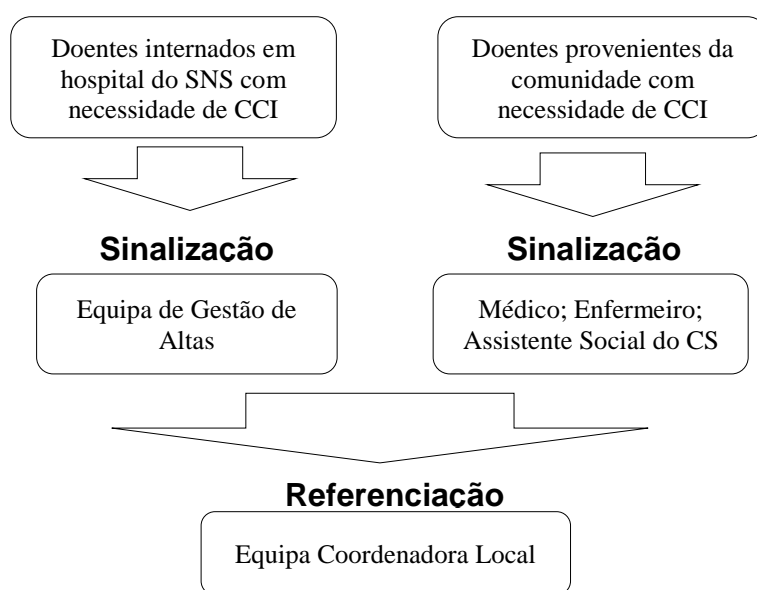
A referenciação dos indivíduos para as diferentes tipologias previstas na RNCCI pode ter origem quer nos hospitais do SNS, quer nos Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES).

No caso da referenciação ocorrer num hospital, esta é efetuada pela EGA desse hospital, que deve ser constituída por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Esta equipa tem como competência a preparação e gestão da alta hospitalar devendo articular-se com os serviços necessários ao adequado encaminhamento do processo do doente, de acordo com as necessidades de saúde do individuo, grau de dependência, potencial de reabilitação e contexto socio-familiar. A EGA propõe a referenciação para admissão na RNCCI à ECL que avalia a situação de saúde e social do individuo e verifica o cumprimento dos critérios de referenciação.

A referenciação para a RNCCI pode igualmente ocorrer na comunidade, neste caso por um elemento do ACES, médico, enfermeiro ou assistente social, dando seguimento ao processo junto da ECL. À ECL cumpre avaliar e validar a referenciação de acordo com os critérios de inclusão previstos para as diferentes tipologias de resposta na RNCCI.

A figura 5, *infra*, ilustra o processo de referenciação de acordo com o ponto de origem, hospitalar ou na comunidade.

Figura 5 – Processo de referenciação para a RNCCI de acordo com o ponto de origem



Adaptado de UMCCI, 2009

Em síntese, a RNCCI, segundo a UMCCI (2010), constitui-se como um modelo de âmbito nacional, que atua num nível inermédio de cuidados e que pretende, com recurso a diferentes tipologias, dar resposta às diferentes necessidades sociais e de saúde dos indivíduos. A sua amplitude deriva de uma matriz intersectorial, saúde-social, que garante a adequação de respostas consoante haja carências ao nível da reabilitação, dependência ou manutenção da saúde dos indivíduos, bem como em situações de doença terminal ou fim de vida.

Parte B – O Impacto da RNCCI na Demora Média Hospitalar

1. Questão de investigação e objetivos da investigação

Considerando o âmbito de atuação da RNCCI, explorado e contextualizado nos capítulos anteriores, importa conhecer que impacto a sua implementação provocou na eficiência dos serviços de internamento hospitalar de agudos. É igualmente de salientar, para o presente estudo, que a UMCCI definiu como objetivo estratégico à sua intervenção, entre outros, a diminuição da demora média (DM) de internamento em unidades hospitalares de agudos.

Neste sentido, com vista à prossecução do presente projeto, e de acordo com a melhor evidência apresentada, coloca-se a seguinte questão de investigação:

- Qual o impacto atual da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na demora média de internamento hospitalar?

Considerando a questão de investigação, importa igualmente mencionar os objetivos que orientam e que fundamentam a pertinência da investigação. Por conseguinte, estabelece-se como objetivo geral:

- Determinar o impacto da RNCCI na demora média hospitalar;

E como objetivos específicos, os seguintes:

- Caracterizar os episódios referenciados para a RNCCI;
- Conhecer a DM dos episódios referenciados para a RNCCI;
- Comparar a DM dos internamentos hospitalares e a DM hospitalar dos episódios sinalizados e referenciados para a RNCCI a nível nacional e por região de saúde;
- Conhecer a DM dos GDH com maior número de sinalizações para a RNCCI por região de saúde

2. Metodologia

2.1. Criação da base de dados e determinação da população em estudo

A metodologia e o tratamento de dados adotados, com o intuito de responder aos objetivos a que nos propomos, teve por base a análise dos dados resultantes do cruzamento de todos os episódios de internamento criados na base de dados da UMCCI e da ACSS, ou seja 143.391 episódios, considerando o período de tempo compreendido entre 1 de Janeiro de 2009 e 31 de Junho de 2011. O tratamento dos dados e o percurso metodológico efetuado é descrito em seguida.

No âmbito do projeto de investigação “Contratualização em Cuidados Continuados Integrados”, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, em parceria com a ACSS, IP, a UMCCI disponibilizou a base de dados com os episódios referentes ao período de tempo em estudo. Para melhor determinar o impacto da RNCCI na DM hospitalar, a ACSS disponibilizou igualmente a base de dados nacional dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos, GDH. Esta base de dados permitiu a comparação da DM dos episódios referenciados para a RNCCI com a DM nacional, bem como a sua comparação com a DM das sub-regiões de saúde.

Assim, com o propósito de responder aos objetivos de investigação enunciados, foi efetuado o cruzamento das bases de dados disponibilizadas. Isto é, foi efetuado o cruzamento dos dados referentes aos episódios de internamento hospitalar com os dados referentes aos episódios criados na RNCCI. Desta forma foi possível construir uma base de dados única, como a totalidade dos dados respeitantes aos indivíduos referenciados, desde a sua admissão no hospital até ao momento de admissão na RNCCI, e percurso efetuado nas diferentes tipologias. Foi igualmente possível obter os GDH correspondentes, a data de ocorrência da primeira sinalização e a data do momento de referenciação para a RNCCI.

Após o cruzamento de dados efetuado pela ACSS, a nova base de dados continha 143.391 episódios de internamento registados. Posteriormente foram eliminados os episódios de internamento inferiores a 24 horas e com mais de 1000 dias de internamento, correspondentes a 60.762 episódios, resultando numa lista de 82.629 episódios de internamento e sinalização para a Rede.

Da lista de 82.629 episódios, foram identificados e eliminados 4802 episódios que não se incluíam no período em análise, de 1 de Janeiro de 2009 até 31 de Junho de 2011. É de ressaltar que foram mantidos os episódios de internamento respeitantes ao ano de 2008, desde que, tivessem tido alta hospitalar em 2009. Assim sendo, obteve-se uma lista final de 77.827 episódios.

Do cruzamento resultante entre a base de dados da ACSS e da RNCCI, foram eliminados 13.221 episódios de internamento hospitalar que não obtiveram correspondência na base de dados da RNCCI, obtendo-se uma lista de 64.606 episódios. Destes, foram eliminados 15.595 episódios cuja data de sinalização era anterior à data de internamento hospitalar, resultando numa nova lista de 49.011 episódios. Seguidamente foram eliminados 31.342 episódios registados na RNCCI, referentes aos indivíduos com mais de um internamento hospitalar. Foram igualmente eliminados 18 episódios resultantes de sinalizações posteriores ao período de tempo em estudo.

Após a aplicação dos critérios acima mencionados, conforme é ilustrado na figura 7, obteve-se uma base de dados final, com uma população em estudo de 17.651 episódios de internamento hospitalar com sinalização para a RNCCI.

Figura 6 – Critérios de exclusão na criação da base de dados e determinação da população

Cruzamento das bases de dados UMCCI/ACSS	Critérios de Exclusão	Nº de episódios eliminados	População em estudo
	Episódios com internamentos \leq a 24h e \geq 1000 dias	60.762	
143.391 episódios de internamento	Episódios com data de internamento não incluída no período em estudo	4802	17.651 episódios de internamento com sinalização para a RNCCI
	Episódios de internamento sem correspondência na RNCCI	13.221	
	Episódios com data de sinalização anterior à data de internamento	15.595	
	Episódios com registo de internamento duplicado	31.342	
	Episódios com data de sinalização posterior ao período de tempo em estudo	18	

2.2. Análise dos resultados

Para uma melhor compreensão e objetividade na interpretação de dados importa referir o conceito de Demora Média Hospitalar como, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2008), a média de dias de internamento hospitalar utilizados por doente saído do estabelecimento, calculando-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total de doentes saídos num determinado período de tempo.

Para um melhor tratamento estatístico e leitura dos dados obtidos, a análise dos mesmos foi distribuída por dez trimestres, considerando a data inicial de 1 de Janeiro de 2009, e a final de 31 de Junho de 2011.

Face ao exposto, primeiramente iremos caracterizar a amostra em estudo considerando o ano e os respetivos trimestres de acordo com o período de tempo em estudo. Para efeitos de caracterização iremos considerar o sexo e faixa etária dos indivíduos sinalizados, de acordo com o GHD de internamento hospitalar e respetiva a sub-região de saúde.

Em seguida será efetuada a comparação trimestral entre a DM dos internamentos hospitalares e a DM hospitalar dos episódios referenciados. Esta metodologia permite avaliar o impacto atual da RNCCI no tempo de internamento hospitalar, a nível nacional e ao nível das sub-regiões de saúde. Por último serão analisados, por semestre, os GDH com maior número de referências para a RNCCI de acordo com as diferentes regiões de saúde. Esta análise permite caracterizar e comparar as DM associadas a estes GDH, com a DM nacional e regional, bem como, analisar os momentos médios de sinalização e referência, considerando os limiares inferiores e superiores de tempo de internamento definidos para cada GDH.

3. Apresentação de resultados

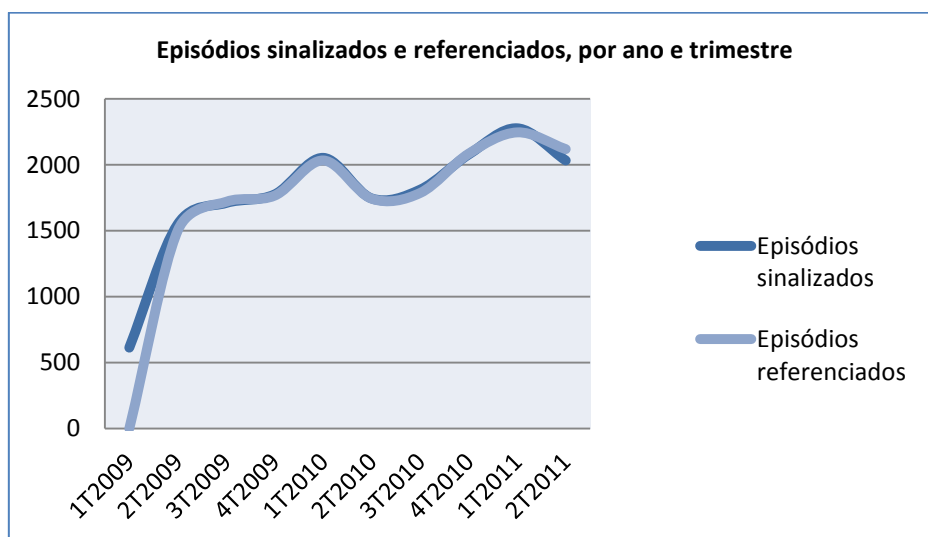
Como referido, a população em estudo contém 17651 episódios de internamento com sinalização para a RNCCI no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2009 e 31 de Junho de 2011, caracterizada em seguida por ano e trimestre, para melhor visualização dos dados.

3.1. Caracterização da População

3.1.1. Caracterização por Ano e Trimestre

Os 17651 episódios de internamento com sinalização para a RNCCI, no período de tempo compreendido entre 1 de Janeiro 2009 e 31 de Junho de 2011, encontram-se distribuídos conforme ilustra a figura 7, *infra*:

Figura 7. Episódios sinalizados e referenciados, por ano e trimestre



No 1º trimestre de 2009, de acordo com a figura 7 e o quadro 1, *infra*, não foram registadas referências, o que é de todo improvável, tal como foi confirmado pela coordenação da RNCCI. Aliás, com exceção das sinalizações do 1º trimestre de 2009, apenas 35 sinalizações não resultaram em referências para a RNCCI, correspondentes a 0,2% da

população em estudo. Deste modo, e de forma a podermos utilizar os 614 episódios sinalizados, ainda que sem registo de referenciação no 1º trimestre de 2009, a caracterização da população em estudo é feita com base nos episódios sinalizados.

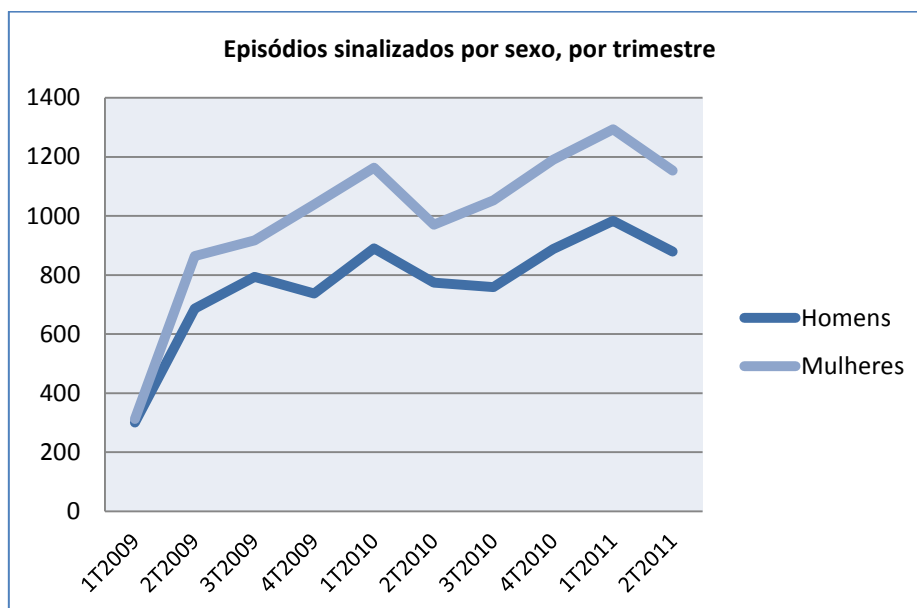
Quadro 1. Número de Episódios sinalizados e referenciados, por ano e trimestre

	Episódios sinalizados		Episódios referenciados	
	N	%	n	%
1T2009	614	3,5%	0	0,0%
2T2009	1551	8,8%	1502	8,8%
3T2009	1711	9,7%	1720	10,1%
4T2009	1776	10,1%	1767	10,4%
1T2010	2053	11,6%	2033	12,0%
2T2010	1745	9,9%	1743	10,3%
3T2010	1812	10,3%	1787	10,5%
4T2010	2079	11,8%	2085	12,3%
1T2011	2277	12,9%	2246	13,2%
2T2011	2033	11,5%	2119	12,5%
Episódios sinalizados não referenciados	649 (3,7%)			
Total de episódios	17651	100%	17002	96,3%

3.1.2. Caracterização por sexo

Através da análise da figura 8 e do quadro 2, *infra*, podemos constatar que da totalidade de indivíduos sinalizados, 56,4% são do sexo feminino e 43,6% são do sexo masculino. Podemos igualmente observar que ao longo do tempo o número de episódios sinalizados tem vindo a aumentar. Verificam-se 2053 sinalizações no 1 trimestre de 2010 e 2277 sinalizações no 1 trimestre de 2011, ver quadro 2. Este aumento ocorre em ambos os sexos, sem que no entanto se registem diferenças percentuais relevantes ao longo do período em estudo.

Figura 8. Episódios sinalizados de acordo com o sexo, por trimestre



Quadro 2. Número de episódios sinalizados, por sexo

	Homens		Mulheres		Totais por trimestre	
	n	%	n	%	n	%
1T2009	301	1,7%	313	1,8%	614	3,5%
2T2009	687	3,9%	864	4,9%	1551	8,8%
3T2009	794	4,5%	917	5,2%	1711	9,7%
4T2009	737	4,2%	1039	5,9%	1776	10,1%
1T2010	890	5,0%	1163	6,6%	2053	11,6%
2T2010	774	4,4%	971	5,5%	1745	9,9%
3T2010	759	4,3%	1053	6,0%	1812	10,3%
4T2010	888	5,0%	1191	6,7%	2079	11,8%
1T2011	984	5,6%	1293	7,3%	2277	12,9%
2T2011	879	5,0%	1154	6,5%	2033	11,5%
Totais por sexo	7693	43,6%	9958	56,4%	Total: 17651 (100%)	

3.1.3. Caracterização por Faixa Etária

A amostra em estudo encontra-se distribuída por trimestre, em quatro faixas etárias e de acordo com o respetivo sexo, conforme é ilustrado nas figuras 9 e 10 e quadro 3, *infra*.

No período em análise e para a totalidade da amostra, podemos observar um maior número de sinalizações do sexo masculino nas faixas etárias mais jovens, sendo que nas faixas etárias mais idosas, existe um predomínio de sinalizações associadas ao sexo feminino.

Este comportamento pode igualmente observar-se de forma mais detalhada na figura 10 e quadro 3, *infra*. A distribuição da amostra por trimestre, permite constatar o acima enunciado em todos os períodos de tempo. Ou seja, que em faixas etárias mais jovens, até aos 64 anos, são os homens que apresentam maior número de sinalizações, com 2267 episódios sinalizados. Por outro lado, nos indivíduos com mais de 65 anos, são as mulheres que apresentam maior número de sinalizações, com 8596 episódios sinalizados.

Figura 9. Episódios sinalizados por faixa etária e sexo, para a totalidade da população

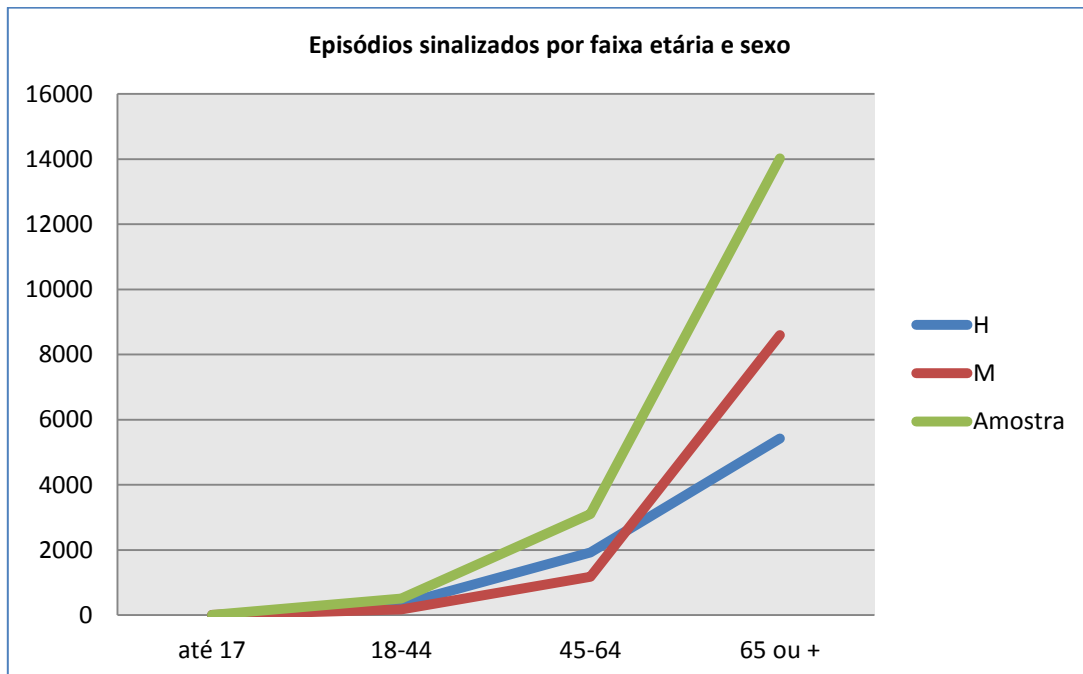
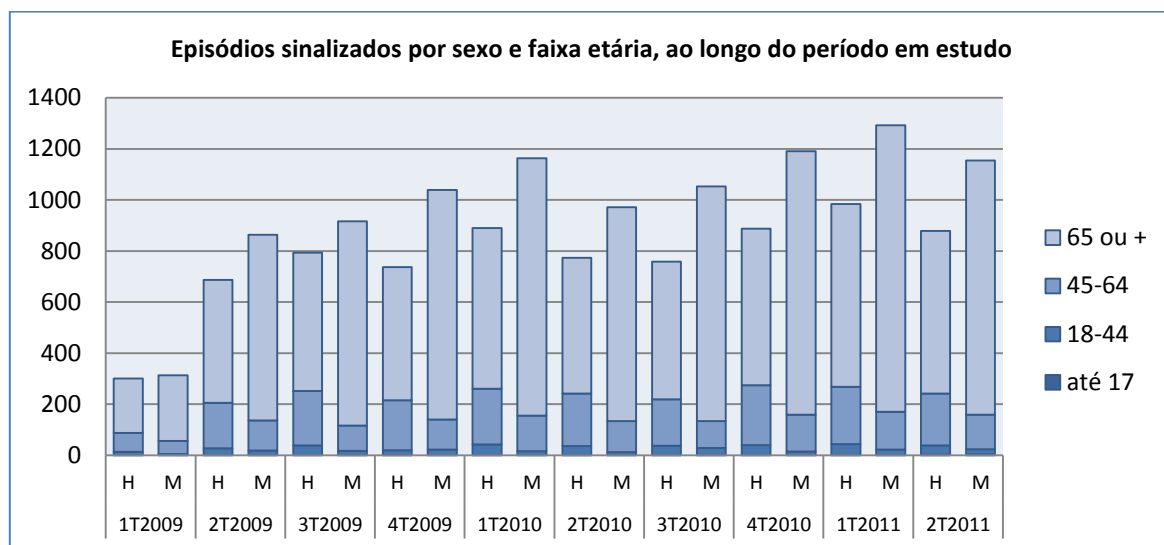


Figura 10. Episódios sinalizados por sexo e faixa etária, por trimestre



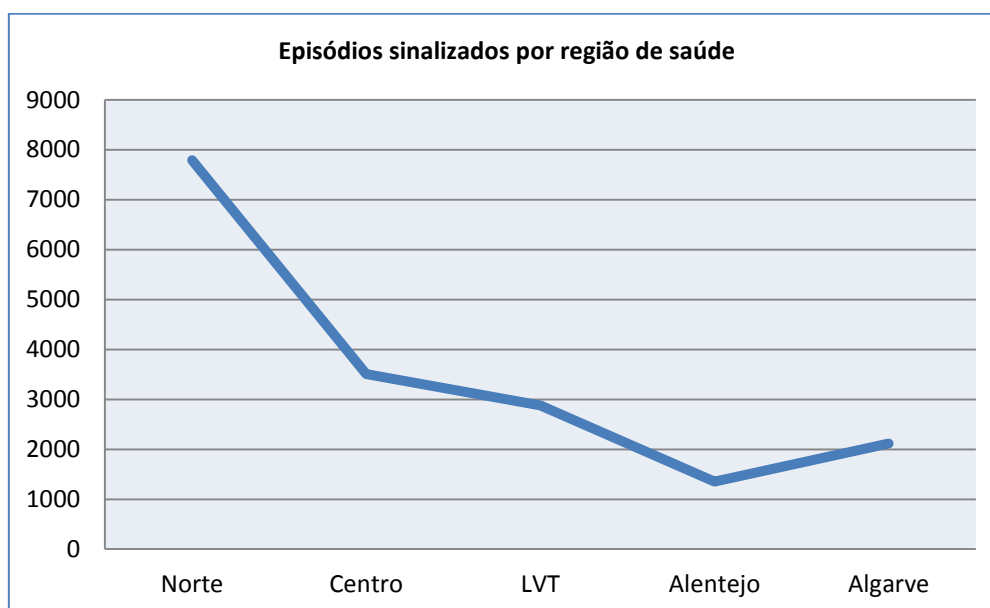
Quadro 3. Número de episódios sinalizados por sexo e faixa etária, por trimestre

	até 17		18-44		45-64		65 ou +		Total de episódios por trimestre
	H	M	H	M	H	M	H	M	
1T2009	0	0	14	5	74	52	213	256	614
2T2009	0	1	27	18	178	118	482	727	1551
3T2009	0	1	39	16	213	99	542	801	1711
4T2009	1	0	19	23	196	117	521	899	1776
1T2010	0	1	43	15	218	140	629	1007	2053
2T2010	0	0	36	12	206	122	532	837	1745
3T2010	0	0	38	29	181	105	540	919	1812
4T2010	0	0	40	15	234	144	614	1032	2079
1T2011	0	0	44	22	224	148	716	1123	2277
2T2011	2	4	37	20	203	135	637	995	2033
Totais por sexo	3	7	337	175	1927	1180	5426	8596	Total:
Totais por faixa etária	10	7	512	175	3107	1180	14022	17651	

3.1.4. Caracterização por Região de Saúde

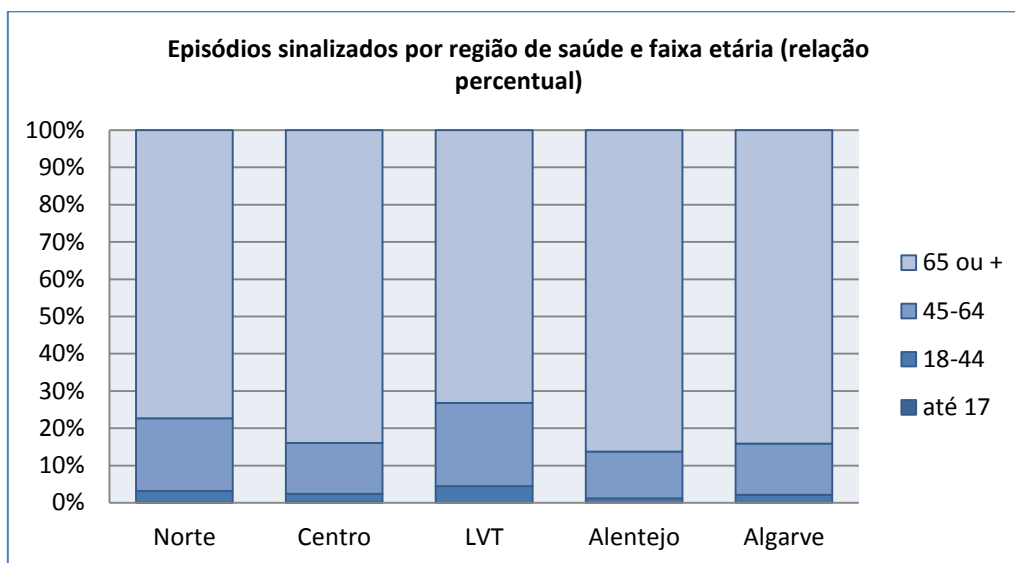
No sentido de compreender quais as regiões de saúde que apresentam maior número de sinalizações e qual a sua distribuição por faixa etária, apresentam-se *infra*, as figuras 11 e 12, e o quadro 4, que permitem analisar a distribuição da amostra de acordo com o enunciado.

Figura 11. Episódios sinalizados por região de saúde



Analisando os dados, é possível verificar que a região do Norte apresenta o maior número de sinalizações de entre todas as regiões de saúde, com 7792 episódios sinalizados, aproximadamente 44,1% do total da amostra. A região do Alentejo, seguida da região do Algarve, são as que apresentam menores índices de indivíduos sinalizados com 1355 e 2116 episódios, respectivamente.

Figura 12. Episódios sinalizados por região de saúde e faixa etária (relação percentual)



É possível verificar que os indivíduos com 65 ou mais anos representam a maioria dos episódios sinalizados em todas as regiões de saúde, com uma percentagem de 79,4% no total de indivíduos sinalizados, conforme se pode observar na figura 12, *supra*, e quadro 4, *infra*.

Quadro 4. Número e percentagem de episódios sinalizados por região de saúde e faixa etária

	até 17		18-44		45-64		65 ou +		Total de episódios por região de saúde	% de episódios por região de saúde
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Norte	5	0,1%	243	3,1%	1522	19,5%	6022	77,3%	7792	44,1%
Centro	5	0,1%	80	2,3%	478	13,6%	2945	84,0%	3508	19,9%
LVT	0	0,0%	128	4,4%	645	22,4%	2107	73,2%	2880	16,3%
Alentejo	0	0,0%	16	1,2%	170	12,5%	1169	86,3%	1355	7,7%
Algarve	0	0,0%	45	2,1%	292	13,8%	1779	84,1%	2116	12,0%
Totais por faixa etária	10	0,1%	512	2,9%	3107	17,6%	14022	79,4%	Total: 17651 (100%)	

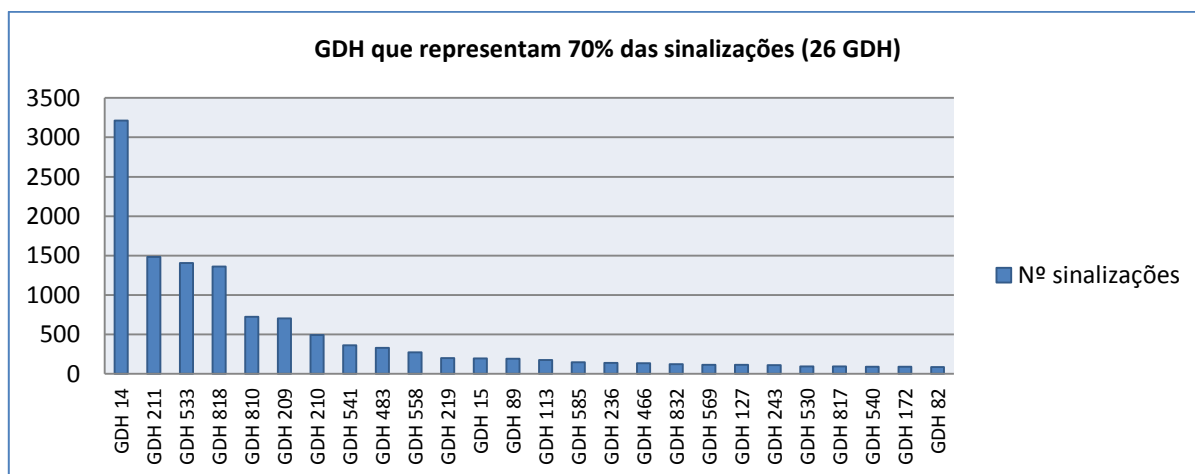
3.1.5. Caracterização por Grupos de Diagnósticos Homogêneos

Considerando a amostra em análise e no sentido de compreender quais os GDH com maior número de sinalizações, são descritos *infra*, 70% (n=26) do total de GDH sinalizados num universo de 463 GDH com sinalizações.

Conforme se verifica na figura 13, *infra*, o GDH 14 apresenta o maior número de sinalizações (n=3212), comparativamente com os restantes GDH.

Na figura 14, *infra*, é possível verificar que os GDH 14, 211, 533, 818, 810 e 209, perfazem 50% da totalidade de GDH sinalizados na amostra, representando um universo de 8890 episódios sinalizados.

Figura 13. GDH que representam 70% das sinalizações (26 GDH)



Legenda:

GDH 14 - Acidente vascular cerebral com enfarte

GDH 211 - Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade >17 anos, sem CC

GDH 533 - Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major

GDH 818 - Substituição da anca, excepto por complicações

GDH 810 - Hemorragia intracraniana

GDH 209 - Procedimentos nas grandes articulações e reimplante de membro da extremidade inferior, excepto anca, excepto por complicação

GDH 210 - Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade >17 anos, com CC

GDH 541 - Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major

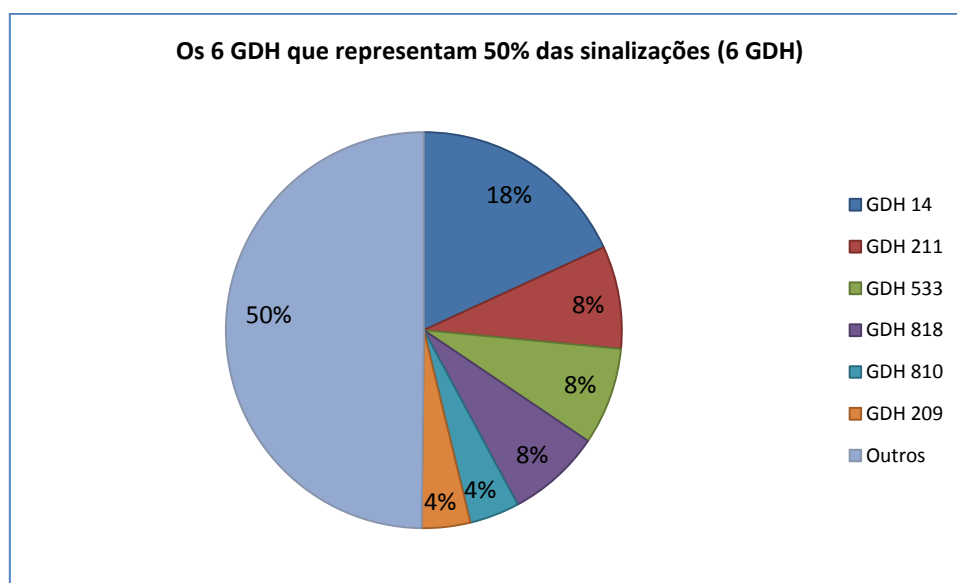
GDH 483 - Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço

GDH 558 - Procedimentos major no sistema osteomuscular, excepto procedimentos articulares bilaterais ou múltiplos major, com CC major

GDH 219 - Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, sem CC

- GDH 15 - Acidentes vasculares cerebrais não específicos e oclusões pré-cerebrais sem enfarte
- GDH 89 - Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC
- GDH 113 - Amputação por perturbações circulatórias sistémicas, excepto do membro superior e de dedo do pé
- GDH 585 - Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso, com CC major
- GDH 236 - Fracturas da anca e da bacia
- GDH 466 - Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional
- GDH 832 - Isquémia transitória
- GDH 569 - Perturbações dos rins e das vias urinárias, excepto insuficiência renal, com CC major
- GDH 127 - Insuficiência cardíaca e choque
- GDH 243 - Problemas médicos dorso-lombares
- GDH 530 - Craniotomia com CC major
- GDH 817 - Substituição da anca, por complicações
- GDH 540 - Infecções e inflamações respiratórias, com CC major
- GDH 172 - Doença digestiva maligna, com CC
- GDH 82 - Neoplasias respiratórias

Figura 14. GDH que representam 50% das sinalizações (6 GDH)



Legenda:

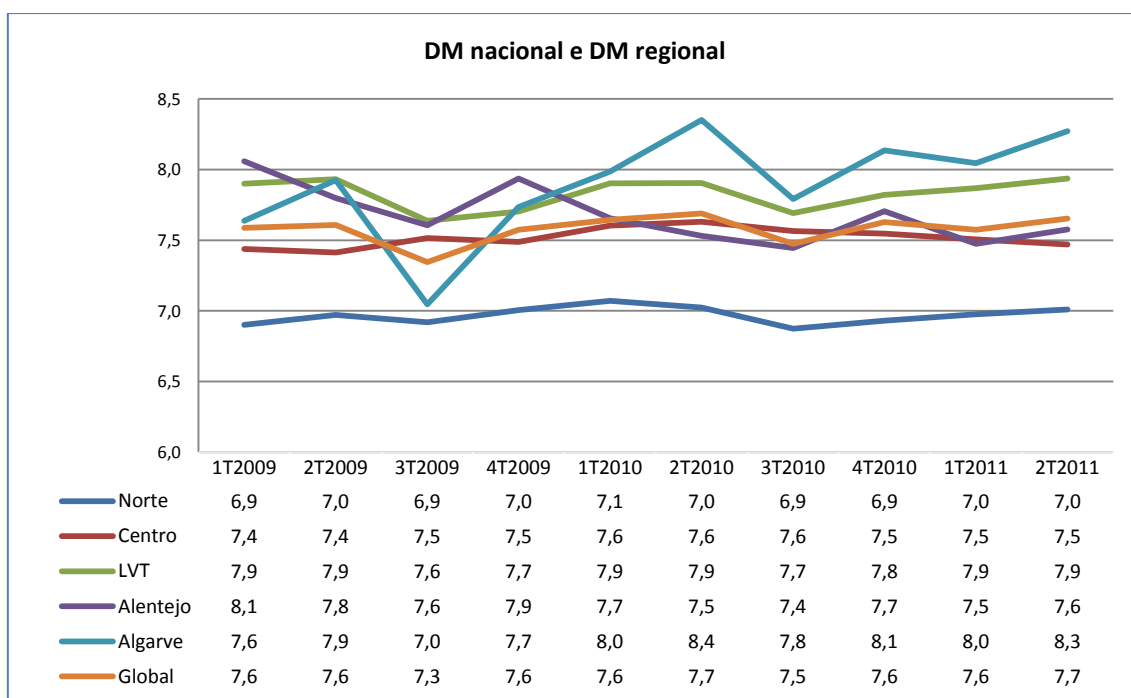
- GDH 14 - Acidente vascular cerebral com enfarte
- GDH 211 - Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade >17 anos, sem CC
- GDH 533 - Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major
- GDH 818 - Substituição da anca, excepto por complicações
- GDH 810 - Hemorragia intracraniana
- GDH 209 - Procedimentos nas grandes articulações e reimplante de membro da extremidade inferior, excepto anca, excepto por complicação

3.2. Comparação entre a DM dos internamentos hospitalares e a DM hospitalar dos episódios referenciados por região de saúde

No sentido de comparar a diferença entre a DM de internamento dos episódios referenciados para a RNCCI e a DM de internamento do total de episódios a nível nacional, são apresentadas *infra*, as figuras que permitem compreender o impacte e a evolução das referidas demoras médias em cada região de saúde e por trimestre, considerando o período e a população em estudo.

Analisando a figura 15, *infra*, e tendo como referência a DM Global de 7,6 dias de internamento por cada doente admitido, observa-se que que na região do Norte este valor é inferior, sendo a DM encontrada de cerca de 7 dias. A região do Algarve é a que apresenta maiores oscilações ao longo do período em estudo, com um mínimo de 7 dias de DM no terceiro trimestre de 2009 e um máximo de 8,4 dias de internamento médio, no segundo trimestre de 2010. A região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta um valor médio de internamento mais elevado, cerca de 7,9 dias. As restantes regiões apresentam valores médios de internamento próximos entre si e entre a demora média global.

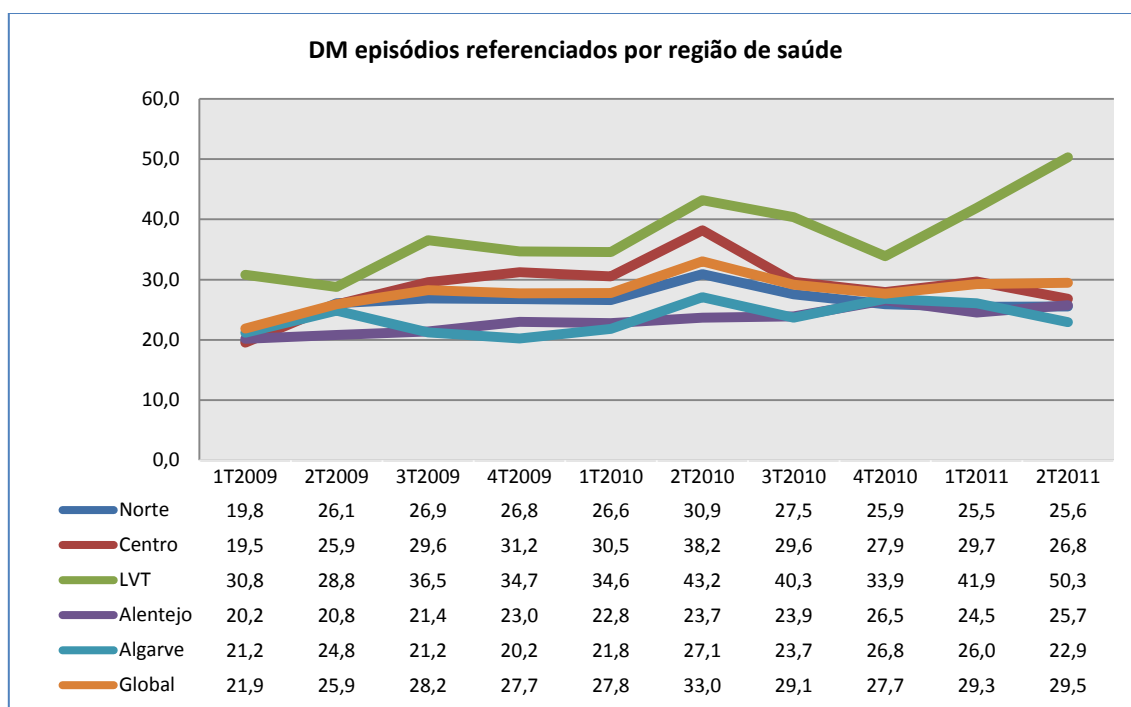
Figura 15. DM nacional e DM regional de todos os internamentos hospitalares



Considerando a DM dos episódios referenciados por região de saúde, pela análise da figura 16, *infra*, constata-se que a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta valores médios mais elevados, evidenciando uma curva de crescimento mais acentuada comparativamente com as restantes regiões, ocorrendo um aumento de 28,8 dias para 50,3 dias.

Nas restantes regiões verifica-se uma evolução mais homogénea, sendo que não ocorrem variações acentuadas nos dias de internamento ao longo do tempo. De acordo com a figura 16, *infra*, é possível observar que na DM Global ocorreu um aumento de 21,9 dias para 29,5 dias. Somente as regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Centro registam valores acima da DM Global, no entanto na região do Centro verifica-se uma tendência decrescente para a DM, ao contrário da região de Lisboa e Vale do Tejo.

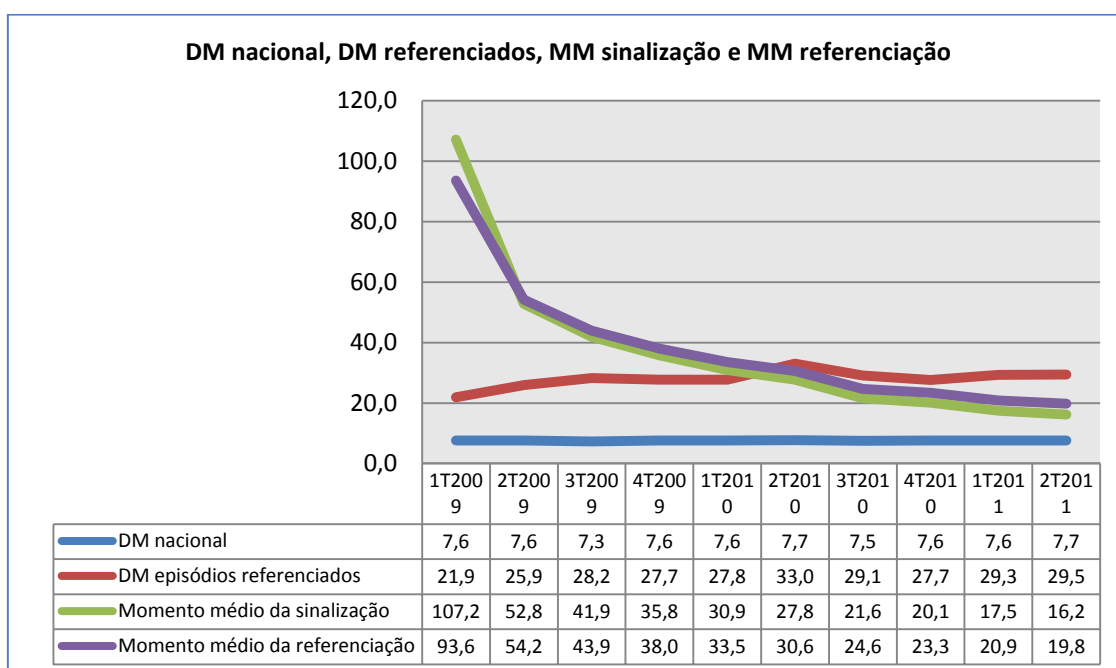
Figura 16. DM dos episódios referenciados por região de saúde



A figura 17, *infra*, permite analisar e comparar a DM nacional, a DM dos episódios referenciados, o momento médio da sinalização e o momento médio da referenciação para a RNCCI. Assim, podemos observar que todos os momentos médios estão acima da DM nacional ($n=7,6$ dias), sendo que a DM dos episódios referenciados é a mais elevada, com um

aumento de 21,9 dias para 29,5 dias de internamento. Contudo, verifica-se um padrão decrescente e de aproximação à DM nacional para o momento médio de sinalização e momento médio de referência.

Figura 17. DM nacional, DM dos episódios referenciados, momento médio da sinalização e momento médio da referência para a RNCCI



3.3. Comparação dos três GDH mais referenciados por região de saúde e Semestre

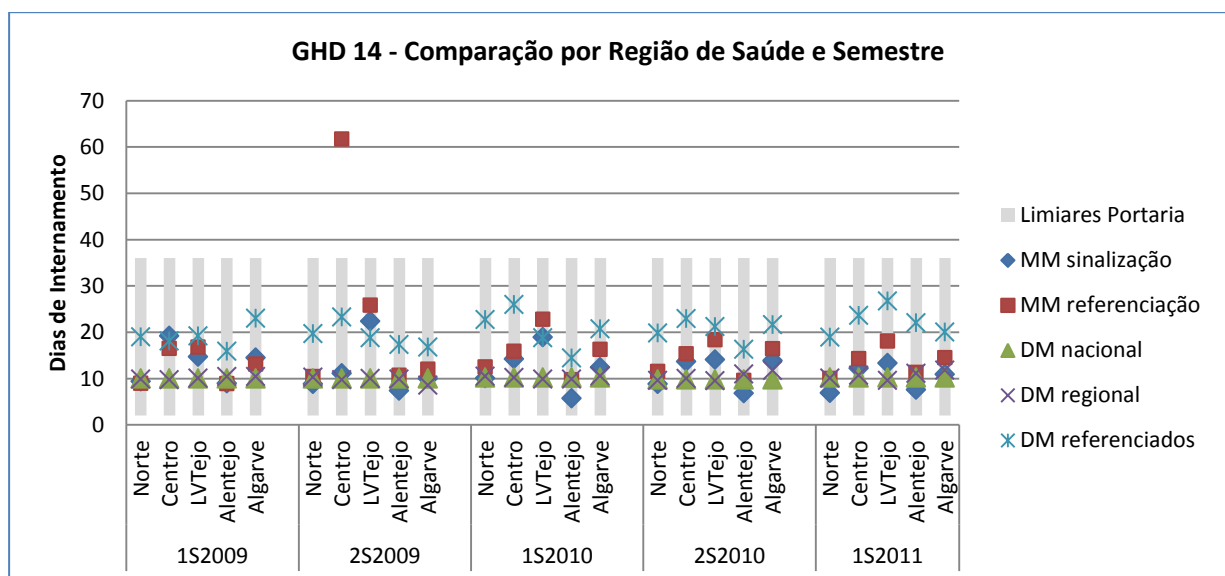
Da amostra em estudo, verificou-se que três GDH (GDH 14, GDH 211 e GDH 533), do total de GDH em análise, representam a maioria das referências realizadas para a RNCCI, nas cinco regiões de saúde. Por conseguinte, com o objetivo de caracterizar e comparar o comportamento destes, são em seguida apresentadas as suas distribuições, por semestre e região de saúde, considerando seis variáveis: MM de sinalização, MM de referência, DM regional, DM nacional e limites portaria definidos por GDH.

3.3.1. GDH 14

Considerando o GDH 14, o seu comportamento ao longo do período em estudo e de acordo com a região de saúde, é evidenciado na figura 18, *infra*. Constata-se um predomínio da DM dos referenciados sobre a DM nacional e regional, bem como um aumento dos seus valores ao longo do tempo, tendo o primeiro semestre de 2011 os valores mais elevados. No primeiro semestre de 2009 a DM dos referenciados é mais elevada na região do Algarve, sendo que, no segundo semestre de 2009 é na região do Centro e do Norte que se verifica este facto, registando-se um aumento da DM dos referenciados nestas regiões, no primeiro semestre de 2010. Contudo, no segundo semestre de 2010 ocorre uma diminuição destes valores.

Analisando o primeiro semestre de 2011, verifica-se que a região de Lisboa e Vale do Tejo regista a DM dos referenciados, o MM de referência e o MM de sinalização mais elevados, quando comparada com as restantes regiões no mesmo período de tempo.

Figura 18. Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referência, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 14



O quadro 5, *infra*, permite analisar de forma mais objetiva o acima enunciado. Assim, podemos verificar que no primeiro semestre de 2009 a DM dos referenciados na região do Algarve era de 23 dias, com uma diferença para a DM nacional de 13 dias. No segundo semestre de 2009, a região do Centro e Norte registam os valores de DM dos referenciados mais elevados, com 23,3 dias e 19,7 dias, respectivamente. O primeiro e segundo semestres de 2010 mantêm esta tendência. No entanto, no primeiro semestre de 2011, tal como descrito anteriormente, a LVT regista a DM dos referenciados mais elevada, com 26,7 dias e uma diferença para a DM nacional de 16,5 dias.

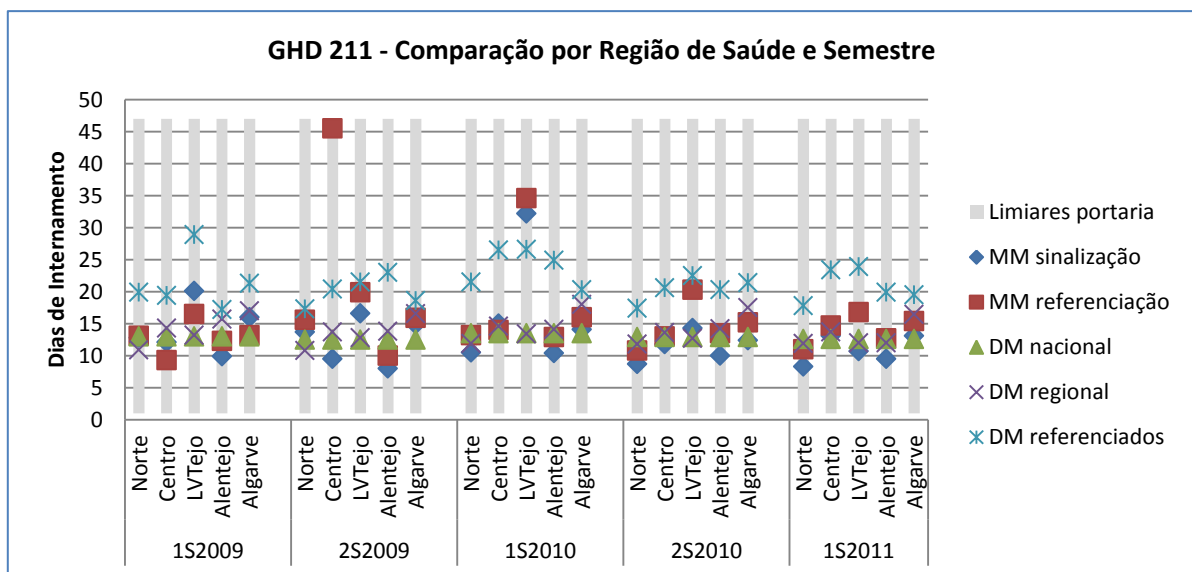
Quadro 5. Quadro de Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referência, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 14

		MM sinalização	MM referência	DM nacional	DM regional	DM referenciados	Limiar mínimo	Limiares Portaria
1S2009	Norte	9,4	9	10	9,9	19	2	34
	Centro	19,2	16,5	10	9,7	18,1	2	34
	LVTejo	14,7	16,8	10	10,1	19,2	2	34
	Alentejo	9	8,9	10	10,4	15,9	2	34
	Algarve	14,5	13,1	10	10,4	23	2	34
2S2009	Norte	8,8	10,4	10	10,3	19,7	2	34
	Centro	11,1	61,7	10	9,7	23,3	2	34
	LVTejo	22,4	25,8	10	10	18,8	2	34
	Alentejo	7,4	10,7	10	9,9	17,3	2	34
	Algarve	10	12	10	8,58	16,8	2	34
1S2010	Norte	10,1	12,5	10,2	10,5	22,7	2	34
	Centro	14,2	15,9	10,2	10,2	26	2	34
	LVTejo	18,9	22,8	10,2	9,9	18,8	2	34
	Alentejo	5,7	9,7	10,2	9,9	14,4	2	34
	Algarve	12,4	16,3	10,2	10,58	20,7	2	34
2S2010	Norte	8,8	11,5	9,8	9,6	19,8	2	34
	Centro	13,7	15,3	9,8	10	22,9	2	34
	LVTejo	14,1	18,4	9,8	9,5	21,2	2	34
	Alentejo	6,8	9,6	9,8	11	16,3	2	34
	Algarve	13,9	16,4	9,8	11,72	21,6	2	34
1S2011	Norte	6,9	10	10,2	10,1	18,9	2	34
	Centro	12,2	14,3	10,2	10,7	23,6	2	34
	LVTejo	13,3	18,1	10,2	9,6	26,7	2	34
	Alentejo	7,6	11,3	10,2	11,1	22	2	34
	Algarve	10,9	14,5	10,2	11,82	20	2	34

3.3.2. GDH 211

Relativamente ao GDH 211, a figura 19, *infra*, permite comparar o seu comportamento nas cinco regiões de saúde nos diferentes semestres. A região de LVT regista a DM dos referenciados mais elevada na maioria dos semestres, no segundo semestre de 2009 a região do Alentejo regista um valor mais elevado. Verificam-se igualmente variações nos MM de referência e sinalização, sendo estes mais elevados na região do Centro, no segundo semestre de 2009 e na região de LVT no primeiro semestre de 2010. Nos semestres seguintes observa-se uma estabilização destes valores, com um número de dias médio inferior à DM dos referenciados.

Figura 19. Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referência, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 211



Analisando o quadro 6, *infra*, é possível sistematizar o comportamento do GDH 211 nas diferentes regiões de saúde e nos diferentes semestres. Verifica-se na região de LVT uma DM dos referenciados com uma variação situada entre os 21,5 dias e os 28,9 dias. Registrando-se igualmente uma diferença para a DM nacional com uma variação entre os 9 dias e os 15,9 dias. Nas restantes regiões registam-se valores inferiores, conforme se pode verificar no quadro 6.

Quadro 6. Quadro de comparação por região de saúde e semestre do mm sinalização, mm referenciação, dm regional, nacional e referenciados, do gdh 211

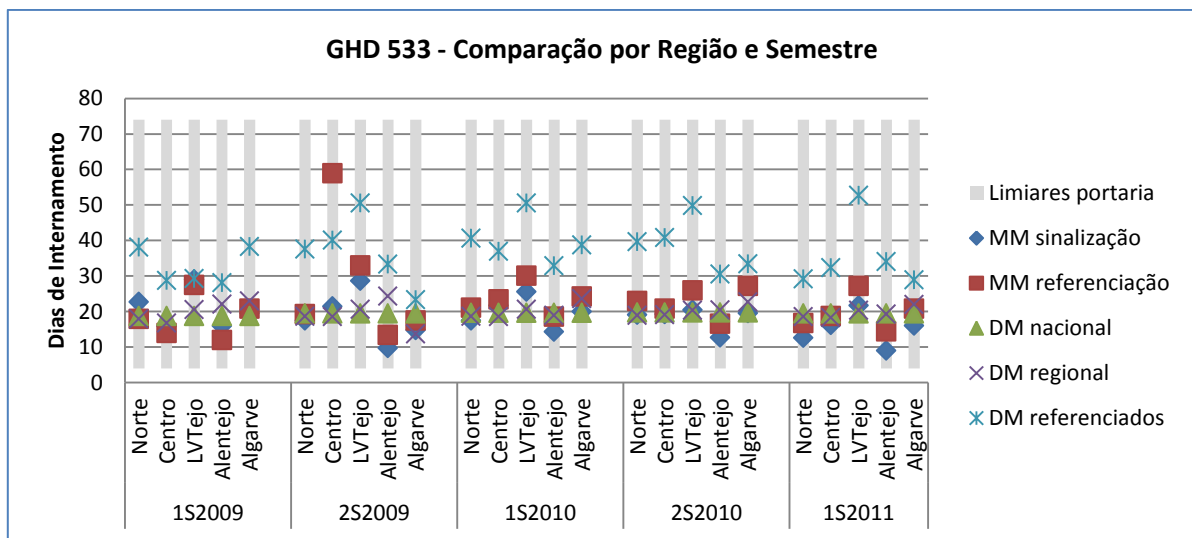
		MM sinalização	MM referenciação	DM nacional	DM regional	DM referenciados	Limiar mínim o	Limiar máximo
1S2009	Norte	12,8	13,1	13	10,9	19,9	1	46
	Centro	12,1	9,3	13	14,3	19,4	1	46
	LVTejo	20,1	16,5	13	13,2	28,9	1	46
	Alentejo	9,9	12,3	13	15,7	17,2	1	46
	Algarve	16	13,2	13	17	21,3	1	46
2S2009	Norte	13,7	15,6	12,5	10,8	17,3	1	46
	Centro	9,5	45,5	12,5	13,7	20,4	1	46
	LVTejo	16,6	19,9	12,5	12,8	21,5	1	46
	Alentejo	8	10	12,5	13,8	23	1	46
	Algarve	14,9	15,9	12,5	16,55	18,6	1	46
1S2010	Norte	10,5	13,2	13,5	11,9	21,5	1	46
	Centro	15	14	13,5	14,6	26,5	1	46
	LVTejo	32,2	34,6	13,5	13,4	26,6	1	46
	Alentejo	10,4	12,9	13,5	14,1	24,9	1	46
	Algarve	14,1	16	13,5	18,03	20,3	1	46
2S2010	Norte	8,7	10,8	12,9	11,8	17,4	1	46
	Centro	11,8	13	12,9	13,6	20,6	1	46
	LVTejo	14,3	20,3	12,9	12,7	22,5	1	46
	Alentejo	10	13,5	12,9	14,2	20,3	1	46
	Algarve	12,4	15,2	12,9	17,5	21,4	1	46
1S2011	Norte	8,3	11	12,6	11,9	17,8	1	46
	Centro	13,1	14,7	12,6	13,7	23,4	1	46
	LVTejo	10,7	16,8	12,6	12	23,9	1	46
	Alentejo	9,5	12,7	12,6	12	19,9	1	46
	Algarve	13,1	15,4	12,6	16,45	19,5	1	46

3.3.3. GDH 533

Analisando a figura 20, verifica-se que no primeiro semestre de 2009, a região do Algarve e a a região do Norte registam a DM dos referenciados mais elevada para o GDH 533, as restantes regiões registam valores próximos entre si. No segundo semestre de 2009, a região de LVT regista a DM dos referenciados mais elevada, seguida da região do Centro e da região do Norte. No primeiro e segundo semestres de 2010 esta tendência mantém-se.

Observando o primeiro semestre de 2011, a região de LVT mantém uma DM dos referenciados elevada, sendo neste período muito superior à DM das restantes regiões.

Figura 20. Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 533



Considerando o comportamento do GDH 533 nas diferentes regiões de saúde e observando o quadro 7, é possível verificar que num primeiro período de tempo, a região do Algarve regista uma DM dos referenciados de 38,3 dias, seguida da região do Norte com uma DM de 38,1 dias. Nos restantes semestres, a região de LVT regista os valores de DM mais elevados, com uma DM dos referenciados máxima de 52,7 dias no primeiro semestre de 2011, tendo em conta que a DM nacional neste período é de 19,4 dias. Nas restantes regiões, a DM dos referenciados assume valores entre os 23,3 dias e os 40,8 dias.

Quadro 7. Quadro de Comparação por região de Saúde e semestre do MM sinalização, MM referenciação, DM regional, nacional e referenciados, do GDH 533

		MM sinalização	MM referenciação	DM nacional	DM regional	DM referenciados	Limiar mínimo	Limiar máximo
1S2009	Norte	22,7	17,9	18,7	17,9	38,1	4	70
	Centro	15,8	13,9	18,7	16,7	28,7	4	70
	LVTejo	29	27,5	18,7	20,5	29,3	4	70
	Alentejo	15,9	12	18,7	22,1	28,1	4	70
	Algarve	19,5	20,8	18,7	23	38,3	4	70
2S2009	Norte	17,5	19,3	19,4	18,6	37,6	4	70
	Centro	21,4	58,9	19,4	18,5	40,1	4	70
	LVTejo	28,6	33	19,4	20,6	50,5	4	70
	Alentejo	9,7	13,4	19,4	24,3	33,3	4	70
	Algarve	14,8	17,5	19,4	13,63	23,3	4	70
1S2010	Norte	17,5	21,1	19,6	18,6	40,6	4	70
	Centro	21,7	23,4	19,6	18,5	36,9	4	70
	LVTejo	25,6	30,1	19,6	20,6	50,5	4	70
	Alentejo	14,3	18,5	19,6	18,9	32,9	4	70
	Algarve	20	24,2	19,6	23,6	38,7	4	70
2S2010	Norte	19,1	23	19,7	18,9	39,6	4	70
	Centro	19,3	20,8	19,7	19,1	40,8	4	70
	LVTejo	20,4	25,9	19,7	20,3	49,8	4	70
	Alentejo	12,7	16,6	19,7	20,4	30,5	4	70
	Algarve	19,5	27,2	19,7	22,66	33,4	4	70
1S2011	Norte	12,6	16,7	19,4	18,5	29,2	4	70
	Centro	16,2	18,7	19,4	18,3	32,3	4	70
	LVTejo	21,7	27,2	19,4	20,3	52,7	4	70
	Alentejo	9	14,4	19,4	19,3	34	4	70
	Algarve	16	20,8	19,4	21,97	28,9	4	70

4. Discussão de resultados

O aumento da esperança média de vida dos indivíduos, principalmente nos países desenvolvidos, tem origem em múltiplos fatores. Concretamente, a associação de fatores, tais como, a diminuição da fecundidade e o aumento da longevidade, têm sido preponderantes para a atual inversão da pirâmide demográfica. Verifica-se, atualmente, uma mudança das políticas de saúde e sociais, muito por força do envelhecimento das populações, que resultante dessa situação têm apresentado um aumento significativo de situações de dependência e incapacidade. Portugal não representa uma exceção no que à problemática do envelhecimento diz respeito. De facto, o nosso País apresenta-se como um dos mais envelhecidos da EU e um dos que regista maiores índices de dependência na população idosa.

Perante esta realidade, verifica-se uma crescente utilização e aumento da dependência dos serviços hospitalares na prestação de cuidados de saúde, sobretudo a uma parte da população com idades acima dos 65 anos. Este aumento da utilização de serviços hospitalares, nomeadamente por pessoas idosas, deve-se, em grande parte, ao aumento da incidência de doenças cerebrovasculares e neurodegenerativas com marcadas implicações ao nível da dependência e funcionalidade.

No contexto atual, observa-se uma inversão na procura de cuidados de saúde, refletindo-se sobre os cuidados continuados o aumento dessa procura. Na generalidade dos países desenvolvidos, as políticas de saúde têm procurado incrementar o desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados, mais integrados e direcionados para as necessidades dos indivíduos em termos de promoção da saúde, reabilitação, manutenção da funcionalidade, garantia de bem-estar e conforto, nomeadamente em situações de fim de vida. Não só estes modelos pretendem responder a estas situações, como também, procuram aumentar a eficiência dos sistemas de saúde no geral e dos serviços hospitalares em particular, diminuindo custos, aumentando a produtividade e garantindo a oferta de serviços adequados às reais necessidades das pessoas.

Neste sentido, a RNCCI, à semelhança de outros modelos, procura adequar ao aumento da procura de cuidados continuados, as respostas necessárias em termos do uso eficiente de camas e da qualidade de serviços prestados. Esta oferta resulta da existência de diferentes tipologias de cuidados, adequadas às necessidades de reabilitação, manutenção ou

paliativas dos indivíduos. Contudo, é sabido, que a implementação de modelos como a RNCCI provoca consequências ao nível da eficiência hospitalar.

Por conseguinte, da análise dos resultados obtidos foi possível determinar o impacto da RNCCI na demora média hospitalar, considerando o período de tempo em estudo e a fase de implementação estratégica da Rede. Neste momento encontra-se no último período, com um horizonte temporal de consecução de 100% da cobertura entre 2013 e 2016.

Os resultados alcançados enquadram-se nos resultados descritos pela literatura internacional, em termos do impacto na demora média, de modelos de prestação de cuidados continuados semelhantes ao modelo português.

Face ao exposto, os resultados obtidos permitiram verificar o impacto produzido pela RNCCI nas cinco regiões de saúde, possibilitando a sua comparação com os resultados nacionais. Foi ainda possível caracterizar a população em estudo e analisar a sua distribuição de acordo com os episódios registados. No sentido de aprofundar o conhecimento relativo ao comportamento dos GDH, foram selecionados os três GDH com maior número de referências para a RNCCI considerando as seguintes variáveis: período de tempo em estudo, região de saúde, momento médio de sinalização, momento médio de referência, demora média nacional, demora média regional, demora média do total de referenciados, e limiares portaria definidos para cada GDH.

Ao longo do período em estudo verificou-se um aumento gradual do número de sinalizações e referências. Esta tendência observa-se com maior significado em dois tempos, no primeiro trimestre de 2010, com 2.053 sinalizações e 2033 referências e no primeiro trimestre de 2011, com 2277 episódios sinalizados e 2246 episódios referenciados.

Observou-se, de acordo com a caracterização da população, que 56,4% dos indivíduos sinalizados são do sexo feminino e 43,6% são do sexo masculino, sendo que o número de sinalizações para ambos os sexos não registou diferenças significativas ao longo do período em estudo. Contudo, foi possível observar que ocorrem mais sinalizações no sexo masculino até aos 64 anos, e mais sinalizações associadas ao sexo feminino a partir dos 65 anos.

Até aos 64 anos verificaram-se 2267 episódios sinalizados para o sexo masculino e 1362 episódios sinalizados para o sexo feminino. Com 65 ou mais anos de idade, observaram-se 5426 episódios sinalizados para o sexo masculino e 8596 episódios sinalizados para o sexo feminino. Do total de sinalizações, relativamente às faixas etárias em análise, observou-se que aproximadamente 0,06% das sinalizações são referentes a indivíduos com menos de 18 anos,

2,9% das sinalizações foram efetuadas na faixa etária dos 18 aos 44 anos, 17,6% das sinalizações correspondem á faixa etária entre os 45 e os 64 anos de idade e 79,4% das sinalizações são referentes aos indivíduos com 65 ou mais anos de idade.

O elevado número de sinalizações verificado na faixa etária dos indivíduos com mais de 65 anos, bem como, a existência de um maior número de elementos do sexo feminino nesta faixa etária evidencia a existência de uma população envelhecida, com necessidades de saúde ao nível dos cuidados continuados, tal como se verifica na generalidade dos países desenvolvidos (WHO, 2002; Eurostat, 2011; PNS, 2010). De facto, em Portugal, de acordo com o relatório *Health at a Glance* (2012), entre o ano de 2008 e o ano de 2010, as mulheres apresentavam uma esperança média de vida de 82,6 anos e os homens de 76,5 anos, valores acima da média dos 27 da EU, que se situam nos 81,7 anos para as mulheres e 75,3 anos para os homens. O INE (2011) refere igualmente a existência de índices demográficos elevados, que apontam para o envelhecimento acelerado da população. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, ou seja, por cada 100 jovens existem 128 idosos.

Relativamente à distribuição dos episódios de sinalização por região de saúde, foi possível verificar que aproximadamente 44,1% (n=7792) do total de episódios sinalizados são referentes à região Norte. A região Centro apresenta valores próximos da região de LVT, com 19,9% (n=3508) e 16,3% (n=2880) episódios sinalizados, respetivamente. As regiões com menor número de indivíduos sinalizados são as regiões do Algarve e do Alentejo. Na região do Algarve verificaram-se 12% (n=2116) de episódios sinalizados, e na região do Alentejo 7,7% (n=1355) episódios sinalizados. Verificou-se igualmente que, em todas as regiões de saúde, os indivíduos com maior representatividade de episódios sinalizados têm 65 ou mais anos de idade. Contudo, é de referir, relativamente aos indivíduos entre os 45 e os 64 anos de idade, que estes apresentam um maior número de sinalizações na região de LVT e na região Norte. De facto, verificou-se que 22,4% e 19,5% das sinalizações efetuadas na região de LVT e Norte, respetivamente, são referentes a indivíduos entre os 45 e os 64 anos de idade. Nas restantes regiões não se verificam diferenças significativas nesta esta faixa etária.

A caracterização da população de acordo com o GDH, permitiu aferir 463 GDH com episódios de sinalização. Salienta-se que apesar do número elevado de GDH sinalizados, seis GDH representam 50% da totalidade da amostra, a saber: o GDH 14; GDH 211; GDH 533; GDH 818; GDH 810 e o GDH 209, num total de 8890 episódios sinalizados.

Dos GDH enumerados, o GDH 14 (Acidente vascular cerebral com enfarte); o GDH 211, (Procedimentos na anca e no fêmur, exceto grandes intervenções articulares, > 17 anos, sem CC); e o GDH 533, (Outros transtornos do sistema nervoso, exceto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major); representam o grupo de GDH com maior número de sinalizações para a RNCCI. Para o GDH 14 observaram-se 18% (n= 3212) episódios de sinalização, para o GDH 211 8% (n= 1484), e para o GDH 533 verificaram-se igualmente 8% (n=1407) das sinalizações.

No que concerne ao GDH 14, observa-se um elevado número de sinalizações quando comparado com os restantes GDH. A existência de um número elevado de indivíduos com este GDH está em linha com a evidência descrita pela OCDE (2012) e a WHO (2004). Segundo estes, o AVC é uma das maiores causas de morte e de incapacidade na população adulta, tendo aproximadamente um-terço dos indivíduos com AVC sequelas motoras e incapacidade funcional (WHO, 2004).

A comparação entre a demora média de internamento dos episódios referenciados para a RNCCI e a demora média de internamento do total de episódios a nível nacional e a nível regional permitiu verificar que, relativamente à demora média global da totalidade de episódios referenciados, houve um aumento de 21,9 dias para 29,5 dias. Verificou-se igualmente que, ao longo do período de tempo em estudo, a região de LVT e a região Centro registaram valores de demora média superiores à demora média global. No entanto, foi na região de LVT que se observou o maior aumento na demora média, de 28,8 dias para 50,3 dias no segundo trimestre de 2011. De facto, esta é a única região que apresenta um aumento significativo da demora média no primeiro semestre de 2011, todas as outras regiões apresentam uma tendência inversa.

Relativamente à demora média dos episódios referenciados, quando comparada com a demora média nacional, considerando igualmente o momento médio de sinalização e o momento médio de referenciação, verificou-se que todos eles são superiores à demora média nacional em todos os períodos de tempo. A demora média dos episódios referenciados evoluiu de 21,9 dias no primeiro trimestre de 2009, para 29,5 dias no segundo trimestre de 2011, sendo que a demora média nacional para o mesmo período de tempo se manteve estável, com 7,7 dias no último trimestre de 2011. Comparativamente à demora média dos episódios referenciados, verifica-se uma tendência decrescente na demora média dos momentos de sinalização e de referenciação a partir do segundo trimestre de 2010, apesar de se manterem sempre superiores à demora média nacional.

Considerando o comportamento dos GDH com maior número de sinalizações e referências para a RNCCI, o GDH 14, o GDH 211 e o GDH 533, ao nível das cinco regiões de saúde, foram comparadas, por semestre, as respectivas demoras médias regionais e nacionais e dos episódios referenciados, os momentos médios de sinalização e de referência, de acordo com os limites portaria definidos para cada GDH.

Considerando os GDH 14, 211 e 533, verifica-se que todos eles apresentam uma demora média de referência superior à demora média nacional, e demora média regional para o mesmo GDH, em todo o período de tempo do estudo.

Para o GDH 14 verificou-se uma demora média dos episódios referenciados compreendida entre os 14,4 dias e os 26,7 dias. No mesmo período de tempo a demora média nacional para o GDH 14 situava-se entre os 9,8 dias e os 10,2 dias. Quanto ao GDH 211 verificou-se uma demora média dos episódios referenciados compreendida entre os 17,2 dias e os 28,9 dias. Comparativamente, a demora média nacional do GDH 211 situava-se entre os 12,5 dias e os 13,5 dias. Relativamente ao GDH 533 verificou-se uma demora média dos episódios referenciados compreendida entre os 23,3 dias e os 52,7 dias. Contudo, no mesmo período de tempo, a demora média nacional o GDH 533 situava-se entre os 18,7 dias e os 19,7 dias.

Verificou-se igualmente, que o GDH 533 apresenta valores médios, na maioria das vezes, superiores aos restantes GDH, quando comparado nas diferentes regiões de saúde e de acordo com as mesmas variáveis em estudo.

Perante os resultados obtidos para os diferentes GDH é possível verificar que, na maioria dos períodos de tempo em análise, a região de LVT apresenta os valores mais elevados de demora média dos episódios referenciados quando comparada com as restantes regiões.

Considerando os resultados alcançados, de acordo com a revisão da literatura efetuada, a existência de uma demora média de internamento elevada em indivíduos que necessitam de cuidados continuados havia já sido descrita na literatura internacional. De acordo com os autores (Meiners e Coffey, 1985; Rockwood 1990; Logoe e Decker, 1991; McClaran et al., 1991; DeCoster e Kozyrskyj, 2000; Bryan *et al.*, 2006 e Holmås *et al.*, 2007), existe uma utilização inadequada dos serviços hospitalares de agudos por pessoas com necessidade de cuidados continuados o que condiciona a eficiência hospitalar. Esta evidência demonstra a necessidade de desenhar novos modelos de prestação de cuidados continuados, que permitam

melhorar a eficiência hospitalar e igualmente promover a manutenção e integração dos indivíduos com necessidades de reabilitação no seu contexto social.

Neste âmbito, surgem como referência os modelos implementados no Reino Unido, o NHS *Continuing Healthcare* e o modelo de prestação de cuidados continuados implementado na Catalunha, a *Atenció SocioSanitària Català*. Estes modelos assumem particular destaque face à sua dimensão e complexidade, e semelhanças com o modelo implementado em Portugal, no caso da *Atenció SocioSanitària Català*. Relativamente a estes modelos, não se verificam todavia resultados positivos na diminuição da demora média de internamento hospitalar. Tanto o NHS *Continuing Healthcare* como a *Atenció SocioSanitària Català* têm tido como resultado um aumento da demora média de internamento para os indivíduos referenciados (Discharge Planning and ALC Policy Task Team, 2006; NHS Improvement. Stroke, 2008; Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària, 2010; Anderson, 2011).

No caso do NHS *Continuing HealthCare*, na origem das demoras médias elevadas, segundo o NHS Improvement Stroke (2008), Bryan (2010), Duffy *et al.*, (2011) e Anderson (2011) poderão estar razões inerentes às instituições, à necessidade de formação ou ao processo de sinalização e referenciação. Relativamente ao processo de sinalização e referenciação, existe, segundo os autores, uma inadequação e excesso de sinalizações. Para evitar este fenómeno, as orientações de sinalização sugerem que esta se inicie sempre que o indivíduo esteja preparado para uma alta segura. Esta recomendação, considerando as orientações da RNCCI, opõe-se ao preconizado. No caso da RNCCI, pretende-se que a sinalização dos indivíduos seja efetuada até 24 horas após a admissão no hospital. Este aspeto é importante, na medida em que, seria relevante determinar se o elevado número de sinalizações verificado, nomeadamente no caso dos GDH 14, 211 e 533, não estará a influenciar o aumento da demora média.

Relativamente ao modelo de *Atenció SocioSanitària Català*, de acordo com a análise efetuada pelo Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària em 2010, ao nível hospitalar registou-se um aumento em cerca de 60% da demora média, nomeadamente nos casos de acidente vascular cerebral e fraturas do fémur. De acordo com a análise efetuada este aumento da demora média, impossibilita em cerca de 40% o acesso aos cuidados de saúde a novos doentes.

Não obstante o impacto negativo sobre a demora média do modelo inglês e do modelo catalão, importa referir, que a implementação de outros modelos e programas de organização

de cuidados continuados, tais como: a Gestão de Casos, o Programa de Atenção Integrada aos Idosos (PACE), o Sistema Integrado para pessoas idosas vulneráveis (SIPA) e o modelo Kaiser Permanente aplicado ao NHS do Reino Unido, têm demonstrado um efeito positivo sobre a demora média, com uma diminuição do tempo de internamento dos indivíduos incluídos nestes programas (Burstein *et al.*, 1998; Hutt *et al.*, 2004; Beland *et al.*, 2006; Curry e Ham, 2010).

Neste sentido, considerando os resultados obtidos, importa salientar que a demora média hospitalar traduz um indicador de eficiência. A diminuição deste indicador poderá significar uma maior afetação de recursos e uma melhoria dos indicadores de acesso aos cuidados de saúde de agudos. Sobretudo pela disponibilização de camas hospitalares, considerando a transferência dos indivíduos com alta clínica para camas de cuidados continuados.

É importante salientar que a permanência prolongada em camas de agudos, posteriormente à alta clínica, aumenta o risco de exposição a agentes infecciosos potenciando situações de infeção hospitalar. Segundo os autores, este factor poderá representar um aumento da morbilidade e da mortalidade dos indivíduos. As situações de infeção hospitalar promovem o aumento da demora média, o sobreconsumo de atos clínicos, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de antibióticos, aumentando significativamente os custos decorrentes do internamento e diminuindo a eficiência dos hospitais (Martins, *et al.*, 2007). Por outro lado, uma demora média demasiado baixa poderá significar uma utilização intensiva dos recursos, produzindo efeitos negativos na eficiência hospitalar e na saúde das pessoas. De acordo com a OCDE (2009), uma demora média muito baixa poderá condicionar a recuperação da saúde dos indivíduos e promover o aumento das taxas de readmissão hospitalar.

Com o objetivo de diminuir a demora média dos episódios referenciados para valores próximos da demora média nacional, seria importante realizar uma avaliação das necessidades em cuidados continuados considerando, por exemplo, a estratificação dos indivíduos pelo risco ou carga de doença. Conforme alguns dos programas acima descritos, este tipo de mecanismo tem demonstrado um efeito positivo sobre a demora média e sobre a saúde das populações.

Outro aspeto a considerar, seria a introdução de mecanismos de contratualização interna nos hospitais, nomeadamente pela implementação de indicadores de qualidade e de

resultado. Estes poderiam promover a eficiência dos processos de sinalização e de referenciação, otimizando o fluxo dos indivíduos entre os diferentes níveis de cuidados. Desta forma poderia evitar-se o excesso de sinalizações e adequar as referenciações de acordo com o grau de incapacidade ou funcionalidade. Neste campo, poderia ser introduzida uma ferramenta de trabalho semelhante à *CheckList* utilizada no Reino Unido. Esta metodologia permitiria um processo de referenciação mais objetivo e de acordo com as necessidades individuais. Assim, em estudos futuros poderia ser pertinente a criação de um algoritmo de decisão que promove-se a sinalização e referenciação em tempo adequado considerando as características e necessidades de cada indivíduo.

Seria igualmente importante aprofundar o conhecimento relativamente ao fluxo das referenciações para a RNCCI. A determinação da taxa de indivíduos com reinternamentos associados a agudizações de doença, bem como, a frequência de admissões nos serviços de urgência, poderia ser facilitador da integração entre os diferentes níveis de cuidados, hospitalar e comunitário, promovendo a inclusão participativa de cuidadores informais, assegurando desta forma um regresso e readaptação funcional dos indivíduos ao seu contexto comunitário.

5. Conclusões

Observou-se que a população com maior utilização dos serviços da RNCCI encontra-se na faixa etária entre 65 ou mais anos de idade, com 79,4% das sinalizações efetuadas no período em estudo a pertencerem a esta faixa. Verificou-se igualmente que em todas as regiões de saúde, os indivíduos com maior número de episódios sinalizados têm 65 ou mais anos de idade.

Relativamente às questões da dependência e incapacidade dos indivíduos, apurou-se que os GDH com maior número de referências para RNCCI são relativos a doenças incapacitantes. Verificou-se que o GDH 14, (Acidente Vascular Cerebral), representava 18% das referências, o GDH 211, (Procedimentos na anca e no fémur, exceto grandes intervenções articulares, > 17 anos, sem CC), representava 8% das sinalizações e o GDH 533, (Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major), representava igualmente 8% das sinalizações. O conjunto dos GDH representam 34% do total da população analisada.

Quanto ao impacto da RNCCI na demora média hospitalar, verificou-se que a demora média dos episódios referenciados para a Rede é superior à demora média nacional em todo o período de tempo em análise. Verificou-se que para uma demora média nacional situada entre os 7,3 dias e os 7,7 dias, comparativamente, os episódios referenciados apresentam uma demora média mínima de 21,9 dias e uma demora média máxima de 33 dias. Em termos regionais a região de LVT apresenta os valores de demora média mais elevados, com um intervalo entre os 28,8 dias e os 50,3 dias de demora média.

Considerando os GDH 14, 211 e 533, verifica-se que todos eles apresentam uma demora média de referência superior à demora média nacional, e demora média regional para o mesmo GDH, em todo o período de tempo do estudo. Ou seja, foi possível observar que a demora média para indivíduos com o mesmo GDH, é superior nos que são referenciados para a RNCCI.

Assim, será de considerar que a existência de demoras médias elevadas poderá ser indicativa da existência de processos pouco eficientes, quer ao nível hospitalar quer ao nível da Rede. Seria importante ponderar o estudo associado aos processos e mecanismos subjacentes à avaliação dos indivíduos e à sua necessidade de referência para a Rede. Seria

igualmente importante conhecer, em estudos futuros, os circuitos e fluxos de referência dos indivíduos de forma a identificar eventuais constrangimentos.

Face à atual conjuntura económica, a contínua pressão exercida nos sistemas poderá colocar em causa a universalidade do acesso a cuidados de saúde causando assimetrias fraturantes nas sociedades futuras. É essencial readequar os serviços prestados às reais necessidades dos indivíduos, reorganizar as redes de prestação de cuidados de saúde, integrar efetiva e eficientemente os vários níveis de cuidados existentes e fundamentalmente centar os cuidados de saúde nas pessoas.

Este desiderato passa por repensar as várias políticas de saúde e sociais existentes, nomeadamente, quanto à promoção da saúde, à prevenção da doença, à capacitação dos indivíduos e à auto-gestão das doenças crónicas. A sua implementação visa minimizar o impacto do envelhecimento e das doenças incapacitantes nos serviços hospitalares, privilegiando os serviços de ambulatório e domiciliários, sendo a intervenção da RNCCI determinante para alcançar este propósito.

6. Bibliografia

ANDERSON, W. - Continuing healthcare acute pilot. [Em linha]. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th December 2011. [Consult. a 07 Fev. 2013]. Disponível em [http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fWilliam_Anderson_CHC_Workshop_6_Dec_2011%20\(2\).pdf](http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fWilliam_Anderson_CHC_Workshop_6_Dec_2011%20(2).pdf)

ARARTEKO - Atención sociosanitaria en grupos afectados especialmente. [Em linha]. Vitoria-Gasteiz: Ararteco, 29 de marzo de 2010. [Consult. a 03 Mar. 2013]. Disponível em http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1845_1.pdf.

BÉLAND, F. [et al.] - A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized control trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. [Em linha]. 61: 4 (2006 Apr) 367-73. [Consult. a 9 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16611703>

BRYAN K.; GAGEB, H.; GILBERT, K. - Delayed transfers of older people from hospital: causes and policy implications. Health Policy. [Em linha]. 76 : 2 (Apr 2006) 194–201. [Consult. a 4 Mar. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16040152>

BRYAN, K. - Policies for reducing delayed discharge from hospital. British Medical Bulletin. [Em linha]. 95 : 1 (2010) 33–46. [Consult. a 8 Abr. 2013]. Disponível em: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/95/1/33.full>

BURSTEIN, N. [et al.] - Evaluation of the Program of All- Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration: The Impact of PACE on Participant Outcomes. Abt Associates Inc. [Em linha]. (1998) 1-60. [Consult. a 10 Mar. 2013]. Disponível em: http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=1933&title=CMS:_Impact_of_PACE_on_Participant_Outcomes

CAMPOS, L., [et al.] (2009). A Governação dos Hospitais. Lisboa: Portugal R (Editores) Casa das Letras

CARNEIRO, R., [et al.] - O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. [Em linha]. Lisboa. Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. Faculdade de ciências humanas. Universidade Católica Portuguesa. (2008). [Consult. a 4 Mar. 2013]. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

CERVERA, M. [et al.] - Claus per a la construcció de l'espai sociosanitari a Espanya. [Em linha]. In II Jornades Sociosanitàries de La Unió. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Construint el futur, Barcelona, 3 de març de 2010. [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível em: http://217.149.1.250/mmedia/documents/08_montserrat_cervera.ppt.

CURRY, N.; HAM, C. - Clinical and service integration. The route to improved outcomes. [Em linha]. London : King's Fund, 2010. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>

DAMINIANI, G. [et al.] – An ecological study on the relationship between supply of beds in long-term care institutions in Italy and potential care needs for the elderly. [Em linha]. BMC Health Services Research, 2009, 9:174 [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/174/>

DECOSTER, C.; KOZYRSKYJ, A. - Long-stay patients in Winnipeg acute care hospitals. [Em linha]. Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of community health Sciences, faculty of medicine, University of Manitoba, September 2000. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/longstay.pdf>

DECRETO-LEI n.º 101/2006. D. R. Iª Série A. 109 (2006-06-06) 3856-3865 - Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DISCHARGE PLANNING AND ALC POLICY TASK TEAM - Discharge from Hospital. Literature review. [Em linha]. North East Local Health Integration Network, November 2006. [Consult. 11 Fev. 2013]. Disponível em: http://www.nelhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Report_and_Publications/ALC/Literature_Review_Hospital_Dis.pdf

DOBSON, R. - NHS fails to charge local authorities for blocked hospital beds—but delayed discharge is mostly hospitals' fault. BMJ. [Em linha]. 11 : 335 (11 August 2007) 274-275. [Consult. 13 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941863/>

DUFFY, J.; GWYOTHER, T.; MCGINNES, A. - A clinical and carer perspective of continuing health care funding (CHC). [Em linha]. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th December 2011. [Consult. 12 Fev. 2013]. Disponível em: http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2FNational%2Fwebsite%2FContinuing_healthcare%2FJohn_Duffy_Tracey_Gwyther_Alison_McGinnes_CHC_Workshop_6_Dec_2011.pdf.

ESCOVAL [et al.] - Análise especializada cuidados de saúde hospitalares : plano nacional de saúde 2011-2016. [Em linha]. Coordenadores Ana Escoval e Adalberto Campos Fernandes. Parceria Alto Comissariado da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Outubro 2010. [Consult. em 22-11-2012]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/documentos/page/5/>

ESPAÑA. CONSEIL DE SECTOR D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA. UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS – Estudi comparatiu dels models d'atenció sociosanitària a l'estat espanyol. [Em linha]. In II Jornades Sociosanitàries de La Unió. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Construint el futur, Barcelona, (2010). [Consult. 17 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=3283&lg=cat>.

ESPAÑA. CONSEIL DE SECTOR D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA. UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS – Evolució de la complexitat assistencial en atenció sociosanitària d'internament. [Em linha]. Barcelona : Unió Catalana d'Hospitals. Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària, (2010). [Consult. 17 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=3284&lg=cat>.

ESPAÑA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en españa. [Em linha]. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2011). [Consult. 07 Mar. 2013]. Disponível em: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>

EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND EQUAL OPPORTUNITIES - Long-term care in the european union. [Em linha]. Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008. [Consult. em 22-01-2013]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en>.

EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND EQUAL OPPORTUNITIES - The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). [Em linha]. Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009. [Consult. em 27 Set 2013]. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf

EUROSTAT – Europe in figures : Eurostat yearbook 2011. [Em linha]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. [Consult. em 11 Dez 2012]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-11-001/EN/KS-CD-11-001-EN.PDF

FALCONE, D.; BOLDA, E.; LEAK, S.C. - Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients. Health Serv Res. [Em linha]. 26 : 3 (1991) 339-74. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069829/>

FELDMAN, P. H. ; KANE, R. L. - Strengthening research to improve the practice and management of long-term care. Em linha . Milbank Q. 81:2 (2003) 179-220, 171. Consult. em 25 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12841048>

HAM, C. - Working together for health : achievements and challenges in the Kaiser NHS Beacon sites programme. [Em linha]. Health Services Management Centre. Policy paper No. 6. England : University of Birmingham, (2010). [Consult. 24 Fev. 2013]. Disponível em http://epapers.bham.ac.uk/749/1/Kaiser_policy_paper_Jan_2010.pdf

HANKE, M - Effects of the Program of All-inclusive Care for the Elderly on hospital use. Gerontologist. [Em linha]. 51:6 (Dec. 2011) 774-85 [Consult. 19 Mar. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737398>

HOLMÅS, H. [[et al.]] – Long term care and hospital length of stay for elderly patients. [Em linha]. Institute for Research in Economics and Business Administration (SNF). Working paper No. 09/07. Bergen : BORA NHH, (2007). [Consult. 15 Fev. 2013]. Disponível em <http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/224-HEBrapport0607.pdf>

HUTT, R.; ROSEN, R.; MCCAULEY, J. - Casemanaging Long-term Conditions: what impact does it have in the treatment of older people? [Em linha]. London : King's Fund, November 2004. [Consult. 09 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.antaes-cosocial.com/adjuntos/192.1-casemanagement.pdf>.

INE – Censos 2011. [Em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2011. [Consult. 25 Out 2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUESmodo=2

INE - Projecções de população residente em portugal 2008-2060 : projecções de população residente : portugal - 2008 - 2060. [Em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2009. [Consult. 25 Set 2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y.

LAGOE, R. J.; DECKER, K.E. - Long-Term Care Patients in Acute Care Beds: A Community-Based Analysis. The Gerontological Society of America. [Em linha]. 31 : 4 (1991) 438-46. [Consult. 07 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1909984>.

MARTINS, M.; FRANCO, M.; DUARTE, J. – Um estudo caso sobre os custos das infeções no Centro Hospitalar Cova da Beira. Revista Referência. [Em linha] 79: 90 (2007). [Consult. 12 Jan. 2014]. Disponível em: https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=18&codigo=.

MCCLARAN, J.; TOVER-BERGLAS R.; GLASS, K.C. - Chronic status patients in a university hospital: bed-day utilization and length of stay. CMAJ. [Em linha]. 15 : 145 (Nov 1991) 1259-65. [Consult. 12 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1933708>

MCDONAGH, M. S.; SMITH, D. H.; GODDARD, M. – Measuring appropriate use of acute beds : a systematic review of methods and results. [Em linha]. Health Policy. 53 (2000) 157–184. [Consult. 12 Fev. 2013]. Disponível em: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(00\)00092-0/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(00)00092-0/abstract)

MEINERS, M.R.; COFFEY, R.M. - Hospital DRGs and the Need for Long-Term Care Services: An Empirical Analysis. Health Services Research. [Em linha]. 20:3 (August 1985) 359-384. [Consult. 15 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068885/>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, (2004). [Consult. 22 Jan 2013]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE: Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde/2008.

NOGUEIRA, J. - Cuidados continuados: Desafios. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 30 Jan 2013] Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_2012.pdf

OECD – Health at a glance 2012. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2012. [Consult. 14 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>

OECD – Health at a Glance 2009 : OECD indicators. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2009. [Consult. 5 Jan 2014]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf>

OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DO SISTEMA DE SAUDE – Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. Relatório de primavera 2011. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 2011. [Consult. 15 Nov. 2012] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

OPSS, 2009 – OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DO SISTEMA DE SAUDE –10/30 Anos: Razões para continuar. Relatório de primavera 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 2009. [Consult. 22 Jun. 2013] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf

OPSS, 2012 - OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DO SISTEMA DE SAUDE –Crise e Saúde: um país em sofrimento. Relatório de primavera 2012. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 2012. [Consult. 14 Set. 2013] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf

PORTER, M.; KELLOGG, M. - Kaiser Permanente: an integrated health care experience. RISAI. [Em linha]. 1 : 1 (2008) [Consult. 19 Mai. 2013]. Disponível em <http://pub.bsalt.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=risai>

PORTUGAL, MS, UMCCI – 3 anos : rede nacional de cuidados integrados : resumo executivo : Anexo II. [Em linha]. Lisboa : Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Abril de 2010. [Consult. 22 Out 2012]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf.

PORTUGAL, MS, UMCCI - Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). [Em linha]. Lisboa : Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Setembro de 2009. [Consult. 22 Out. 2012]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf.

PORTUGAL, MS, UMCCI - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados em 2012. [Em linha]. Lisboa : Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, (2012). [Consult. em 27 Abr. 2013]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf

ROCKWOOD, K. - Delays in the discharge of elderly patients. J Clin Epidemiol. [Em linha]. 43 : 9 (1990) 971-975. [Consult. 17 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2170587>

ROSS, S.; CURRY, N.; GOODWIN, N. - Case management - What it is and how it can best be implemented. [Em linha]. London : The King's Fund, 2011. [Consult. 11 Mar. 2013].

Disponível em: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf.

SALVÀ-CASANOVAS, A. [et al.] - La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la Atención sociosanitaria en Cataluña. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Em linha]. 39 : 2 (2004) 101-8. [Consult. 3 Fev. 2013]. Disponível em: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/la-atencion-geriatrica-uno-los-grandes-ejes-13060370-punto-vista-2004>

SHUGARMAN, L. – Health care reform and long-term care : the whole is greater than the sum of its parts. [Em linha]. Public Policy & Aging Report. 20 : 2 (Spring/Summer 2010) 3-7. ISSN 1055-3037. [Consult. 18-01-2013]. Disponível em: http://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/PPAR%20Themed%20Issue_0.pdf.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH - Fast track pathway tool for nhs continuing healthcare. [Em linha] (2012). [Consult. em 17 Fev 2013] Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213140/NHS-CHC-Fast-Track-Pathway-tool.pdf.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH - Fast track pathway tool for nhs continuing healthcare. [Em linha]. United Kingdom : Department of Health, (2012). [Consult. em 17 Fev 2013]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213143/NHS-CHC-Fast-Track-Pathway-tool-FINAL.doc.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH - Our health, our care, our say: a new direction for community services : a brief guide. [Em linha]. London : Department of Health, 2006. [Consult. 15 Fev 2013] Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4127453

UK. DEPARTMENT OF HEALTH - The national framework for NHS continuing healthcare and NHS funded nursing care. [Em linha]. London : Department of Health. (2012) [Consult. em 18 Fev 2013]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213137/National-Framework-for-NHS-CHC-NHS-FNC-Nov-2012.pdf.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS IMPROVEMENT. STROKE - Guidance for Improving the CHC Process. [Em linha]. United Kingdom : NHS Improvement Stroke, Department of Health, 2012. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em: http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fGuidance%20for%20Improving%20the%20Management%20of%20the%20CHC%20Process.pdf

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS Improvement. Stroke - Resources - NHS Continuing Healthcare. [Em linha]. United Kingdom : NHS Improvement Stroke, Department of Health 2008. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.improvement.nhs.uk/stroke/NHSContinuingHealthcare/Resources.aspx>.

WHO – Lessons for long-term care policy : the cross-cluster initiative on long-term care : noncommunicable diseases and mental health cluster world health organization. [Em linha]. World Health Organization. (2002). [Consult. 21 Jul. 2013]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf.

WHO – The global burden of disease. [Em linha]. World Health Organization, 2004. [Consult. 15 Mai. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Anexos

Anexo I

NHS Continuing HealthCare - CheckList

ASSINALE A, B OU C EM CADA DOMÍNIO	C	B	A
Comportamento ^a			
Cognição			
Necessidades psicológicas e emocionais			
Comunicação			
Mobilidade			
Nutrição			
Continência			
Integridade cutânea			
Condição respiratória ^a			
Terapias medicamentosas e medicação: controlo de sintomas ^a			
Estados alterados de consciência ^a			

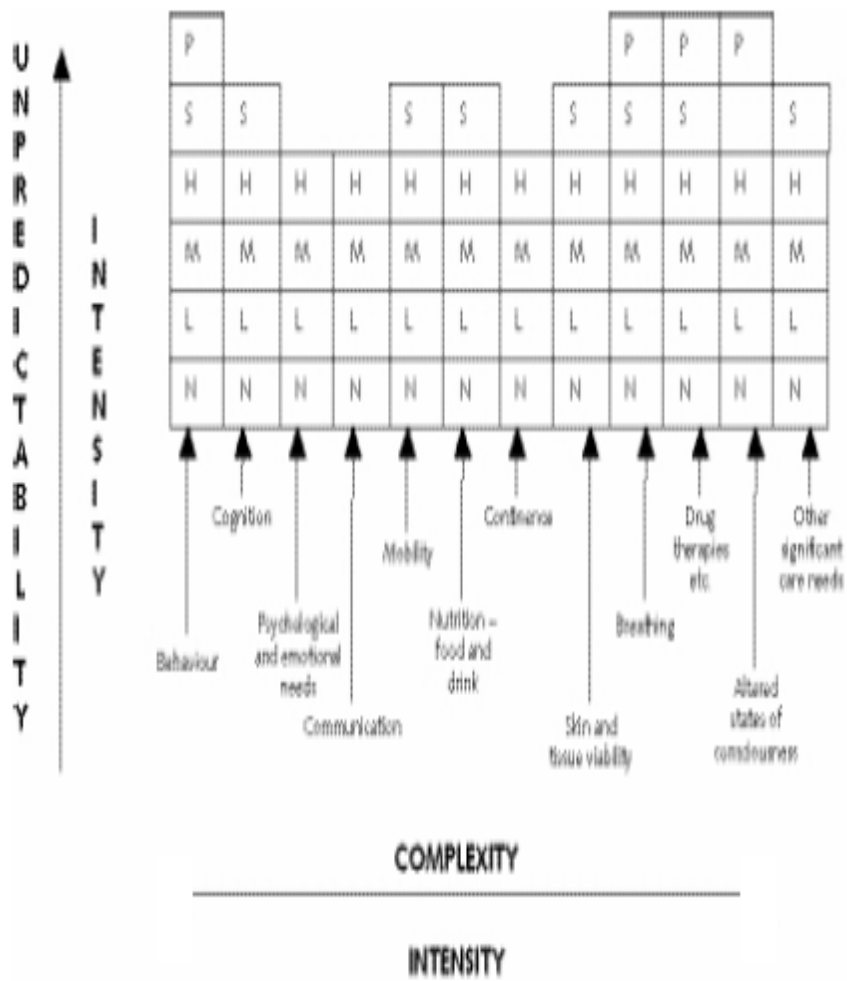
A figura abaixo apresenta um exemplo do conteúdo das colunas A, B e C.

FIGURA 10. QUESTIONÁRIO PARA SINALIZAÇÃO - EXEMPLO DO DOMÍNIO "COMPORTAMENTO"

ASSINALE A, B OU C EM CADA DOMÍNIO	C	B	A
Comportamento ^a	Nenhuma evidência quanto a comportamento "desafiante" OU Alguns episódios de comportamento "preocupante". Uma avaliação de risco indica que o comportamento não constitui um perigo para si próprio ou para os outros ou um obstáculo à intervenção. A pessoa é cumpridora de todos os aspetos do seu processo de cuidar.	Comportamento "desafiante" que obedece a um padrão previsível. A avaliação do risco indica um padrão de comportamento que pode ser gerido por cuidadores especializados ou profissionais de saúde, capazes de manter um grau de comportamento que não coloque em risco a própria pessoa e os outros. A pessoa é quase sempre cumpridora do seu processo de cuidar.	Comportamento "desafiante" que coloca um risco previsível para si próprio e para os outros. A avaliação do risco indica que intervenções planeadas são efetivas na minimização, mas nem sempre na eliminação dos riscos. A adesão é variável, mas responde habitualmente a intervenções planeadas.

Anexo II

NHS Continuing HealthCare - Decision Support Tool



Anexo III

NHS Continuing HealthCare - Fast Track Tool

NHS Continuing Healthcare Fast Track Tool

To enable immediate provision of a package
of NHS continuing healthcare

The individual fulfils the following criterion:

A primary health need arising from a rapidly deteriorating condition which may be entering a terminal phase, with an increasing level of dependency.

Brief outline of reasons for the fast-tracking recommendation:

Please set out below the details of how your knowledge and evidence of the patient's needs mean that you consider that they fulfil the above criterion. This may include evidence from assessments together with triggers such as diagnosis, prognosis where this is available, together with details of both immediate and future needs and any deterioration that is present or expected.

When outlining reasons why a clinician considers that a person has a rapidly deteriorating condition that may be entering a terminal phase, the clinician should consider the following definition of a primary health need:

Primary health need arises where nursing or other health services required by the person are

- (a) where the person is, or is to be, accommodated in a care home, more than incidental or ancillary to the provision of accommodation which a social services authority is, or would be but for the person's means, under a duty to provide; or
- (b) of a nature beyond which a social services authority whose primary responsibility is to provide social services could be expected to provide.

(continues overleaf)