


Referenciação para a rede nacional de cuidados integrados: a percepção dos enfermeiros

Susana Alexandra Fonseca-Teixeira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3513-7392>


Pedro Parreira²

 <https://orcid.org/0000-0003-4527-012X>

Lisete Mónico³

 <https://orcid.org/0000-0002-9374-2702>

Anabela Salgueiro-Oliveira²

 <https://orcid.org/0000-0002-8231-8279>

João Costa Amado⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0358-7970>

Objetivo: compreender a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a partir da perspectiva de enfermeiros que atuam nesse contexto assistencial. **Método:** estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados entre julho e setembro de 2019, por meio de entrevistas a 12 enfermeiros que trabalham em Equipes de Cuidados Continuados Integrados, do norte de Portugal. Para analisar as falas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** os profissionais revelaram que existem dificuldades e constrangimentos no processo de referenciação dos usuários para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O processo é burocrático, complexo e demorado, condicionando a acessibilidade dos usuários aos cuidados em tempo útil. **Conclusão:** o processo de referenciação é um procedimento muito burocratizado e demorado, que condiciona e atrasa o acesso dos usuários à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, contribuindo para o agravamento do estado clínico de alguns pacientes. O número de profissionais é insuficiente, induzindo à procura de serviços pela via da urgência. A aposta na atenção primária deverá procurar melhorar as desigualdades no acesso, concorrer para cuidados mais equitativos e acessíveis gerando mais qualidade nos cuidados de saúde.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência de Longa Duração; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem; Portugal.








¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Pesquisa em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal.

³ Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

⁴ Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

Como citar este artigo

Foseca-Teixeira SA, Parreira P, Mónico L, Salgueiro-Oliveira A, Amado JC. Referral to the national network of integrated care: the nurses' perception. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3372. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3800.3372> .    ano

URL

Introdução

A evolução demográfica caracteriza-se por um acentuado aumento da população idosa à qual se associa uma maior prevalência das condições crônicas e de dependência, aumentando assim a procura de cuidados de longo prazo⁽¹⁻²⁾. Esta situação tem ainda determinado um crescimento nos custos em saúde⁽²⁻³⁾.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal, com início em 2006, visou a criação de respostas integradas de ação social e da saúde no que diz respeito aos cuidados continuados, seguindo as boas práticas europeias nesta área. No entanto, apesar de ser considerada uma estratégia eficaz, evidencia uma capacidade de resposta ainda insuficiente, representando menos de 30% das necessidades atuais e, ainda menos, das expectáveis necessidades futuras⁽⁴⁻⁶⁾. Neste contexto, as Equipes de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) assumem particular importância, pois para além de contribuírem para o aumento das respostas a uma necessidade nacional, apresentam-se como uma solução para cuidados de maior proximidade. Aumentar a capacidade destas equipas assume-se como um esforço de investimento financeiro incomparavelmente menor em relação ao aumento no número de unidades de internação^(4,7-8). Por este motivo, nos últimos anos, tem surgido um forte interesse internacional no desenvolvimento de intervenções eficazes, com boa relação custo-eficácia, para apoiar os idosos que vivem em casa, reduzindo a procura de cuidados hospitalares e de cuidados institucionalizados⁽⁹⁻¹¹⁾.

Estudos sobre a qualidade dos cuidados em saúde salientam que a compreensão das questões organizacionais na prestação de serviços de saúde é fundamental para explicar as variações nos cuidados e progressos, no sentido da melhoria contínua da qualidade. Os sistemas de saúde precisam maximizar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde e dos cuidados a longo prazo, fornecer uma assistência continuada na prestação de serviços e adequar-se às necessidades dos pacientes. Com a crescente exigência econômica e financeira, os profissionais de saúde são desafiados a evidenciar que os cuidados prestados são de alta qualidade, adequados, apropriados, eficientes e efetivos, produzindo os melhores resultados nos pacientes^(6,12-13). Daí que a mudança para um sistema de saúde centrado nas necessidades e preferências individuais permite obter uma nova visão sobre o impacto dessas políticas^(10,14). A rede de atenção primária deve se tornar mais robusta, corresponder às necessidades das pessoas e coordenar-se com outros serviços^(10,15).

Partindo deste enquadramento, o presente artigo sustenta-se conceitualmente no *Nursing Role*

Effectiveness Model (NREM)⁽¹⁶⁾ que se encontra ancorado no Modelo de Qualidade em Saúde de Donabedian, desenvolvido a partir de três conceitos: a estrutura, o processo e os resultados no que respeita à assistência de qualidade⁽¹⁶⁾. O NREM permite avaliar o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde, advogando um conjunto de relações entre as variáveis da estrutura, do processo e dos resultados. As variáveis estruturais referem-se às questões relacionadas com os recursos organizacionais, como a disponibilidade de equipamento e as competências da equipe de cuidados de saúde; o processo integra as intervenções dos enfermeiros e os resultados estão relacionados com as mudanças no estado de saúde do paciente como uma consequência da prestação de cuidados⁽¹⁷⁾. As características na estrutura e no processo de intervenção dos enfermeiros proporcionarão mudanças nos resultados. A estrutura integra os fatores relativos ao paciente, ao enfermeiro e à organização. O processo integra as intervenções autônomas e interdependentes, como a comunicação na equipe, a gestão de casos e a coordenação de cuidados. Os resultados consideram o estado funcional, o autocuidado, o controle de sintomas e os efeitos adversos⁽¹⁶⁾.

A presente pesquisa tem como objetivo compreender a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a partir da perspectiva de enfermeiros que atuam nesse contexto assistencial.

Método

A pesquisa realizada foi de natureza exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, uma vez que se pretendeu conhecer o fenômeno estudado, *i.e.*, as experiências dos participantes, com base nas descrições dos participantes pesquisados⁽¹⁸⁾.

Constituiu-se uma amostra de conveniência com doze enfermeiros das ECCI da região norte de Portugal tendo como critérios de inclusão desempenharem funções nas ECCI há mais de 3 anos. Para a definição do número de participantes foi adotado o critério de saturação dos dados, com encerramento da fase de coleta na medida em que foi delineado o quadro empírico da pesquisa para o alcance do objetivo. Uma das pesquisadoras deslocou-se às unidades para realizar as entrevistas que ocorreram, entre julho e setembro de 2019, durante o período de trabalho, em dia e horário agendado de acordo com a disponibilidade dos participantes e com consentimento institucional.

Os 12 enfermeiros alvo da pesquisa tinham idades compreendidas entre os 36 e os 60 anos (M=46 anos e DP=7,5). O tempo de experiência profissional variou entre os 13 e os 36 anos (M= 24 anos e DP=7,5) e a

experiência em ECCI variou entre 5 e 10 anos (M=8 anos e DP=1,7).

O método de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada⁽¹⁹⁻²⁰⁾, por meio de um roteiro temático cujos temas abordaram as dificuldades e os constrangimentos no processo de referência dos pacientes para a RNCCI, pelo que não foi seguida uma ordem específica na condução da entrevista, permitindo a continuidade da conversa e a espontaneidade dos participantes⁽¹⁹⁻²⁰⁾, mantendo, no entanto, um foco no objetivo predefinido. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio respeitando-se os pressupostos éticos subjacentes a uma pesquisa desta natureza. As entrevistas tiveram a duração média de 40 minutos, tendo sido posteriormente transcritas na íntegra para documento *Word*, no computador privado da pesquisadora e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo⁽²¹⁻²²⁾ visando apurar as descrições subjetivas de conteúdo para, com objetividade, evidenciar a natureza e as forças relativas dos estímulos. Tal caminho permite a emergência de inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o contexto em estudo⁽²³⁾. Desta forma, as entrevistas transcritas foram lidas várias vezes para obter a familiarização dos dados e facilitar a compreensão do todo.

A análise de conteúdo realizou-se com recurso ao software NVivo®, respeitando as três fases propostas por Bardin⁽²¹⁻²²⁾: pré-análise, exploração dos dados e tratamento dos resultados, incluindo os processos de inferência e interpretação. Assim, foram seguidas as seguintes etapas: leitura integral das respostas abertas, definição das unidades de análise tendo em conta as unidades de registo e as unidades de enumeração e designação das categorias, subcategorias e indicadores de resposta. Como referências, foram consideradas as unidades de registo e de enumeração⁽²⁴⁾. As unidades de significado foram extraídas, condensadas e rotuladas com um código de acordo com o objetivo do estudo e organizadas de acordo com o modelo conceitual NREM (estrutura, processo e resultados). Essa abordagem teve como objetivo garantir a confiabilidade e manter o equilíbrio entre o entendimento prévio dos autores sobre o processo de referência e avaliar como a relação entre as variáveis de estrutura e processo têm impacto nos resultados⁽²⁵⁾.

O presente estudo foi iniciado após aprovação pela Comissão de Ética dos Agrupamentos de Centros de Saúde da região norte de Portugal. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado, tendo sido solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Declaração de Helsinque⁽²⁶⁾ e assegurado o anonimato dos participantes por meio da

atribuição de um código de identificação com a letra E (de Enfermeiro) e um número de 1 a 12.

Resultados

Da análise do conteúdo das entrevistas transcritas emergiram três categorias. A categoria "recursos humanos e materiais" foi a que apresentou um maior número de referências (unidades de registo e de enumeração) com 26,78% do total de referências, seguindo-se as categorias "dificuldades e constrangimentos no processo de referência" (13,04%) e, por último a "sistema de informação" (11,41%).

Recursos Humanos e Materiais

Na categoria "recursos humanos e materiais" os depoimentos revelaram que, relativamente às respostas assistenciais, o número de profissionais nas ECCI é insuficiente (nomeadamente, médicos e enfermeiros). A maioria refere que as equipas apresentam um número insuficiente de enfermeiros. A carga horária dos médicos é variável nas ECCI, para o mesmo número de vagas atribuído, o número de horas de cuidados médicos é diferente, sendo que a maioria referiu ser insuficiente, tal como elucidado nos trechos das entrevistas: *Às vezes as pessoas têm que ser encaminhadas para o serviço de urgência porque não há resposta médica* (E1); *(...) não tem apoio médico (...)* não consegue dar resposta por falta de recursos (... (E1); *(...) não conseguimos dar resposta (...)* porque a equipe é muito pequena (... (E8); *(...) atendendo ao perfil deles, as horas dos cuidados de enfermagem também são escassas (...)* (E5); *(...) há outras vezes em que a equipe se torna perfeitamente insuficiente dado o consumo de tempo e o índice de gravidade dos pacientes (...)* (E3).

Os participantes consideraram também que, para uma resposta mais eficaz, seria importante incluir outros profissionais, nomeadamente fisioterapeutas, atendente de enfermagem, terapeuta da fala e terapeutas ocupacionais, tal como é referido nos trechos das entrevistas: *Os profissionais não são suficientes (...)* um enfermeiro com mais tempo disponível (...) outros profissionais de outras áreas como fisioterapeutas seria importante (E11); *(...) teríamos lugar para um terapeuta ocupacional (...)* terapeuta da fala (... (E3); *(...) a atendente de enfermagem era sempre uma mais valia (...)* (E10).

Associados à falta de recursos humanos, existem também outros constrangimentos, tais como a falta de transporte para deslocamento, tal como referido nos trechos das entrevistas: *As viaturas [automóvel] são dos maiores constrangimentos que temos (...)* (E12); *(...) carro (...)* é insuficiente (...)" (E5); *(...) o maior constrangimento será mesmo a viatura [automóvel] (...)* (E9).

Foi também referido que a abertura das unidades e o número de vagas atribuídas não estão ajustadas às necessidades da população abrangida, tal como está evidente nos trechos das entrevistas: *Deveriam (...) ajustar as vagas porque (...) o nosso concelho por ser mais pequeno (...) não precisaria de tantas (...) (E11); (...) eram necessárias mais camas (...) se tivéssemos mais recursos (...) (E5).*

Sistema de informação

Na categoria "sistemas de informação" (SI) os depoimentos revelaram que os módulos de registros do aplicativo SI-RNCCI são complexos e extremamente demorados. Referiram que há informação irrelevante e escalas inadequadas ou não aplicáveis para alguns pacientes que dificultam a elaboração adequada dos processos. Salientaram que a informação descrita nas notas frequentemente está incompleta, é incoerente e alguns registros controversos. Os participantes consideraram que a obrigatoriedade de registrar em duas plataformas sobreponíveis – SI-RNCCI e SClínico – implica a necessidade de duplicar os registros e torna a referência menos célere e menos facilitada. Salientaram também que, por vezes, é difícil obter os dados alusivos à família, nomeadamente quando são solicitadas informações sobre os rendimentos financeiros, tal como está patente nos trechos das entrevistas: *(...) é extremamente burocrático, extremamente demorado e é muito difícil (...) colher dados da família porque (...) não quer ceder dados e têm que assinar o termo de consentimento (...) registrar nos dois sistemas [SI-RNCCI e SClínico] (...) é uma perda de tempo (...) não registra o que é essencial (...) (E1); Gasta-se muito tempo a efetuar os registros e nas referências é pior (...) a informação do SClínico não migra para o SI-RNCCI (...) algumas escalas não estão corretas (...) não é aplicável (...) para determinados pacientes (...) temos dificuldade em analisar as notas, alguma informação é omissa, (...) muito parca, temos que ir ao (...) Registo de Saúde Eletrónico e a outros sistemas (...) (E2); se não houvesse necessidade de duplicar para o SI-RNCCI (...) a informação que (...) está (...) no SClínico (...) a referência poderia ser mais célere e (...) mais facilitada (E3); No aplicativo não conseguimos visualizar as necessidades do paciente e nem sempre correspondem àquilo que é a realidade (...) (E4); É um sistema muito burocrático (...) (E7); (...) deveria estar (...) mais simplificado (E8); O fato de termos que registrar (...) a mesma coisa nos dois sistemas [SI-RNCCI e SClínico] (...) é complexo (...) é muito demorado, algumas escalas não fazem sentido nenhum e (...) têm um ou dois parâmetros que em rigor nem sequer se podem preencher para alguns pacientes (...). Não é fácil visualizar os registros anteriores (E12).*

Processo de referência

Os participantes referiram que em detrimento da referência dos pacientes para a ECCI, referenciam

para os serviços de internamento da RNCCI, pelo fato dos pacientes terem necessidade de cuidados continuados, não sendo os horários das ECCI adequados às suas reais necessidades, tal como elucidado nos trechos das entrevistas: *Às vezes as pessoas têm que ser encaminhadas para o serviço de urgência porque não há resposta médica (E1); (...) em termos de horário não são adequados àquilo que são as reais necessidades, as reais necessidades dos pacientes não ficam cobertas com trabalho das 8 horas às 20 horas (E1); (...) para cuidados paliativos (...) das 20 horas até às 8 horas do dia seguinte (...) é muito tempo sem apoio (...) (E12).*

A referência dos pacientes depende também da avaliação da equipe multidisciplinar, constituída por um médico, um enfermeiro e um técnico superior do serviço social. A equipe precisa proceder à elaboração de um relatório médico, de enfermagem e de serviço social a ser apresentado à Equipe Coordenadora Local e, posteriormente, validado pela Equipe Coordenadora Regional. Só após o cumprimento deste procedimento o paciente poderá ingressar numa unidade da RNCCI.

Os resultados da presente pesquisa mostraram que a referência dos pacientes para a RNCCI é um processo muito burocrático, complexo e demorado. As equipes não se sentem motivadas para referenciar e, por vezes, não iniciam ou protelam o processo; outras após iniciarem o processo de referência, desistem ou optam apenas por referenciar casos extremamente graves. Afirmam ainda que os das unidades de saúde são os profissionais mais desmotivados, renitentes e que alguns recusam, mesmo, efetuar a referência por ser um processo demorado. Descrevem que as Unidades Funcionais (UF) podem demorar dois meses ou mais a efetuar o processo de referência e que, nos hospitais, o tempo que leva ao preenchimento do relatório e à validação pelas entidades competentes conduz, muitas vezes, a um adiamento da transferência do paciente por uma semana. Por ser um processo demorado, os hospitais dão alta para o domicílio e solicitam ao médico das unidades de saúde que efetue a referência, sendo este processo mais difícil e demorado. Por vezes, quando o processo é novamente reiniciado, os pacientes já não reúnem os critérios necessários, perdendo-se a oportunidade na referência, tal como está apresentado nos trechos das entrevistas: *(...) referem é que é muito burocrático (...) não há disponibilidade médica para fazer registros (...) (E1); Este procedimento é altamente burocratizado e é um dos principais fatores (...) condicionante da acessibilidade do paciente à RNCCI (E3); O tempo que leva ao preenchimento do relatório (...) motiva muitas vezes a que a alta do paciente tenha que ser adiada (...) uma semana e, portanto, o hospital desiste da referência (E3); "(...) processo é tão complicado de referenciar que (...) acabam por se desmotivar (...) (E2); Não referenciam, limitam-se a não o fazer, outras*

vezes referenciam apenas casos que são extremamente graves e que nem cabem no âmbito da ECCI (...) (E1); Muitas vezes como os médicos nem sempre são ou estão acessíveis (...)” (E4); (...) basta o médico dizer que não (...) apesar (...) do doente precisar (...) e o doente não entra” (E12); (...) devido à burocracia (...) vão protelando e vão adiando a referência (...) (E10); (...) muitas vezes (...) têm o processo iniciado na RNCCI, mas (...) é necessária alguma documentação (...) acabam por desistir da referência e (...) enviar para o domicílio (...) (E1); (...) devido ao tempo de espera, mandam-nos para (...) os domicílios (...) (E6); Faz uma nota para o médico da unidade de saúde alertando para a necessidade de o doente ter que ser referenciado para a RNCCI (...) (E3); Atrasa ao ponto de já não haver uma referência em tempo útil para aquilo que se pretende para o paciente, nomeadamente (...) os cuidados paliativos (...) (E3).

Segundo os participantes, as equipas que mais referenciam são as unidades de saúde familiar, em detrimento dos hospitais e das unidades de internamento da RNCCI. Existe um desconhecimento das ECCI e do tipo de resposta prestada. Grande parte dos pacientes referenciados são casos sociais, alegando-se na grande maioria dos casos, critérios de reabilitação. Salientam também que muitos dos pacientes referenciados apresentam um estado clínico grave, com várias comorbidades, instáveis e, por isso, não se enquadram no âmbito da ECCI, tal como é referido nos trechos das entrevistas: *A grande maioria dos pacientes chega através de uma unidade funcional (...) (E1); O hospital não referencia (...) por desconhecimento (...) (E10); (...) paciente (...) vem com indicação de fisioterapia (...) não temos cuidados de fisioterapia (...) (E1); (...) grande parte (...) tem mais a ver com a falta de resolução de problemas sociais do que propriamente com o tratamento de úlceras ou com a gestão do regime terapêutico (E1); (...) os critérios de reabilitação são usados (...) para a referência (...) (E1); (...) quando chega à ECCI (...) nem sempre corresponde aquilo que é o motivo da necessidade de cuidados (E1); (...) quando o paciente chega à nossa unidade os cuidados já não têm nada a ver com a necessidade inicial, normalmente está muito pior (E5); Normalmente, são pacientes com um estado muito debilitado (...) com muitas comorbidades (E1); Grande parte dos pacientes (...) não estão clinicamente estabilizados (E1); (...) vêm parar à ECCI por falta de resposta de outras unidades (...) (E1); (...) referenciam apenas casos que são extremamente graves e que nem cabem no âmbito da ECCI (...) (E1).*

Por último, outros aspetos referidos que dificultam a referência e/ou transferência dos pacientes para as unidades de internação sustentam-se no número de vagas limitado, na dispersão geográfica e no critério económico, tal como elucidado nos trechos das entrevistas: (...) *o critério económico é uma barreira para as famílias, a dispersão geográfica das unidades, nomeadamente*

aqui na região norte também é outra barreira (E5); (...) as famílias preferem sempre as unidades perto da área de residência, o que nem sempre existem ou nem sempre estão disponíveis com a tipologia adequada ao doente. (E1); (...) os pacientes estão em casa muito tempo à espera por causa do local que escolhem (E8).

Outros constrangimentos referidos e que inviabilizam a entrada do paciente na ECCI, foram: a ausência da intersubstituição do médico da ECCI e da unidade de saúde em período de férias, não ter um cuidador informal e os documentos estarem desatualizados, tal como referido nos trechos das entrevistas: (...) *o médico da ECCI durante o período de férias tem intersubstituição (...), mas (...) o médico que fica a substituir (...) também tem férias nesse período (...) (E2); (...) muitas vezes não é possível referenciar o paciente apenas pelo simples fato (...) não ter o cartão de cidadão (...) o médico da unidade de saúde está de férias (...) (E12); (...) quando o médico está de férias não há quem o substitua (...) (E1).*

Os dados mostram que há claramente constrangimentos no processo de referência e articulação para a RNCCI, o que condiciona a acessibilidade dos pacientes à assistência de longa duração, contribuindo para o agravamento do seu estado clínico.

Discussão

As categorias que emergiram da análise do conteúdo das entrevistas e a mobilização do modelo NREM permitem desocultar aspectos relativos aos problemas na estrutura (E), dificuldades alusivas ao processo (P) de referência com influência nos resultados (R), evidenciando também uma dificuldade na articulação nas relações entre (E-P-R). A análise da relação entre as variáveis de estrutura (recursos humanos e materiais) e processo (sistema de informação) evidenciou ter um impacto nos resultados, gerando dificuldades e constrangimentos no processo de referência, culminando em perda na eficácia e eficiência para os usuários da RNCCI. As dificuldades apresentadas na estrutura (E) e processo (P) de referência culminam numa notória limitação por falta de acesso aos cuidados de enfermagem (R). Será urgente intervir em tais fatores para criar processos mais organizados e eficientes e menos desburocratizados, pois são geradores de inacessibilidade dos usuários aos cuidados de enfermagem. Algumas pesquisas efetuadas no âmbito dos cuidados de longo prazo alicerçados no NREM assinalam que a experiência dos enfermeiros (estrutura) e as intervenções independentes de enfermagem (processo) estavam significativamente relacionadas ao estado funcional, ao controle de sintomas e aos melhores resultados clínicos dos pacientes (resultados)^(16,27).

Os resultados da presente pesquisa mostram que a referência é um procedimento muito burocratizado e demorado (processo), que condiciona e atrasa substancialmente a acessibilidade dos pacientes à RNCCI, impedindo que eles tenham acesso aos cuidados em tempo útil (resultados). Este constrangimento é intensificado pelo fato de, obrigatoriamente, integrar três profissionais diferentes, carecer da validação por duas entidades (uma local e outra regional), agravado ainda pela validação obrigatória por parte da segurança social, no que respeita à determinação de isenções e pagamentos de taxas. O processo burocratizado entre as UF e as equipas de coordenação local impedem que o procedimento seja mais fluído e célere, condicionando um tempo demasiado longo de encaminhamento do paciente, pondo em causa o cumprimento dos objetivos propostos para o usuário. Ainda, o fato dos módulos de registo do aplicativo SI-RNCCI serem complexos e demorados e a obrigatoriedade de registrar em duas plataformas (SI-RNCCI e SClínico) dificulta a elaboração dos processos. A demora do processo de referência conduz às taxas de ocupação nas ECCI sub-otimizadas gerando ineficiências graves no acesso dos usuários à assistência de longa duração. O fato deste procedimento ser altamente burocratizado e de grande complexidade condiciona a acessibilidade dos pacientes à RNCCI. Os respondentes apontaram como uma das possíveis causas dos hospitais sub referenciarem para a RNCCI e referenciarem os pacientes para o domicílio, pelo fato de não prolongarem o tempo de internamento e, conseqüentemente, diminuïrem os custos com os cuidados hospitalares. Referem que este procedimento provoca demora na admissão do paciente em tempo útil devido aos constrangimentos das UF. Os constrangimentos referidos neste estudo foram também referidos por outros estudos que avaliam a acessibilidade dos pacientes à RNCCI⁽²⁸⁻³¹⁾.

A demora no processo de referência, para além de condicionar a admissão do paciente, agrava também o seu estado clínico, considerando que no momento da admissão a resposta necessária poderá já não se enquadrar no âmbito da ECCI. Acresce que, essa demora, associada ao insuficiente número de profissionais, nomeadamente de médicos, culminam na falta de acompanhamento de proximidade dos pacientes, o que induz à procura de serviços de urgência. Os resultados deste estudo são corroborados por outros autores que referem que os pacientes, sem um acompanhamento de proximidade, recorrem com mais frequência ao serviço de urgência, apesar das hospitalizações para além de serem dispendiosas, são também potencialmente prejudiciais para a saúde da população mais idosa⁽³¹⁻³⁴⁾ contrastando por isso com

a recomendação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico que estima que 30% da atividade hospitalar em Portugal poderiam ser feitas na comunidade⁽³⁾.

Os resultados desta pesquisa demonstraram desigualdades regionais no acesso aos cuidados de saúde prestados pelas ECCI, sendo por isso necessário adequar o número de vagas atribuídas de acordo com a densidade populacional, como também aumentar os recursos humanos e logísticos, nomeadamente de transportes, para que haja maior equidade entre o acesso aos cuidados de saúde e uma utilização mais eficiente. Estes resultados são também corroborados por alguns estudos que mostraram a existência de uma iniquidade no acesso à RNCCI, dispersão geográfica regional com algum grau de aleatoriedade decorrente da sua localização. As ECCI, além de serem mais acessíveis pela proximidade geram também menores custos financeiros, apesar de continuarem a ser amplamente subaproveitadas em todo o país^(3-4,35-36). Desta forma, consideramos importante aumentar a sensibilização dos hospitais e da rede de atenção primária para a referência dos pacientes para a ECCI.

Ora verificamos que atualmente, os cuidados de saúde ocorrem num ambiente fragmentado, sendo por isso necessário proporcionar um cuidado contínuo e coordenado centrado nas pessoas⁽³⁶⁻³⁷⁾ no qual a acessibilidade à ECCI mostra-se como uma opção vantajosa. Promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde e uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis são aspetos fundamentais para a melhoria do estado de saúde da população, sobretudo dos idosos. Aumentar a capacidade de resposta das ECCI assume-se como um esforço de investimento financeiro incomparavelmente menor ao aumento no número e tipologias de internamento, daí que se deva apostar mais na atenção primária dado proporcionar melhoria na qualidade de cuidados de saúde, menores desigualdades no acesso, gerando cuidados mais equitativos e acessíveis. Tal aposta reflete-se, para além dos resultados em saúde na população, redução do custo total dos cuidados, obtendo-se resultados a um custo mais acessível e sustentável^(3,5,15). Os sistemas de saúde precisam maximizar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde e dos cuidados a longo prazo, fornecendo um atendimento contínuo entre serviços proporcionando melhorias importantes na qualidade e na acessibilidade dos usuários, adequando-se às suas necessidades de atendimento^(5,13-15).

Os estudos realizados em contexto de atendimento ambulatorial demonstraram que as intervenções de enfermagem contribuíram para a melhoria dos resultados dos pacientes⁽²⁷⁾. O NREM tem o potencial de

identificar resultados específicos gerados pela prestação de cuidados efetuada pelos enfermeiros evidenciando o papel e responsabilidade da profissão de enfermagem, justificando sua importância na tomada de decisões sobre políticas de saúde⁽¹⁶⁾.

A pesquisa permitiu identificar e compreender as dificuldades e constrangimentos no processo de referência dos pacientes para a RNCCI que precisam de assistência de longa duração. Contribui também para auxiliar a gestão na tomada de decisão nomeadamente no aprimoramento de estratégias e ferramentas com contributo para a garantia da melhoria da qualidade na continuidade dos cuidados e na redução de complicações e de agravamentos da saúde do usuário perante a ausência de cuidados por não referência de cuidados.

Apesar da pesquisa ter atingido seu objetivo, entende-se como possível limitação o fato de ter ocorrido apenas na região norte, o que não significa que a realidade apresentada seja similar em outras regiões de Portugal, sendo imprudente a generalização dos resultados.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa revelaram que o processo de referência é um procedimento muito burocratizado e demorado, que condiciona e atrasa, substancialmente, a acessibilidade dos pacientes à RNCCI, impedindo que os usuários tenham acesso aos cuidados em tempo útil. É evidente a falta de profissionais gerando dificuldades no acompanhamento de proximidade dos pacientes induzindo a procura de serviços de urgência. A demora no processo de referência, para além de poder condicionar a admissão do paciente, agrava também o seu estado clínico. Os profissionais da equipe de saúde evidenciaram a necessidade do acesso sistematizado e em prazos adequados aos registos.

Promover a equidade entre o acesso aos cuidados de saúde e a sua utilização mais eficiente, considerando os recursos disponíveis, são aspetos fundamentais para a melhoria do estado de saúde da população, sobretudo dos idosos. Desta forma, considera-se crucial criar condições para melhorar as variáveis de estrutura (aumentar a capacidade de resposta das ECCI, nomeadamente com o reforço de profissionais) do processo (simplificar o processo de referência, possibilitar acesso sistematizado e em prazos adequados aos dados e melhorar a interoperabilidade nos sistemas de informação melhorando a monitorização e avaliação dos cuidados) para a obtenção de melhores resultados (menores desigualdades de acesso, cuidados mais equitativos e acessíveis). Assim esta pesquisa assume ser um humilde mas válido contributo, para a melhoria

na referência e qualidade dos cuidados de saúde a serem prestados aos usuários.

Referências

1. Slobbe LCJ, Wong A, Verheij RA, van Oers HAM, Polder JJ. Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Sep 6;17(1):1-10. doi: 10.1186/s12913-017-2570-z.
2. European Commission. The 2018 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). [Internet]. Brussels: Economic and Financial Affairs; 2018 [cited Feb 27, 2020]. Available from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf
3. World Health Organization. Health System Review: Portugal - Phase Final Report. [Internet]. Brussels: World Health Organization; 2018 [cited Feb 27, 2020]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/366983/portugal-review-report-eng.pdf
4. Santana R, Marques AP, Lopes S, Boto P, Telles JL, Félix S, et al. The Influence of Providers' and Patients' Characteristics on Resource Use in Long-Term Care Inpatient Units. *Port J Public Health*. [Internet]. 2017 [cited Apr 28, 2020];35(2):114-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000479756>
5. Simões JA, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. [Internet]. 2017 Mar [cited Feb 27, 2020]; 19(2):1-184. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf
6. World Health Organization. Organisation for Economic Co-operation and Development. The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited Feb 27, 2020]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>
7. Gianino MM, Lenzi J, Martorana, Bonaudo M, Fantini MP, Siliquini R, et al. Trajectories of long-term care in 28 EU countries: evidence from a time series analysis. *Eur J Public Health*. 2017 Dec 1;27(6):948-54. doi:10.1093/eurpub/ckx177
8. Karlin NJ. Older adult service usage assessment: evidence from two rural samples. *Act Adapt Aging*. 2018 42(4):305-27. doi:10.1080/01924788.2017.1412228
9. Adamakidou T, Kalokerinou-Anagnostopoulou A. Home health nursing care services in Greece during an

- economic crisis. *Int Nurs Rev*. 2017 Mar 64(1):126-34. doi:10.1111/inr.12329
10. Fonseca-Teixeira S, Parreira P, Freitas M, Mónico L, Mariano L, García-Alonso J, et al. Effectiveness of long-term health care in home context versus institutional care for elderly dependent. In *CISBETI 2019 - International Congress of Health, Well-Being, Technology and Innovation*. Foz de Iguaçu, Brazil. 4-6 April 2019. [Internet]. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jul 15 [cited Nov 27, 2019];19(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4213-z>
11. Xu H, Intrator O. Medicaid Long-term Care Policies and Rates of Nursing Home Successful Discharge to Community. *JAMDA*. 2020 Feb;21(2):248-53.e1. doi:10.1016/j.jamda.2019.01.153
12. Kim J, Choi Y, Shin J, Jang SY, Cho KH, Nam JY, et al. Incidence of Pressure Ulcers During Home and Institutional Care Among Long-Term Care Insurance Beneficiaries With Dementia Using the Korean Elderly Cohort. *JAMDA*. 2017 Jul 1;18(7):638.e1-638.e5. doi:10.1016/j.jamda.2017.04.013
13. Romero DE, Castanheira D, Marques AP, Muzy J, Sabbadini L, Silva RS. An integrated methodology for Monitoring and Evaluating the Public Policies and Health Situation of the Elderly: SISAP-Idoso. *Cien Saude Coletiva*. [Internet]. 2018 Aug [cited Nov 27, 2019];23(8):2641-2650. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10302016>
14. Gomes PHG, Junior WVM. Patient-centered care in health services: strategies of governments and non-governmental organizations. *Revista Acred*. [Internet]. 2017 [cited Feb 27, 2019];7(13):23-43. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130783>
15. Carpinteiro JA, Silva JS, Costa NC, Gomes J, Semedo M. Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde - Exercício de 2017 - Relatório nº 20/2018 2ª Secção. Lisboa: Tribunal de Contas; 2018 [Acesso 2 fev 2020]. Disponível em: https://erario.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2018/2s/rel020-2018-2s.pdf
16. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nurs Open*. 2019 May 16;6(3):685-97. doi:10.1002/nop2.281
17. Doran DM, Harrison MB, Laschinger HS, Hirdes JP, Rukholm E, Sidani S, et al. Nursing-Sensitive Outcomes Data Collection in Acute Care and Long-Term-Care Settings. *Nurs Res*. 2006 Mar 2;55(2S):S75-81. doi:10.1097/00006199-200603001-00012
18. Nassehi A, Esmaili M, Varaei S. Quality in the qualitative content analysis studies. *Nursing Practice Today*. [Internet]. 2017 [cited Nov 27, 2019];4(2):64-66. Available from: <http://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/293>
19. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Com Health*. 2019 Mar;7(2):e000057. doi:10.1136/fmch-2018-000057
20. Azevedo V, Carvalho M, Fernandes-Costa F, Mesquita S, Soares J, Teixeira F, et al. Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges. *Rev Enf. Ref*. [Internet]. 2017 Jul [cited Feb 27, 2019];4(14):159-68. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17018>
21. Mónico LSM, Santos-Luiz Cd, Dayse Nd. Benefits of music learning in academic performance of students: The opinion of directors and teachers of Portuguese Basic Education. *Rev Lusófona Educ*. [Internet]. 2015 Jun [cited Feb 27, 2019];29(9):105-9 Available from: <https://www.researchgate.net/publication/273310558>
22. Mendes RM, Miskulin RGS. Content analysis as a methodology. *Cad Pesqui*. [Internet]. 2017 Set [cited Feb 27, 2019];47(165):1044-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/198053143988>
23. Mónico L, Sousa LB, Salgueiro-Oliveira A, Parreira P. Entrevistas às instituições de ensino politécnico português participantes do projeto Poliempreende/PIN: modelos de análise e técnica de recolha de dados. In: Parreira P, Paiva T, Lisete M, Leopoldina A, Sampaio JH. *As Instituições de Ensino Superior Politécnico e a Educação para o Empreendedorismo*. [Internet]. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda; 2018 [Acesso 2 fev 2020]. p. 121-34. Disponível em: https://www.academia.edu/38580639/As_Institui%C3%A7%C3%B5es_de_Ensino_Superior_Polit%C3%A9cnicoe_a_Educa%C3%A7%C3%A3o_para_o_Empreendedorismo
24. Julio E, Santos K, Morais S, Neto AF. Estruturação de Aplicação da Análise de Conteúdo. *Rev Ciênc Exatas*. [Internet]. 2017 [cited Feb 27, 2019];23(2):19-29. Available from: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/exatas/article/viewFile/2612/1759>
25. Assarroudi A, Nabavi FH, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs*. 2018 Feb;23(1):42-45. doi: 10.1177/1744987117741667.
26. World Medical Association. *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. *JAMA*. 2013 Nov;310(20):2191-94. doi:10.1001/jama.2013.281053.
27. Seabra PRC, Amendoeira JJP, Sá LO. Testing Nursing Sensitive Outcomes in Out-Patient Drug Addicts, with "Nursing Role Effectiveness Model". *Issues Ment Health Nurs*. [Internet]. 2018 [cited Feb 27, 2020];39(3):1-8.

- Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1378783>
28. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018*. [Internet]. Lisboa: OPSS; 2018 [Acesso 27 fev 2020]. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
29. Petronilho FAS, Pereira CMBC, Magalhães AIdC, Carvalho DMF, Oliveira JMC, Castro PRCV, et al. Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care. *Rev Enferm Refer*. [Internet]. 2017 Jul [cited Jul 27, 2019];4(14):39-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17027>
30. Werner RM, Coe NB, Qi M, Konetzka RT. Patient Outcomes After Hospital Discharge to Home With Home Health Care vs to a Skilled Nursing Facility. *JAMA Intern Med*. 2019;179(5):617-23. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.7998.
31. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 Nov [cited Feb 27, 2020];72(suppl 2):294-301. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
32. Åhsberg E. Discharge from hospital – a national survey of transition to out-patient care. *Scand J Caring Sci*. 2018 April;33(2):329-35. doi:10.1111/scs.12625
33. Abel J, Kingston H, Scally A, Hartnoll J, Hannam G, Thomson-Moore A, et al. Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. *Br J Gen Pract*. 2018 Nov;68(676):e803-10. doi: 10.3399/bjgp18X699437
34. Lembeck MA, Thygesen LC, Sørensen BD, Rasmussen LL, Holm EA. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2019 [cited Apr 28, 2020]; 19(1):751. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4528-9>
35. Marino M, Belvis AG, Tanzariello M, Dotti E, Bucci S, Colotto M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of integrated care models for elderly, complex patients: A narrative review. Don't we need a value-based approach? *Int J Care Coord*. [Internet]. 2018 Dec [cited Apr 29, 2020];21(4):120-39. Available from: <https://doi.org/10.1177/2053434518817019>
36. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies: European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission; 2018. doi: 10.2767/84573.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development. Ministerial Statement: The Next Generation of Health Reforms. [Internet]. Paris: OECD Health Ministerial Meeting; 2017 [cited Jul 27, 2019]. Available from: <https://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf>

Recebido: 01.12.2019

Aceito: 06.06.2020

Editora Associada:
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi


Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Susana Alexandra Fonseca-Teixeira

E-mail: susanaalexandra.t@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3513-7392>