



O PAPEL DOS CUIDADOS CONTINUADOS NA RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA

Fátima Araújo¹, Fernanda Bastos², Marisa Lourenço¹, Carlos Vilela⁴, Carla Fernandes¹, Alice Brito³, Maria Joana Campos³

1 PhD, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS, Portugal

2 PhD, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP, Portugal

3 PhD, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP, Portugal

4 PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP, Portugal

INTRODUÇÃO

Desde meados do século passado, as transformações demográficas que foram ocorrendo a ritmos distintos em diferentes países e o perfil epidemiológico que se foi instalando, principalmente em países desenvolvidos, fizeram emergir novas necessidades em cuidados de saúde. De facto, a maior longevidade e a prevalência de comorbilidades crónicas com sucessivos processos de agudização, que conduzem frequentemente à perda progressiva de funcionalidade e da qualidade de vida, levou à transformação dos serviços assistenciais.

Em Portugal calcula-se que 38,3% da população entre os 15 e 75 anos apresente morbilidade múltipla, com maior prevalência nas mulheres e nos níveis socioeconómicos mais baixos, aumentando com a idade (Quinaz-Romana, Kislaya, Salvador, Gonçalves, Nunes, & Dias, 2019). A multimorbilidade acrescenta complexidade aos regimes terapêuticos, mais riscos para a segurança do cliente e vulnerabilidade acrescida pela perda de saúde e gravidade da sua condição. Tais circunstâncias levam a que, em Portugal, existam cerca de 110355 pessoas com dependência no autocuidado nos domicílios, estando 48454 na condição de pessoas com dependência “acamadas”. Estes resultados são provenientes de estudos com base populacional realizados nos concelhos de Lisboa, Porto, Matosinhos e Maia (Campos, 2019; Costa, 2013; Gonçalves, 2015; Rocha, 2015).

Para responder a estas transformações, emergiram respostas em diferentes países que têm em comum o objetivo de colmatar necessidades similares, disponibilizando aos cidadãos novos cuidados de saúde e de apoio social. No entanto, estas respostas configuram-se com grande heterogeneidade no que concerne: à sua organização, modelo assistencial, processos de financiamento, monitorização da qualidade, relação com outros níveis de cuidados, entre outras (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Peña-Casas, & Vanhercke, 2018). Globalmente, estas respostas assumiram a designação de *Long-Term Care (LTC)*, embora neste conceito se consubstanciem ofertas significativamente diferentes, onde nem sempre o período de tempo em que se presta a assistência, traduza necessariamente, cuidados de “longa duração”.

OS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NA EUROPA

A Comissão Europeia, no documento “Challenges in long-term care in Europe – A study of national policies 2018” define os cuidados de longa duração como “Uma gama de serviços e assistência para pessoas que, em decorrência de fragilidade mental e/ou física e/ou incapacidade por um longo período de tempo, dependem de ajuda nas atividades da vida diária e/ou necessitam de alguns cuidados de enfermagem permanentes” (Spasova et al., 2018, p. 46). De acordo com a mesma fonte, uma parte substancial das respostas nos cuidados de longa duração corresponde a cuidados informais, não remunerados, providenciados no âmbito familiar, pela rede de amigos ou vizinhos. A dimensão em que este cuidado informal é complementado por cuidados formais, bem como o modelo assistencial, retratam assimetrias entre os países membros da União Europeia (Spasova et al., 2018). De facto, a componente dos cuidados formais na continuidade de cuidados a pessoas dependentes em contexto domiciliário, são apenas a ponta de um iceberg, pois a maior parte destes cuidados correspondem a cuidados informais.

Um dos 20 princípios fundamentais do Pilar Europeu dos Direitos Sociais estabelecido pelo Parlamento Europeu, o Conselho Europeu e a Comissão Europeia (2018), visando uma Europa mais justa e mais social, é o direito a cuidados de longa



duração acessíveis e de boa qualidade. Reconhecendo os desafios nos cuidados de longa duração na União Europeia, o contexto privilegiado para disponibilizar os cuidados deve ser o domicílio da pessoa que deles necessita (Spasova et al., 2018). Esta é a opção mais frequentemente valorizada pelos clientes, particularmente pela população idosa, segundo estudos realizados em Portugal (Ferreira & Godinho, 2018; Gonçalves, 2015). Neste cenário de cuidados de proximidade é importante mobilizar e otimizar diferentes recursos comunitários que facilitem a adequação das respostas – que não se confie em assistência institucional. No entanto, de acordo com Spasova et al. (2018), para os casos em que a assistência domiciliária já não se afigura como uma resposta ajustada, é importante que existam respostas assistenciais institucionais governadas por elevados padrões de qualidade.

A União Europeia (UE) tem vindo a enfrentar mudanças demográficas significativas e a projeção para as próximas cinco décadas corrobora a continuidade desta tendência, expressa no número de europeus com 80 e mais anos a passar de 4,9% (em 2016) para 13% (em 2070) e o rácio de dependência dos idosos, que em 2016 era de 29,6%, atingirá os 51,2% em 2070 (European Commission, 2018). Estas estimativas apontam para um impacto substancial na despesa com os cuidados de longa duração, com consequente repercussão na sustentabilidade deste contexto de cuidados.

Tal como na UE, as projeções para Portugal não fogem à tendência, fazendo prever que crescerão as pressões sobre os cuidados de longa duração. São várias as razões cumulativas para esta crescente pressão, tais como: o progressivo envelhecimento populacional, com consequente procura deste nível de cuidados; as alterações estruturais e funcionais no âmbito da família, resultando numa diminuição de pessoas disponíveis para assegurar cuidados informais; um nível mais exigente dos futuros clientes/famílias no que concerne a cuidados mais personalizados e de melhor qualidade; e, ainda, o desenvolvimento de novas tecnologias que facilitem a prestação destes cuidados em contexto domiciliário. Naturalmente, estas alterações exigirão uma organização diferente dos cuidados e uma aposta na formação contínua e incentivos às carreiras dos profissionais desta área, dando-lhe a visibilidade social e a dignificação que merecem (Batista & Perista, 2018; Spasova et al., 2018), mas também exigirão mais cuidados profissionais em contexto domiciliário, prestados por enfermeiros e outros profissionais de saúde.

A CRIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Portugal, embora mais tardiamente, mas a um ritmo mais acelerado que outros países do norte e centro da Europa, viu-se confrontado com um rápido envelhecimento populacional e com elevada prevalência de comorbilidades crónicas, frequentemente associadas a diferentes níveis de incapacidade, tornando as pessoas dependentes de terceiros para responder a situações de compromissos no autocuidado. Foi apenas na década de 90 do século XX, que a sociedade portuguesa despertou para a necessidade de reajustar as respostas às necessidades de saúde emergentes.

Um importante marco na aproximação ao que é hoje a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi o Despacho Conjunto nº 407/98 de 18 de junho, que aprovou orientações para uma intervenção articulada entre o apoio social e os cuidados de saúde para pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado, Unidades de Apoio Integrado e pelos Serviços de Apoio Domiciliário. Após este período experimental, verificado na década de 90, é em 2003 que emerge, após a evolução para um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de abril), a primeira assunção legal que apontou para a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde (Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro). Entre outros diplomas, este Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro definiu o regime de complementaridade e de articulação estreita desta rede, na altura criada, com as redes de cuidados de saúde dos setores primário e hospitalar.

Em 2006, surge a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que assenta num modelo organizacional de gestão partilhada (Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social), constituída por um conjunto de instituições, públicas e privadas (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho). Este projeto conjunto emerge como um modelo integrado, de cuidados de saúde e social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, situado num nível intermédio, entre os cuidados de saúde comunitários e os de internamento hospitalar. A RNCCI tem



como objetivo geral orientador a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, p. 3858). No articulado deste Decreto-Lei, os cuidados continuados integrados são definidos como:

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, p. 3857).

A par do objetivo geral, estão, ainda, discriminados os seguintes objetivos específicos:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) O apoio, acompanhamento e o internamento adequados à respetiva situação; d) A melhoria contínua na qualidade, na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) A articulação e coordenação dos cuidados continuados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos. (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho p. 3858).

No artigo 6º do mesmo diploma, estão explicitados os princípios orientadores para este contexto de cuidados, que realçam a: individualização; humanização; continuidade dos cuidados, mediante a articulação e coordenação em rede; equidade no acesso; mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede; proximidade, através dos serviços comunitários; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia do doente; promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representantes legais; participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais; e, por último, a eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, p. 3858).

Ao nível da sua operacionalização nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, cada uma das Regiões tem enquadramentos legais e regimes jurídicos próprios, respeitando a organização específica de cada Serviço Regional de Saúde e a rede de serviços e equipamentos sociais da segurança social, em cada arquipélago. Na Madeira, a criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira (REDE) foi feita pelo Decreto Legislativo Regional nº 9/2007/M de 15 de março. No Açores, a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho. Em ambos os arquipélagos, a legislação tem sido regularmente atualizada de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde e sociais emergentes, no que se refere à regulamentação do funcionamento, abertura, custos e financiamento de cada tipologia de unidade ou equipa de cuidados continuados.

Ao nível de Portugal continental, a coordenação da RNCCI faz-se de forma conjunta e através de três níveis: o mais central (Comissão Nacional de Coordenação), um nível intermédio (Equipas Coordenadoras Regionais - ECR) e a um nível local (Equipas Coordenadoras Locais - ECL). Conforme o Despacho nº 4663/2016 de 5 de abril, dos gabinetes do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, a coordenação central da Rede passou a ser realizada por uma Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI, integrando elementos da área de apoio social e da saúde, na qual o coordenador nacional representava o Ministério da Saúde, e coordenava a Comissão. Posteriormente, o Despacho nº 176-D/2019 de 4 de janeiro, publicado com o intuito de reforçar a coordenação integrada pelos dois ministérios, revogou o anterior Despacho de 2016, mantendo a Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI na dependência dos Secretários de Estado da Segurança Social e da Saúde, mas passando a integrar dois coordenadores, indicados por cada um dos ministérios. Procedeu ainda, a um reforço da atuação desta Comissão, designadamente no que concerne às atribuições e à periodicidade das reuniões ordinárias da mesma com as equipas de coordenação regional.



A nível regional, a coordenação da rede é assegurada por cinco Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), uma por cada Administração Regional de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) constituídas por representantes da Administração Regional de Saúde e dos centros distritais de Segurança Social. As ECR articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

A nível mais operacional e local emergem as Equipas Coordenadoras Locais (ECL). As ECL são equipas multidisciplinares que integram elementos do setor da Segurança Social (um assistente social), do setor da Saúde (enfermeiros e médico), e, sempre que necessário, um representante da autarquia local. As ECL articulam-se quer com as Equipas de Gestão de Alta (EGA), existentes em todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer com a ECR da respetiva região. Desta forma, asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência.

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social. As unidades de internamento, contemplam as unidades de Convalescença, unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm). No contexto comunitário e domiciliário, estão definidas: a Unidade de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA), embora esta tipologia continue sem visibilidade no relatório mais recente da Rede (1º semestre 2020) por ainda não terem surgido candidaturas, e as designadas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Tendo por base o Decreto-Lei nº 136/2015 de 28 de julho, o qual corresponde à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho e à segunda alteração ao Decreto-lei nº 8/2010 de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de fevereiro, as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, também integram a RNCCI e são coordenadas pelas mesmas estruturas. O conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, as quais para além de integrarem a RNCCI, articulam -se com os serviços locais de saúde mental.

No mesmo sentido de expansão da Rede, com o objetivo de melhorar a integração de todos os grupos etários, surgiu em 2015 a Portaria nº 343/2015 de 12 de outubro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e ambulatório de cuidados continuados pediátricos da RNCCI, embora as ECCI recebam pessoas de todas as idades, nomeadamente em idade pediátrica. Em 2016, reconhecendo a especificidade desta Rede, surge nova Portaria nº 153/2016 de 27 de maio, que altera a portaria anterior por forma a implementar experiências-piloto das unidades de internamento e de ambulatório de cuidados continuados pediátricos.

Nesta tipologia, destaca-se a primeira unidade de cuidados continuados e paliativos para crianças na Península Ibérica, com resposta de internamento e de ambulatório. Esta unidade designada de Castelo corresponde a um projeto da Associação NOMEIODONADA, foi inaugurada em 2016 e está localizada no concelho de Matosinhos.

Conforme referido no Decreto-Lei nº 136/2015 de 28 julho, o ingresso na RNCCI é efetuado através de “*proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência*” (p. 5089). Como explicitado na redação do artigo 19º da Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciadas “*as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social*” (p. 610). O processo de referenciação irá ser especificado mais adiante, neste capítulo.

Ao longo dos anos, perante a experiência decorrida os processos de referenciação e admissão de doentes têm vindo a ser revistos e ajustados, de acordo com as especificidades de cada tipologia de unidade ou equipa de cuidados continuados da Rede. Apesar das alterações, na opinião de Fonseca-Teixeira, Parreira, Mónico, Salgueiro-Oliveira e Amado (2020), “*o processo de referenciação 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*” (p. 7).



CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS UM RECURSO NA RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA

Uma vez instalado um quadro de dependência para as atividades de autocuidado, e após estabilização da fase aguda da doença, torna-se fundamental o processo de recuperação da pessoa e família. Este, exige a transição para novos papéis e responsabilidade. Neste âmbito, afigura-se essencial perceber, que na continuidade do processo de intervenção, deverão ser definidos objetivos concretos, dirigidos para as reais necessidades da pessoa e família. Permitindo uma aprendizagem com recurso a estratégias adaptativas e na maioria das vezes uma mudança significativa do modo de vida. Integrando o potencial de recuperação da pessoa e família e promovendo a capacidade para o autocuidado (Lourenço, 2015). Inevitavelmente, estamos a falar da reconstrução da autonomia no autocuidado, definida por Brito (2016) como o “processo tendente a, na medida do possível, ...” (p. 59) reverter a condição de dependência tão breve quanto possível.

A reconstrução da autonomia no autocuidado pode ter diferentes abordagens, englobando terapêuticas de enfermagem distintas, na medida em que visam objetivos diferentes. Assim, para as pessoas dependentes com elevado potencial de autonomia, as terapêuticas têm por objetivo primordial a promoção da autonomia. Neste cenário o potencial de autonomia é mais uma situação do que uma condição. São necessárias: ações promotoras da consciencialização; a avaliação das atividades de autocuidado que a pessoa consegue ou não fazer; a criação de condições facilitadoras da satisfação das necessidades de autocuidado pela própria pessoa dependente, como, por exemplo, a reformulação das condições da habitação (eliminar barreiras à mobilidade ou colocar barras de apoio no sanitário); implementar ações orientadas para o desenvolvimento de novas competências de autocuidado, pelo incremento do repertório de conhecimentos e pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas habilidades. Todas estas intervenções são de grande utilidade para as pessoas com dependência e que têm potencial de autonomia (Brito, 2012).

Nas situações em que há oscilação no nível de autonomia, geralmente por alternância de períodos de exacerbação e remissão na condição de saúde, as terapêuticas de enfermagem têm como principais objetivos, consoante a fase em que a pessoa com dependência se encontra, ora a substituição na satisfação das necessidades de autocuidado, ora a gestão individual de sinais e sintomas (Brito, 2012). Neste contexto, há momentos em que terão de ser implementadas ações de substituição na realização das atividades quotidianas que visam a satisfação das necessidades de autocuidado nos períodos em que a pessoa não está capaz de o fazer. No entanto, também aqui o objetivo visa a manutenção ou o atingimento do máximo potencial de autonomia com ações do tipo informar, como ensinar sobre sinais e sintomas e sobre a doença. Desta forma, contribui-se não só para que a pessoa possa fazer uma gestão mais eficaz da doença e com isso realizar as atividades de autocuidado, bem como para uma melhor aceitação da ajuda de outras pessoas quando não está capaz de satisfazer, por si, essas atividades. Nestas circunstâncias também se revela primordial o trabalho a realizar com os familiares cuidadores, uma vez que há dias em que a pessoa precisa ser substituída e, por isso, não bastará desenvolver capacidades ou habilidades mas, sobretudo, saber doseá-la, indo de encontro às necessidades da pessoa com dependência no autocuidado (Brito, 2012).

Para as pessoas com dependência nas atividades de autocuidado que registam níveis muito baixos de autonomia, as terapêuticas visam a substituição da pessoa com dependência na realização do autocuidado. As diferentes ações são predominantemente, do tipo executar, como por exemplo posicionar, dar banho, vestir, alimentar, sendo que a sua concretização visa garantir a satisfação das necessidades de autocuidado e assegurar a melhor qualidade de vida possível. Nestas circunstâncias as ações serão dirigidas para o desenvolvimento de capacidades do cuidador de forma a garantir esses cuidados (Brito, 2012).

Os critérios usuais de referência para a RNCCI, contemplam as pessoas dependentes nas atividades de autocuidado que se enquadram num dos três cenários descritos anteriormente. Pelo que, os cuidados continuados integrados estão centrados na recuperação global destas pessoas, tendo como objetivo principal a promoção da autonomia. Disponibilizando para isso diferentes tipologias de cuidados.

OS RECURSOS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A resposta facultada pela RNCCI relativamente ao número de lugares, tem sido ampliada ao longo do tempo. Na conformidade com o relatório de monitorização da RNCCI do segundo semestre de 2019, surgem novas respostas. A RNCCI en-



global a RNCCI geral, os Cuidados Pediátricos Integrados (RNCCI-CPI) e as respostas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCI-SM). No final de 2019 existiam 8.884 lugares de internamento em funcionamento na RNCCI, espalhados pelo território Português, sendo 17 de Unidade de Internamento Pediátrico, na região Norte. Os lugares de internamento e de ambulatório da Saúde Mental não estão incluídos nesta capacidade instalada, por ainda funcionarem em regime de experiências piloto (ACSS, IP, 2019). As unidades de internamento referidas prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, e manutenção das pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua integração sócio familiar.

As unidades de internamento da RNCCI de âmbito geral contemplam as seguintes tipologias de resposta: Unidades de Convalescência (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

A UC é uma unidade, 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 crónico (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho). Esta unidade tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. A UC assegura: reabilitação funcional intensiva; cuidados médicos e de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos; prescrição e administração de medicamentos; cuidados de fisioterapia; apoio psicológico e social; higiene, conforto e alimentação; reabilitação funcional intensiva; convívio e lazer (ISS, IP, 2019).

A UMDR é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho). Está orientada para as pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas com potencial de reabilitação e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. A duração do internamento pode variar entre 30 a 90 dias. As UMDR asseguram: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de medicamentos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; reabilitação funcional; convívio e lazer (ISS, IP, 2019).

A ULDM é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, para internamentos com mais de 90 dias, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho). A prestação de cuidados nestas unidades visa prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. A ULDM pode ter ainda internamentos para descanso do cuidador num máximo 90 dias por ano. A ULDM assegura: atividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados médicos regulares; prescrição e administração de medicamentos; apoio psicossocial; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diária; e, descanso do cuidador (ISS, IP, 2019).

Com o tempo, o funcionamento da RNCCI em valências específicas tornou-se premente. É exemplo a área da saúde mental, devido à existência de uma efetiva carência de resposta neste âmbito. Os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) estão a ser implementados desde 2017, de forma progressiva através de experiências piloto. Aqui, presta-se apoio a pessoas maiores de 18 anos com diagnóstico psiquiátrico, que configure uma doença mental grave, clinicamente estabilizada e tendencialmente crónica, da qual, resulte incapacidade psicossocial, cujo projeto de reabilitação determine o acompanhamento em residência, unidade sócio ocupacional ou equipa de apoio domiciliário da RNCCI. As crianças e adolescentes, entre os 5 e os 17 anos, com perturbação mental grave estabilizada ou perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade, que se traduza em disfunção psicossocial com risco para o seu desenvolvimento e funcionamento, detêm uma tipologia específica de resposta (Despacho nº 1269/2017 de 6 de fevereiro).



As tipologias que integram os CCISM são as seguintes: Residência de Apoio Máximo Adultos (RAMa), Residência de Apoio Moderado (RAMo) e Residência de Treino de Autonomia (RTA/A), estruturas residenciais, localizadas na comunidade, destinadas a pessoas clinicamente estabilizadas com elevado, moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, respetivamente, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado. Têm por finalidade proporcionar cuidados que previnem e retardam o agravamento da situação de dependência e promover o desenvolvimento da funcionalidade existente; as últimas, visam também a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicílio. As unidades com a mesma caracterização e finalidade destinadas à infância e adolescência denominam-se, Residência de Treino de Autonomia – Tipo A (ACSS, IP, 2017).

A Unidade Sócio Ocupacional (USO), localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social. Esta tipologia também pode ser destinada à infância e adolescência (ACSS, IP, 2017).

Importa realçar ainda, os Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, assegurados de forma específica pela Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e a unidade de ambulatório pediátrica, destinam-se à prestação de cuidados em regime de internamento e ambulatório, até 90 dias, fora do contexto dum serviço hospitalar, em que não exista necessidade de uma elevada intensidade de cuidados. Estes cuidados podem surgir na sequência de episódios de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a crianças que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sócio familiar. Nestas unidades são assegurados: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes e reabilitação intensiva (Portaria n.º 343/2015 de 12 de outubro). A unidade de ambulatório, para além dos critérios de referenciação referidos, prestam cuidados continuados integrados a crianças cuja condição de saúde não reúna condições para serem cuidadas no domicílio. Estas unidades funcionam em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias. Sendo assegurados cuidados de saúde de âmbito preventivo, manutenção e reabilitação (Portaria n.º 343/2015 de 12 de outubro).

A ECCI destina-se a clientes em situação de dependência transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, vulnerabilidade, limitação grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram: frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados; complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal (Artigo 27.º, Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

As ECCI oferecem: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (de promoção de saúde, preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos); cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência; apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas, tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas; apoio no desempenho das atividades da vida diária; ajuda na interação cliente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados; ajuda para aquisição das competências de autocuidado dos clientes e suas famílias, promovendo o seu máximo potencial de autonomia (alínea 4 do artigo 9.º do Despacho 10143/2009 de 16 de abril).

Das diferentes tipologias de prestação de cuidados oferecidas pelo SNS, a RNCCI, mais especificamente as ECCI, emergem como as respostas mais efetivas às situações em que a perda de autonomia ou dificuldade de gestão de situações complexas são uma realidade e há um conjunto de necessidades relacionadas com a reconstrução da autonomia dessas pessoas ou com o desenvolvimento de competências dos familiares cuidadores, pelo facto de o domicílio ser o contexto da prestação dos cuidados. Estes cuidados podem ter uma duração longa, quando não é possível promover a reconstrução da autonomia e são necessários até ao fim de vida (Brito, 2012; Campos, 2019; Filipe, 2015).



Enquanto parte integrante da carteira de serviços das UCCs, as ECCI são multidisciplinares, incorporando enfermeiros, médico e técnico do serviço social. Contam ainda, com a colaboração de outros profissionais que incluem os recursos partilhados pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta ou outros. Prestam serviço domiciliário em resposta às necessidades do cliente e família, pessoas com rede de suporte social, em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja a situação não requer internamento, por não se apresentar em fase aguda de doença. Para o seu funcionamento a ECCI apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada ACES, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). A ECCI tem a missão de formar equipas de referência numa lógica de cuidados globais e integrados, que apoiam, facilitam e orientam a continuidade dos cuidados, proporcionando à população a mais avançada assistência. Asseguram, cuidados de saúde de proximidade e de qualidade multidisciplinar em articulação com os recursos da comunidade de âmbito domiciliário, a pessoas dependentes e suas famílias/cuidadores. As visitas dos profissionais devem ser programadas, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa. O local de prestação de cuidados é o domicílio, a residência oficial (permanente ou temporária) do cliente/família/cuidador, de acordo com o previsto para os ACES (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Do ponto de vista da natureza dos cuidados que presta, a ECCI destina-se a dois tipos de clientes: i) pessoa com dependência para as atividades de autocuidado no sentido da capacitação, reabilitação/promoção de autonomia; ii) familiar cuidador, de modo a prestar cuidados de manutenção que implicam fazer pelo doente, substituir a pessoa nas suas atividades de autocuidado como posicionar, transferir e cuidar da higiene pessoal (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

PROCESSO CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO E ARTICULAÇÃO COM A RNCCI

O processo de referenciação para a RNCCI encontra-se espelhado na figura 1, podendo ser realizado através de duas formas: i) pessoa internada, num hospital do Serviço Nacional de Saúde, através da EGA, esta referenciação pode ser realizada logo no início do internamento e até quatro dias antes da data prevista para a alta, ou numa instituição psiquiátrica do setor social; ii) pessoa proveniente da comunidade nomeadamente do domicílio, do Serviço Local de Saúde Mental (SLSM), de um hospital privado ou outro local de residência, ou da unidade de saúde da área de residência, contactando um elemento da equipa de saúde familiar: médico de família, enfermeiro de família e/ou assistente social (ACSS, IP, 2016, 2017).

Os critérios de referenciação para a RNCCI foram redefinidos em 2017. Assim, para estas unidades podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social. São condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI as seguintes situações: 1) a alimentação entérica; 2) o tratamento de úlceras por pressão e ou feridas; c) a manutenção e tratamento de estomas; d) a terapêutica parentérica; 3) as medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida; 4) o ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro). As condições de referenciação específicas são ajustadas à finalidade de cada recurso previamente descrito.

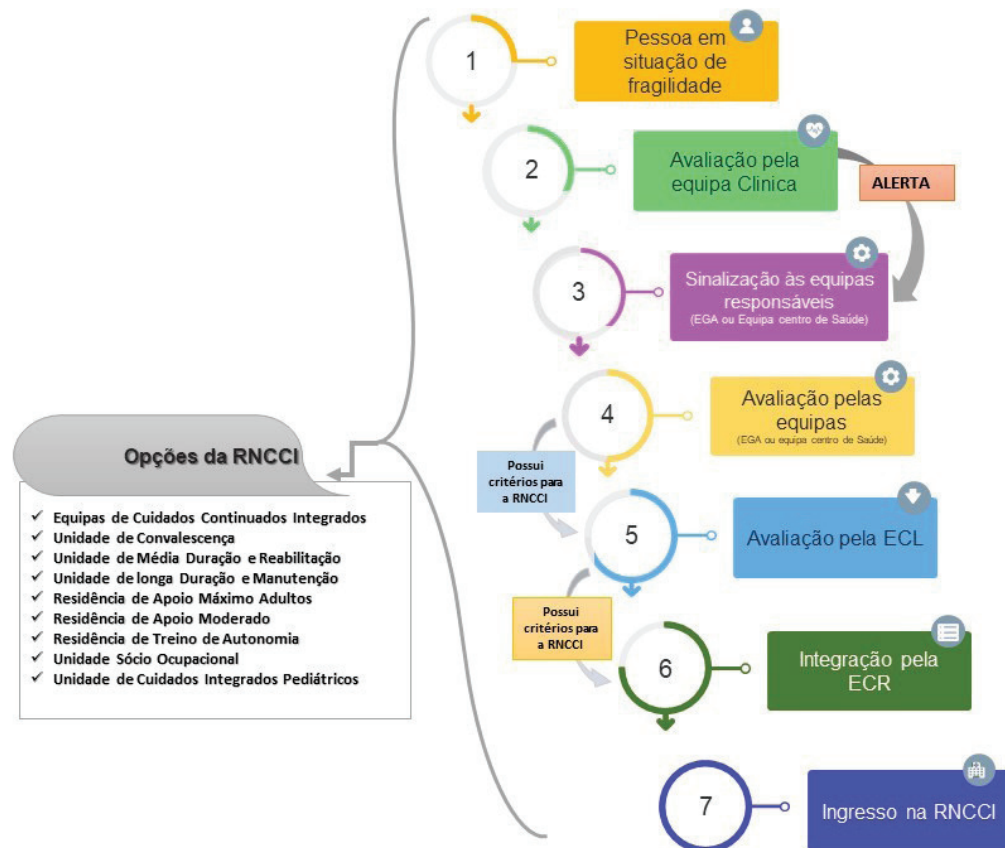


Figura 1. Processo de Ingresso na RNCCI

O ENFERMEIRO NO EXERCÍCIO DO PAPEL DE GESTOR DE CASO

A consolidação dos objetivos da RNCCI e a facilitação do percurso de cuidados é garantida pela existência de um gestor de caso que promove a articulação da comunicação entre a equipa multidisciplinar, o cliente e a sua família.

O modelo de gestão de casos iniciou-se nos anos 80 nos Estados Unidos e foi desenvolvido em meio hospitalar, perante a necessidade de reorganizar a distribuição dos cuidados de saúde e implementar um novo sistema de pagamento dos mesmos. O modelo desenvolvido por Zander (1995) teve como princípio de reestruturação a centralidade no cliente e família, mas também, as questões financeiras relacionadas com o orçamento das instituições de saúde. Da centralidade na identificação e compreensão das necessidades dos clientes emerge a noção no contínuo de cuidados, em todos os contextos onde ocorre a sua prestação, de forma unificada e não fragmentada (Zander, 1995).

A American Nurses Association (ANA) define o objetivo da gestão de caso como a provisão contínua de cuidados de qualidade, limitando a fragmentação da prestação de cuidados entre diferentes contextos, melhorando a qualidade de vida do cliente e contendo os custos. A gestão de casos incorpora a coordenação oportuna de recursos para responder às necessidades específicas de clientes, com segurança e qualidade, de forma económica, a fim de promover resultados (Leonard, 2015).

Segundo a Case Management Society of America (2016) a gestão de casos é um meio para a obtenção de melhores resultados em saúde, nomeadamente a promoção da autonomia, a capacitação para a autogestão de regimes terapêuticos complexos, tendo em vista a qualidade de vida da pessoa e da família. Acrescenta ainda:



Gestão de caso é um processo colaborativo de aceder, planear, facilitar, coordenar os cuidados, avaliar e aconselhar face a opções e serviços para atender às necessidades de saúde abrangentes de um indivíduo e da família por meio da comunicação e dos recursos disponíveis para promover a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e resultados eficazes em termos de custos (Case Management Society of America, 2016, p. 11).

A RNCCI identifica como requisito para o funcionamento das unidades de internamento a presença de um gestor de caso, sendo este o “(...) responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados” (Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro, p. 613), e nas equipas domiciliárias, acrescentando que preferencialmente esse papel deve ser representado por um enfermeiro.

O exercício do papel de Gestor de Caso, pelo Enfermeiro, requer uma avaliação integral da pessoa no seu meio sócio familiar. A adoção do modelo implica considerar as necessidades da pessoa, analisando, coordenando, planeando e avaliando as opções e serviços disponíveis. Este papel garante o acesso aos recursos necessários para lidar com condições crónicas e um atendimento abrangente. A observação da literatura disponível sobre o tema salienta as suas vantagens, assim como especificidades da sua aplicação. Segundo David, Riera, Mallebrera e Costa (2020), um primeiro elemento a destacar é o entendimento do processo saúde-doença como resultado da interação complexa de fatores em vários níveis. Num estudo de revisão realizado sobre o enfermeiro gestor de caso da pessoa com doença crónicas, os autores relatam que uma fraqueza desta metodologia é a falta de um referencial teórico, propondo através do estudo uma estrutura concetual explicativa para aplicação do modelo ilustrado na Figura 2 (Joo & Liu, 2021). Esta traduz o carácter polissémico do termo gestor de caso, conforme descrito também por Duarte-Climents et al. (2019).

A figura 2 reflete existir relação entre todos os mecanismos e as mudanças psicológicas e comportamentais da pessoa. No que se refere à utilização dos serviços de saúde esta evidência relaciona-se com o tipo de serviços. E por último as mudanças objetivas nos resultados clínicos estão relacionadas com a duração do atendimento e o tipo de serviço (Joo & Liu, 2021). No entanto, o processo de implementação do enfermeiro gestor de caso, apesar do seu panorama emblemático e da sua relevância para a prática, vai além do atendimento individual, porque o seu desígnio é amplo e inclui a pessoa, os seus principais cuidadores, os profissionais e os serviços e requer, ainda, um “perfil desejado” (David et al., 2020). O modelo envolve a necessidade de competências e/ou aptidões, para o cuidado de pessoas com grandes necessidades ou cuidados de alta complexidade, que no caso de pessoas com doenças crónicas agregam comorbidades, polimedicação e condições sociofamiliares complexas (Bravo, 2015). Portanto, não é apenas uma questão de alocar um profissional para avaliar o chamado caso crónico complexo. O papel do enfermeiro gestor de caso é, acima de tudo, de garantir que os serviços e profissionais atuam de uma forma coordenada e integrada, o que implica elevadas competências de liderança (David et al., 2020).

As vantagens associadas à utilização deste modelo são inúmeras, assumindo ainda maior relevância na pessoa com doença crónica. As avaliações deste papel mostram que é um tipo de ação com influência ativa nos sistemas de saúde e para as pessoas com condições crónicas complexas (David et al., 2020). Os resultados que geralmente são obtidos decorrem em torno da diminuição e frequência das consultas, diminuição dos internamentos hospitalares, aumento da satisfação da pessoa quanto à qualidade percebida e aumento do número de atendimentos, sem aumento de custos (Bravo, 2015).

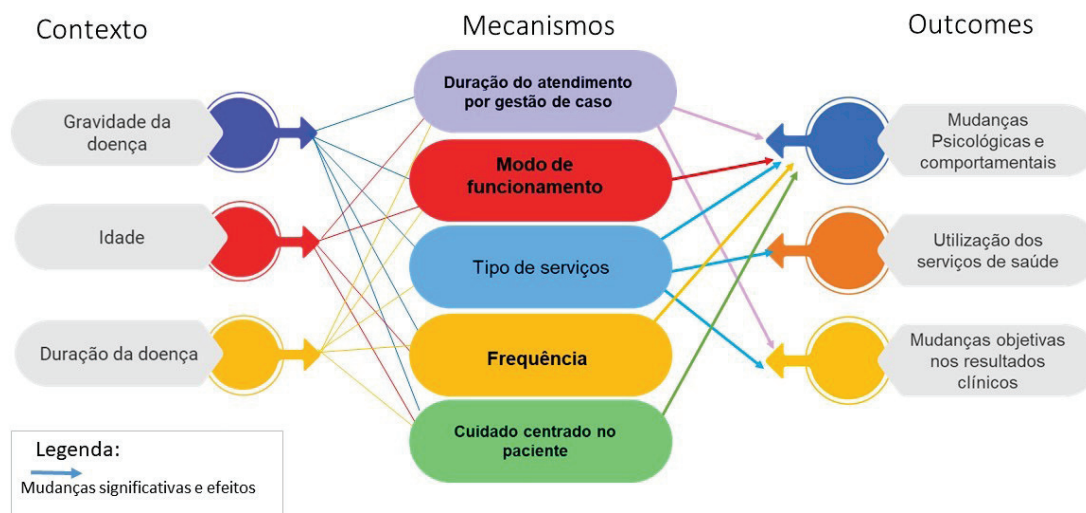


Figura 2. Estrutura explicativa do Enfermeiro Gestor de Caso (adaptado de: Joo & Liu, 2021)

O enfermeiro como gestor de caso é uma estratégia económica para coordenar o atendimento a pessoas com doenças crónicas (Joo & Lui, 2019). É uma prática de suporte numa abordagem multidisciplinar, liderada neste caso pelo enfermeiro, atuando em todos os níveis de cuidados, mobilizando os vários recursos de saúde num determinado território com enormes ganhos para as pessoas, as famílias e os serviços de saúde.

Na sociedade Portuguesa, um pouco à imagem de outros países da Europa do Sul, os cuidados informais, frequentemente prestados por mulheres (esposas/filhas), representam uma fatia substancial dos cuidados de cuidados de longa duração LTC, mas as alterações demográficas e sociopolíticas vão a curto/médio prazo colocar mais constrangimentos. A Rede corresponde ao principal provedor de LTC formais, tem vindo a aumentar a capacidade instalada, mas ainda, aquém das necessidades e com uma distribuição regional que continua a traduzir assimetrias na instalação das diferentes tipologias. A RNCCI está alicerçada na prestação de serviços de base comunitária e institucional, embora o privilégio tenha vindo a ser dado à componente institucional ao invés dos cuidados de proximidade (Batista & Perista, 2018).

A RNCCI, nas suas diferentes tipologias, surge como uma resposta ao aumento da necessidade de cuidados cada vez mais complexos, numa população mais idosa, com mais doenças crónicas e com aumento do nível de dependência. Esta, está vocacionada para a preparação de forma mais intensa, durante o tempo necessário, à adaptação e capacitação da pessoa a novas necessidades no seu autocuidado e/ou do seu familiar cuidador.

Face às constantes mudanças no panorama de saúde dos portugueses e nas necessidades em cuidados urge uma exaustiva avaliação dos resultados da sua implementação. É o momento de avaliar o seu impacto e agilizar os procedimentos necessários de melhoria das práticas assistenciais nesta área (Vilela, 2018). Têm surgido novas propostas de melhoria da tomada de decisão e organização do processo de cuidados, como a de Lopes que sugere a inclusão do “percurso de cuidados integrados à pessoa dependente” (2021, p. 220). O objetivo é melhorar a qualidade do atendimento em todo o *continuum* de cuidados, melhorando os resultados na pessoa, promovendo a sua segurança, aumentando a satisfação e otimizando o uso de recursos.

Os cuidados em casa, parecem ser o futuro dos cuidados de longa duração, pois são menos onerosos para os Estados (Filipe, 2015). Acresce ainda que é nas suas próprias casas, que as pessoas, caso tenham os cuidados necessários e as condições, preferem ficar. Por isso, apostar em cuidados domiciliários profissionais, em substituição de aumentar as camas de internamento na rede, será o caminho e a resposta mais efetiva.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, IP (2016). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2015. Lisboa: ACSS, IP-Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, IP (2017). Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: ACSS, IP-Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, IP (2019). Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Lisboa: ACSS, IP-Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Batista, I., & Perista, P. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Portugal- 2018. Brussels: European Commission. Consultado em 20 de fevereiro de 2021 através de <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&catId=792&langId=en&moreDocuments=yes>
- Bravo, M. F. (2015). Enfermeiras gestoras de casos; ¿esa gran desconocida? Revista Científica de la Sociedad Española De Enfermería Neurológica, 42(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.10.001>
- Brito, M. A. C. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedida em <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>
- Brito, M. A. C. (2016). Reconstrução da autonomia – Uma teoria explicativa. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp. 59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Campos, M. J. (2019). Contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados continuados integrados. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Case Management Society of America (2016). Standards of practice for case management (Revised 2016). Arkansas: CMSA. Acedido em <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>
- Costa, A. C. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/13420>
- Daniels, S. (2015). A Brief Hospital Case Management History Lesson. Flórida: Phoenix Medical Management. Acedido em <https://www.phoenixmed.net/a-brief-history-lesson-about-hospital-case-management.html>
- David, H. M., Riera, J. R., Mallebrera, A. H., & Costa, M. F. (2020). Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25(1), 315-324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
- Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A (p.3450-3458). Diário da República, Série I, n.º 112, 12 de junho de 2008. Angra do Heroísmo: Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores. Acedido em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/449696/details/normal?l=1>
- Decreto Legislativo Regional nº 9/2007/M (p.1619-1624). Diário da República, Série I, n.º 53, 15 de março de 2007. Madeira: Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/518431/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 101/2006 (p.3856-3865). Diário da República, Série I-A, n.º 109, 6 de junho de 2006. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 136/2015 (p.5081-5091). Diário da República, Série I, n.º 145, 28 de julho de 2015. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 281/2003 (p.7492-7499). Diário da República, Série I-A, n.º 259, 8 de novembro de 2003. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/468981>
- Decreto-Lei nº 60/2003 (p.2118-2127). Diário da República, Série I-A, n.º 77, 1 de abril de 2003. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/232406>
- Decreto-Lei nº 22/2011 (p. 716-723). Diário da República, Série I, n.º 29, 10 de fevereiro de 2011
- Despacho conjunto nº 407/98, 18 de junho (p.8328-8332). Diário da República, Série II, n.º 138, 18 de junho de 1998. Lisboa: Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Acedido em http://www.seg-social.pt/documentos/10152/35243/Desp_C_407_98
- Despacho nº 10143/2009 (p. 15438-15440), do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 74, 16 de abril de 2009. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/2216123>
- Despacho nº 1269/2017 (p. 2443-2444), das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2017. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/106390741>



Despacho n.º 176-D/2019 (p. 570(6)-570(7)), dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 3, 4 de janeiro de 2019. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/117612778>

Despacho n.º 4663/2016 (p. 11337-11338), dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 66, 5 de abril de 2016. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/74042363>

Duarte-Climents, G., Sánchez-Gómez, M. B., Rodríguez-Gómez, J. Á., Rodríguez-Álvarez, C., Sierra-López, A., Aguirre-Jaime, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Impact of the Case Management Model through Community Liaison Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph16111894>

European Commission (2018). The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-77460-7, doi:10.2765/615631. Consultado em 21 de fevereiro de 2021 através de https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en

Ferreira, C. & Godinho, M. J. (2018). Apoios Sociais a Idosos: Enquadramento Internacional. Lisboa: Assembleia da República- Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar. Consultado em 20 de fevereiro de 2021 através de <https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Publicacoes/Temas/65.ApoiosSociaisIdosos/65.pdf>

Filipe, M. M. (2015). Contributo para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário: estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCI. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedida em <http://hdl.handle.net/10400.14/20705>

Fonseca-Teixeira, S. A., Parreira, P., Mónico, L., Salgueiro-Oliveira, A., & Amado, J. C. (2020). Referenciação para a rede nacional de cuidados continuados integrados: A perceção dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3372. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3800.3372>

Gonçalves, P. J. (2015). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedida em <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>

Instituto da Segurança Social - ISS, IP (2019). Guia prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Segurança Social-ISS, IP. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2019). Effectiveness of Nurse-led case management in cancer care: Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, 28(8), 968-991. <https://doi.org/10.1177/1054773818773285>

doi.org/10.1177/1054773818773285

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2021). Understanding Nurse-led case management in patients with chronic illnesses: A realist review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(2), 182-195. <https://doi.org/10.1177/0193945920943827>

Leonard, M. (2015). *Nursing Case Management - Review and Resource*. American Nurses Association, Nursing Knowledge Center. ISBN 978-1935213383

Lopes, M. (2021). Definição de um percurso de cuidados para as pessoas com dependência. In M. Lopes, & C. Sakellarides (coord.), *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo*. Contributos para a gestão da mudança (pp.217-230). Évora: Imprensa da Universidade de Évora.

Lourenço, M. C. G. (2015). A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Um modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedida em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20685>

Parlamento Europeu, o Conselho e Comissão Europeia (2018). *Pilar Europeu dos Direitos Sociais*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. ISBN 978-92-79-74116-6, doi:10.2792/239183. Consultado em 10 de março de 2021 através de <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/ce37482a-d0ca-11e7-a7df-01aa75ed71a1>

Portaria n.º 153/2016 (p. 1706-1707), dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 102, 27 de maio de 2016. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/port/153/2016/05/27/p/dre/pt/html>

Portaria n.º 343/2015 (p. 8815-8831), dos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Diário da República, 1.ª série, n.º 199, 12 de outubro de 2015. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/port/343/2015/10/12/p/dre/pt/html>

Portaria n.º 50/2017 (p. 608-629), dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 24, 2 de fevereiro de 2017. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>

Quinaz-Romana, G., Kislava, I., Salvador, M., Gonçalves, S., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Medica Portuguesa*, 32 (1), 30-37.

Rocha, M. C. (2015). Dependência no autocuidado em contexto familiar - estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade Porto, Porto. Acedida em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82488>

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies, 2018.



Brussels: European Social Policy Network (ESPN), European Commission. ISBN 978-92-79-87174-0. doi 10.2767/84573

Vilela, C. (2018). Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedida em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24206>

Zander, K. (1995). CareMap systems and case management: creating waves of restructured care. In S. S. Blancett, & D. L. Flarey, *Reengineering Nursing and health care: The handbook for organizational transformation* (pp.203-222). Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication.