

Secção Regional do Sul

RNCCI: Sustentabilidade com Segurança

Estudo realizado pela Secção Regional do Sul junto das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no ano de 2014

novembro 2014

Siglas e Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

CDR – Conselho Diretivo Regional

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-lei

DR – Diário da República

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ECL- Equipa Coordenadora Local

EGA – Equipa de Gestão de Altas

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UC – Unidade de Convalescença

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRSul - Secção Regional do Sul

SRCentro – Secção Regional do Centro

Índice

1. Nota Introdutória 13
2. Contexto do Estudo 15
3. Desenho do Estudo e Análise de Resultados 22
    3.1. Caracterização das Unidades Participantes 22
    3.2. Caracterização dos Enfermeiros das Unidades Participantes 27
    3.3. Caracterização das Pessoas Internadas na Unidades Participantes 33
4. Considerações Finais 52
5. Referências Bibliográficas 55

Índice de Quadros

Quadro nº 1 – Distribuição das Unidades de Internamento da RNCCI na área de abrangência da SRSul da OE por distrito **15**

Quadro nº 2 – Distribuição dos lugares de internamento nas Unidades da RNCCI na área de abrangência da SRSul da OE por distrito **18**

Quadro nº 3 – Distribuição das Unidades de Internamento da RNCCI na área de abrangência da SRSul da OE por Administração Regional de Saúde **19**

Quadro nº 4 – Distribuição da População por Administração Regional de Saúde VS população com mais de 65 Anos por Administração Regional de Saúde **20**

Quadro nº 5 – Distribuição das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)/lotação de ECCI **21**

Quadro nº 6 – Distribuição da demora média de internamento por tipologia na SRSul.....**21**

Quadro nº 7 – Distribuição das Unidades de Internamento participantes/não participantes no estudo **23**

Quadro nº 8 – Distribuição da taxa de ocupação por tipologia na SRSul e unidades estudadas **25**

Quadro nº 9 – Distribuição extrapolada do número de Enfermeiros VS Dotações seguras dos cuidados de enfermagem nas unidades da área da SRSul **33**

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Distribuição das UCP na área de abrangência da SRSul da OE por distrito ...**16**

Gráfico nº 2 – Distribuição das UC na área de abrangência da SRSul da OE por distrito **16**

Gráfico nº 3 – Distribuição das UMDR na área de abrangência da SRSul da OE por distrito **17**

Gráfico nº 4 – Distribuição das ULDM na área de abrangência da SRSul da OE por distrito **18**

Gráfico nº 5 – Distribuição das Unidades de Internamento participantes/não participantes no estudo **23**

Gráfico nº 6 - Distribuição das Unidades de Internamento participantes/não participantes no estudo por tipologia **24**

Gráfico nº 7 - Distribuição dos Enfermeiros nas Unidades estudadas segundo o nível de competências **27**

Gráfico nº 8 – Distribuição dos Enfermeiros Especialistas segundo a área de Especialização/Pós Licenciatura **28**

Gráfico nº 9 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a área de pós-graduação **28**

Gráfico nº 10 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas UCP participantes **29**

Gráfico nº 11 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas UC participantes **30**

Gráfico nº 12 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas UMDR participantes **30**

Gráfico nº 13 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas ULDM participantes **31**

Gráfico nº 14 – Distribuição do número de Enfermeiros VS Dotações seguras dos cuidados de enfermagem nas unidades participantes **32**

Gráfico nº 15 – Distribuição das Pessoas Internadas VS lugares vagos nas Unidades Participantes **34**

Gráfico nº 16 – Distribuição das Pessoas Internadas Vs lugares vagos nas unidades participantes por tipologia **34**

Gráfico nº 17 – Distribuição das pessoas internadas face ao risco de úlceras por pressão .**35**

Gráfico nº 18 – Distribuição das pessoas internadas nas UCP participantes face ao risco de UPP **35**

Gráfico nº 19 – Distribuição das pessoas internadas nas UC participantes face ao risco de UPP **36**

Gráfico nº 20 – Distribuição das pessoas internadas nas UMDR participantes face ao risco de UPP **36**

Gráfico nº 21 – Distribuição das pessoas internadas nas ULDM participantes face ao risco de UPP **37**

Gráfico nº 22 – Distribuição das pessoas internadas por tipologia face à avaliação segundo a Escala de Braden **37**

Gráfico nº 23 – Distribuição das pessoas internadas face à avaliação do risco de queda **38**

Gráfico nº 24 - Distribuição das pessoas internadas por tipologia face à avaliação segundo a Escala de Morse **39**

Gráfico nº 25 – Distribuição das pessoas internadas segundo a Escala de Barthel Modificada **40**

Gráfico nº 26 - Distribuição das pessoas internadas face à avaliação segundo Escala de Barthel Modificada **41**

Gráfico nº 27 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação **42**

Gráfico nº 28 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional na AVD Banho **42**

Gráfico nº 29 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional na AVD Alimentação **43**

Gráfico nº 30 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional na AVD toilet **43**

Gráfico nº 31 – Distribuição das pessoas estudadas segundo o nível de independência funcional na AVD Deambulação **44**

Gráfico nº 32 – Distribuição das pessoas internadas nas UCP segundo o nível de dependência **44**

Gráfico nº 33 – Distribuição das pessoas internadas nas UCP segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação **45**

Gráfico nº 34 – Distribuição das pessoas internadas nas UC segundo o nível de dependência **45**

Gráfico nº 35 – Distribuição das pessoas internadas nas UC segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação **46**

Gráfico nº 36 – Distribuição das pessoas internadas nas UMDR segundo o nível de dependência **46**

Gráfico nº 37 – Distribuição das pessoas internadas nas UMDR segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação **47**

Gráfico nº 38 – Distribuição das pessoas internadas nas ULDM segundo o nível de dependência **47**

Gráfico nº 39 – Distribuição das pessoas internadas nas ULDM segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação **48**

Gráfico nº 40 – Distribuição das patologias mais frequentes nas pessoas internadas **49**

Gráfico nº 41 – Distribuição da prevalência da doença oncológica nas UCP **49**

Gráfico nº 42 – Distribuição da prevalência da doença cardiovascular nas UC **50**

Gráfico nº 43 – Distribuição da prevalência da doença cardiovascular nas UMDR **50**

Gráfico nº 44 – Distribuição da prevalência da doença cardiovascular nas ULDM **50**

Gráfico nº 45 – Distribuição da prevalência das situações de défice cognitivo nas ULDM ..**51**

Gráfico nº 46 – Distribuição das pessoas estudadas face à presença de polipatologias **51**

1. Nota Introdutória

Em Portugal, a filosofia e princípios inerentes ao Sistema de Saúde têm vindo a alterar-se nas últimas décadas, relacionando-se este facto com tendências económicas, políticas e sociais que o país tem vindo a atravessar.

A prestação de cuidados continuados a pessoas em situação de doença ou dependência têm sido tradicionalmente da responsabilidade das famílias e de instituições de solidariedade. O tardio investimento público nesta área determinou que em 2011 apenas 1% da população com mais de 65 anos beneficiasse de cuidados de saúde em instituições e que apenas 0,4% dos idosos recebesse cuidados de saúde no domicílio, número muito inferior às médias da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada em 2006 pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de julho, integra uma política de saúde recente e inovadora, tendo em linha de conta princípios de igualdade de oportunidades, cuidados personalizados, integrais e continuados. Envolve a família e a comunidade, destinando-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa. Esta rede permite cuidados de reabilitação, bem como cuidados continuados e paliativos prestados por equipas multidisciplinares de profissionais que trabalham na comunidade, bem como nos hospitais e em centros de saúde. Foram estabelecidas parcerias entre o setor público e o terceiro sector sendo a monitorização da RNCCI da responsabilidade de equipas de coordenação regionais e locais, que procedem à avaliação dos cuidados, definem padrões de qualidade e de segurança para as instalações e para os profissionais. Desde a sua criação desenvolveram-se novos protocolos e parcerias e o número de camas disponíveis subiu de 3.173 em 2007 para 6.642 em 2013. Estas metas, em termos de rácios de camas por população idosa, indicam que, com base nos dados provisórios da população com 65 e mais anos dos Censos de 2011 do INE, o número total de camas deveria ser de 18.326.

A RNCCI abrange uma variada tipologia de Equipas e Unidades de Ambulatório e Internamento sendo que neste estudo os contextos de internamento constituiram o foco da nossa atenção, sabendo que em todos eles o Enfermeiro é o profissional de saúde que está em permanência 24h/dia.

O estudo que aqui retratamos, tem como principal objetivo caracterizar as Unidades de Internamento da RNCCI, que integram a área de abrangência da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, e tem como objetivos específicos: descrever as equipas de enfermagem quanto à sua composição, experiência profissional e formação específica dos seus elementos e distinguir as pessoas internadas num processo de avaliação global, identificando entre outros indicadores, as atividades de vida diárias em que as pessoas são mais dependentes. Este aspeto merece especial atenção, pois (re)coloca em debate a consciência de uma necessidade acrescida de que a respetiva dotação seja definida em função das necessidades de cuidados que estas pessoas apresentam e não em função do contexto atual em que a dotação é definida em função da capacidade instalada (nº de camas).

Neste sentido, assumimos este estudo como prospetivo, atendendo a que o mesmo se perspetiva simultaneamente como um estudo do futuro para o "desenvolvimento de uma atitude estratégica para a criação de um futuro desejável" (Silva e Bassi, 2011), agregando valor às informações presentes, transformando-as em conhecimento. Desta forma, este estudo poderá trazer subsídios para os decisores políticos na construção de estratégias, sendo que nesta linha de raciocínio, serão ainda, de acordo com este estudo, identificadas áreas de prática profissional com potencial desenvolvimento para os enfermeiros, concretamente para enfermeiros especialistas.

2. Contexto do Estudo

De acordo com o previsto no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, diferentes tipos de serviços constituem a oferta da RNCCI, nomeadamente unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

As unidades de internamento da RNCCI da área de abrangência da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, perfazem um total de 117 (Quadro nº 1), distribuídas por 7 distritos, verificando-se uma expressão significativa das ULDM com um total de 57 unidades.

Quadro nº 1 – Distribuição das Unidades de Internamento da RNCCI na área de abrangência da SRSul da OE por Distrito

Distritos / Unidades/ Tipologias	BEJA	ÉVORA	FARO	LISBOA	PORTALEGRE	SANTARÉM	SETÚBAL	TOTAL
UCP	1	1	1	5	1	0	2	11
UC	1	3	3	4	1	1	2	15
UMDR	4	4	4	5	2	6	7	31
ULDM	6	4	11	10	6	9	13	57
Total por distrito	12	12	19	24	10	16	24	117

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI, 2013

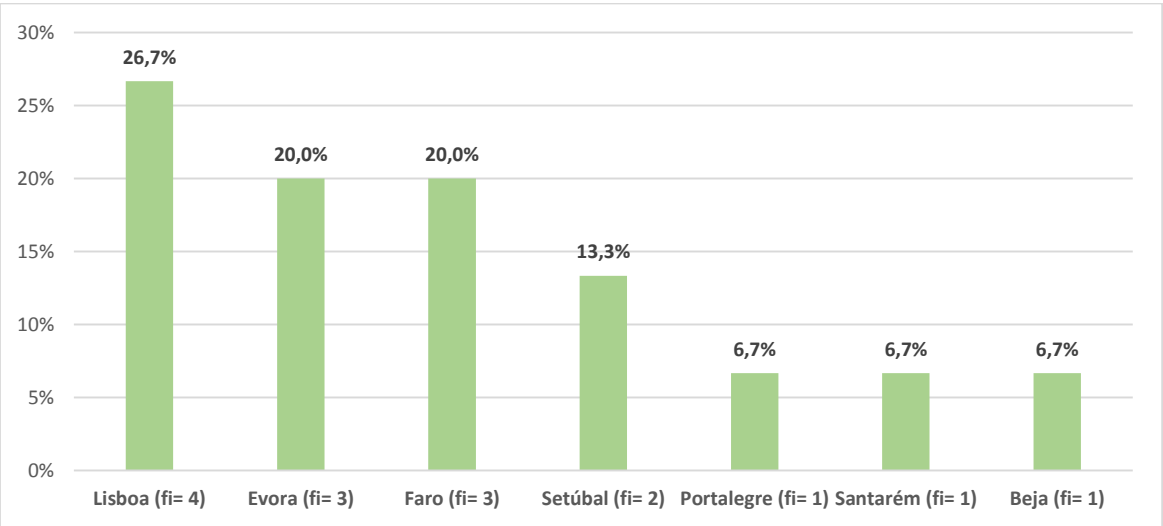
Relativamente às 11 Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), constata-se uma distribuição de 45,45% no distrito de Lisboa (Gráfico nº 2), seguindo-se 18,18% no distrito de Setúbal; nos distritos de Beja, Évora, Faro e Portalegre registam-se respetivamente 9,09% de unidades, sendo que atualmente não existe nenhuma UCP no distrito de Santarém.

Gráfico nº 1 – Distribuição das UCP na área de abrangência da SRSul da OE por distrito



No que diz respeito às 15 Unidades de Convalescença (UC), observa-se uma distribuição de 26,7% no distrito de Lisboa (Gráfico nº 2), seguindo-se 20% nos distritos de Évora e Faro; nos distritos de Portalegre, Santarém e Beja, regista-se a menor percentagem desta tipologia, com 6,7%.

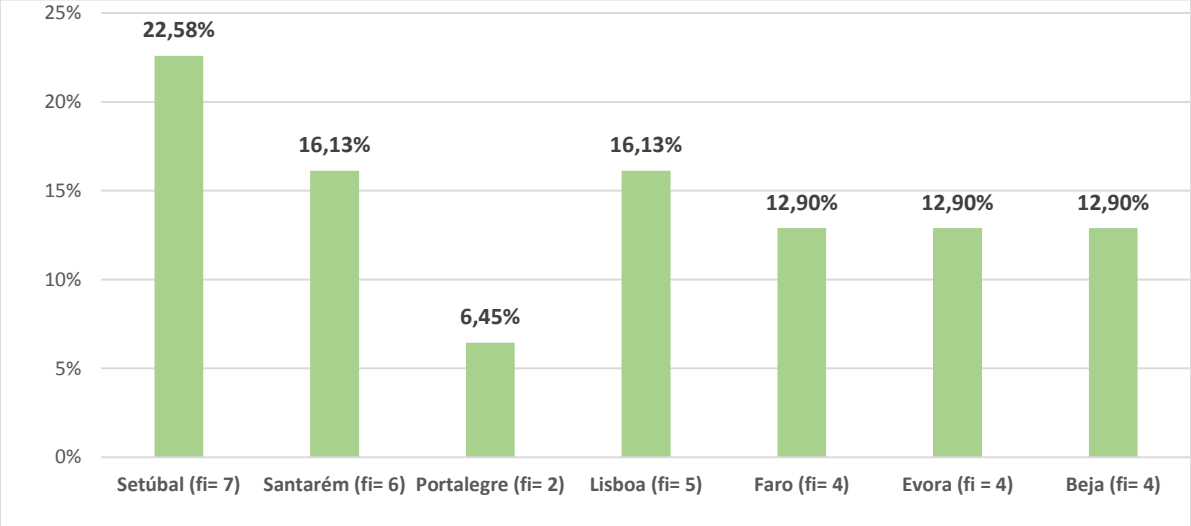
Gráfico nº 2 – Distribuição das UC na área de abrangencia da SRSul da OE por distrito



Relativamente às 31 Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), regista-se uma distribuição de 22,58% no distrito de Setúbal (Gráfico nº 3), seguindo-se 16,13% nos distritos

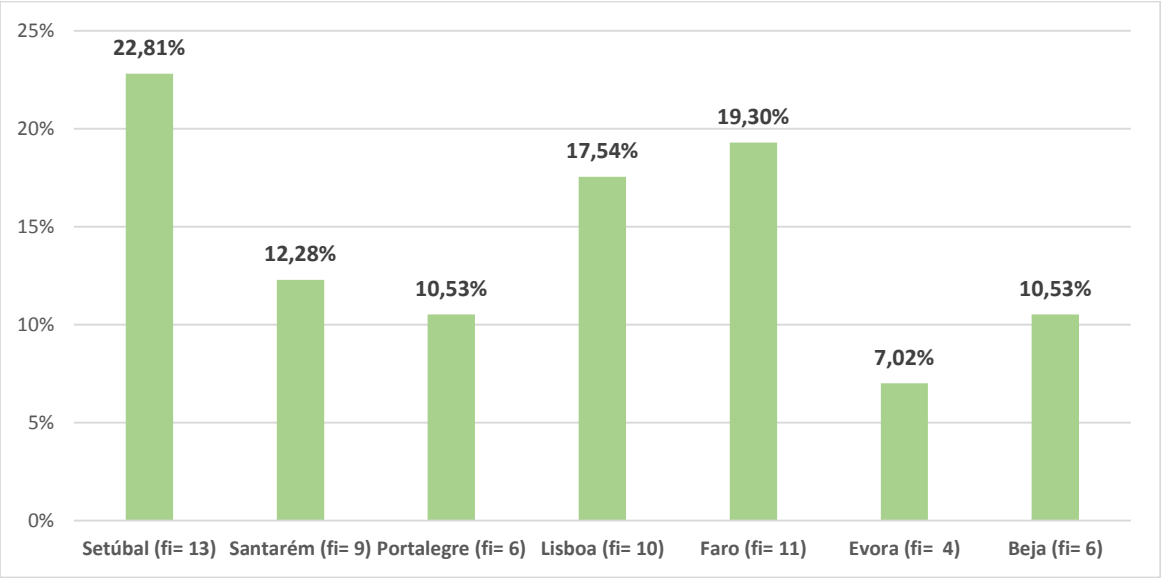
de Santarém e Lisboa; os distritos de Évora, Faro e Beja registam 12,90% sendo que a menor percentagem desta tipologia se verifica no distrito de Portalegre, com 6,45% das unidades.

Gráfico nº 3 – Distribuição das UMDR na área de abrangência da SRSul da OE por distrito



No que respeita às 57 Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), constata-se uma distribuição mais heterogénea com 22,81% das unidades no distrito de Setúbal (Grafico nº 4), seguindo-se 19,30% no distrito de Faro e 17,54% no distrito de Lisboa; o distrito de Santarém conta com 12,28% das unidades desta tipologia, enquanto que os distritos de Beja e Portalegre, registam 10,53% sendo que a menor percentagem desta tipologia se verifica no distrito de Évora com 7,02%.

Gráfico nº 4 – Distribuição das ULDM na área de abrangência da SRSul da OE por distrito



As unidades anteriormente expostas, apresentam uma disponibilidade total de 2.749 lugares de internamento, distribuídos pelos 7 distritos na área de abrangência da SRSul (Quadro nº 2), dos quais se destacam os distritos de Setúbal e Lisboa com 656 e 641 lugares respetivamente, e o distrito de Portalegre com 208 lugares, seguidos pelos distritos de Beja e Évora com respetivamente 222 lugares.

Quadro nº 2 – Distribuição dos lugares de internamento nas unidades da RNCCI na área de abrangência da SRSul da OE por distrito

Distritos / Unidades/ Tipologias	BEJA	ÉVORA	FARO	LISBOA	PORTALEGRE	SANTARÉM	SETÚBAL	TOTAL
UCP	6	6	10	52	5	0	25	104
UC	18	70	69	94	22	15	51	339
UMDR	68	55	104	197	43	114	181	339
ULDM	130	91	314	298	138	174	339	1544
Total por distrito	222	222	497	641	208	303	656	2749

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI, 2013

As unidades referidas em epígrafe, distribuem-se por Administração Regional de Saúde (ARS) da seguinte forma: 65 unidades de internamento integram a ARS Lisboa e Vale do Tejo, 39 pertencem à ARS Alentejo e 19 pertencem à ARS do Algarve, perfazendo uma lotação de 2.783 camas, que corresponde a um total de 123 unidades (Quadro nº 3), ao qual são retiradas 6, por pertencerem ao distrito de Leiria e consequentemente estarem na área de abrangência da SRCentro da OE.

Quadro nº 3 – Distribuição das unidades de internamento da RNCCI na área de abrangência da SRSul da OE por ARS

ARS / Tipologia	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
UCP	**7**	**3**	**1**	**11**
UC	**8**	**6**	**3**	**17**
UMDR	**19**	**19**	**4**	**42**
ULDM	**31**	**11**	**11**	**53**
TOTAL	**65**	**39**	**19**	**123**

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI, 2013

Ainda relativamente a estas unidades, podemos constatar que dão resposta a 4,6 milhões de habitantes, dos quais 919.507 têm mais de 65 anos e representam 20% da população (Quadro nº 4).

Quadro nº 4 – Distribuição da população por ARS VS população com mais de 65 anos por ARS

Habitantes / ARS	Total Habitantes	Total habitantes com idade ≥ a 65 anos
LISBOA E VALE DO TEJO	3.659.669	696.815
Alentejo	509.741	128.427
Algarve	451.006	87.769
TOTAL	**4.620.416**	**913.011**

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI, 2013

A população da RNCCI em 2013 com idade superior a 65 anos representa 80,3% do total, sendo que a população com idade superior a 80 anos representa 51,8% do total, a maior percentagem registada até ao momento.

Procurando conhecer a percentagem de pessoas referenciadas em relação à população com idade superior a 65 anos regista-se uma média nacional de 2,1%. Neste âmbito, destaca-se a região do Algarve como a que mais referencia (correspondendo a 3,7% em relação à sua população com idade > 65 anos); a ARS do Alentejo surge com 3%, a ARS Lisboa e Vale do Tejo surge como a região que menos referencia, com 1,5% do total das referenciações.

Uma outra resposta da RNCCI são as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que não foram contempladas neste estudo, mas que foram tratadas em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, no entanto importa apreciar pelo contributo dos cuidados domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento.

Em final de 2013 o número de ECCI a nível nacional era de 267, correspondendo a uma lotação de 7.053, sendo que na área de abrangência da SRSul existem 128 ECCI, 60 em Lisboa e Vale do Tejo, 36 no Alentejo e 32 no Algarve. Assim regionalmente temos uma lotação de 4.020 camas (Quadro nº 5). Esta resposta constitui uma alternativa ajustada, complementar às unidades de internamento, com ganhos para a população e para o SNS.

Quadro nº 5 – Distribuição das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)/lotação de ECCI

Equipas/Lotação ECCI / ARS	Equipas de ECCI	Lotação ECCI
Lisboa e Vale do Tejo	**60**	**2129**
Alentejo	**36**	**541**
Algarve	**32**	**1350**
TOTAL	**128**	**4020**

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI, 2013

Esta foi a tipologia para a qual foram referenciados mais utentes a nível nacional (30%) e a que mais utentes assistiu (31%), sendo que, tal como referido anteriormente, esta pode ser uma resposta a aumentar a sua capacidade tendo em conta o atual contexto económico-financeiro do país.

Exposto o contexto do estudo, apresentamos de seguida o respetivo desenho e as opções metodológicas, enquadrando a análise dos resultados nas dimensões em apreço.

A demora média nas diferentes tipologias tem registado alguma diminuição, situando-se nas UC em 29 dias, nas ULDM em 161 dias e nas UMDR nos 92 dias (Quadro nº 6).

Quadro nº 6 – Distribuição da demora média por tipologia na SRSul

Tipologias / Demora média	UC	CP	UMDR	ULDM	ECCI
LVT	42	55	108	235	152
Alentejo	50	30	86	166	160
Algarve	31	18	81	245	190
Nacional	29	26	92	161	140

Fonte: Relatório de Monitorização da RNCCI, 2013

3. Desenho do Estudo e Análise de Resultados

A fase preparatória deste estudo decorreu no primeiro semestre de 2014 sendo que neste período a SRSul promoveu várias reuniões com os enfermeiros da RNCCI que integram as ECR, as ECL e as EGA, e com os enfermeiros coordenadores das unidades de internamento da região Sul, aos quais foi disponibilizado um documento de colheita de dados (formato Excel) para caracterização global das equipas de Enfermagem e das pessoas internadas naqueles contextos.

Trata-se de um estudo descritivo, tendo o período de colheita de dados decorrido nos meses de maio e junho de 2014.

Organizámos a apresentação dos dados em três dimensões: caracterização das unidades estudadas; caracterização dos enfermeiros (composição das equipas, experiência profissional e formação específica) terminando com a caracterização das pessoas internadas (integrando variáveis de caracterização geral, como idade, género, dias de internamento, bem como caracterização específica, nomeadamente nível de independência funcional de acordo com a Escala de Barthel Modificada, risco de úlcera por pressão através da Escala de Braden, risco de quedas através da escala de Morse, estado cognitivo através da *Mini Mental State Examination*, bem como incidência de patologias.

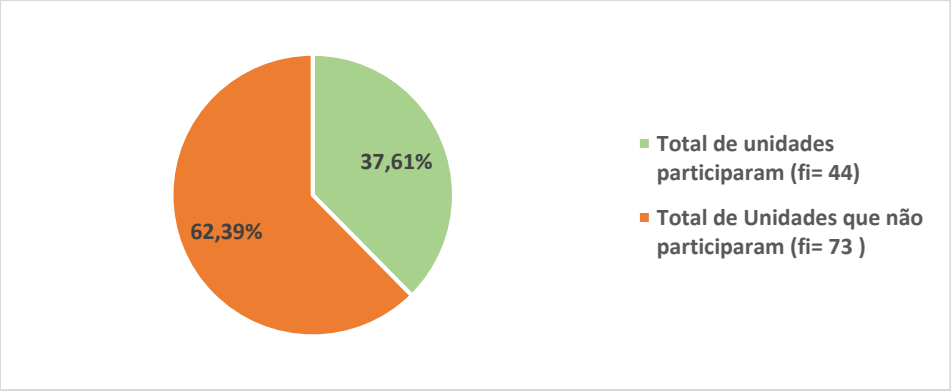
3.1. Caracterização das Unidades Participantes

Foram convidadas a participar neste estudo as 117 Unidades de Internamento da RNCCI da área de abrangência da SRSul da OE, das quais 44 responderam a este desafio (Quadro nº 7 e Gráfico nº 5), permitindo fazer um diagnóstico situacional face aos dados solicitados/rececionados.

Quadro nº 7 – Distribuição das Unidades de Internamento participantes/não participantes no estudo

Distritos / Unidades/ Tipologias		BEJA	ÉVORA	FARO	LISBOA	PORTALEGRE	SANTARÉM	SETÚBAL	TOTAL
UCP	Existentes	1	1	1	5	1	0	2	11
	Participantes	**0**	**0**	**1**	**2**	**0**	**0**	**2**	**5**
UC	Existentes	1	3	3	4	1	1	2	15
	Participantes	**0**	**2**	**1**	**2**	**0**	**1**	**0**	**6**
UMDR	Existentes	4	4	4	5	2	6	7	31
	Participantes	**2**	**2**	**2**	**3**	**1**	**2**	**0**	**12**
ULDM	Existentes	6	4	11	10	6	9	13	57
	Participantes	**3**	**1**	**6**	**3**	**3**	**3**	**2**	**21**
Total por distrito		12	12	19	24	10	16	24	117
Total de respostas por distrito		**5**	**5**	**10**	**10**	**4**	**6**	**4**	**44**

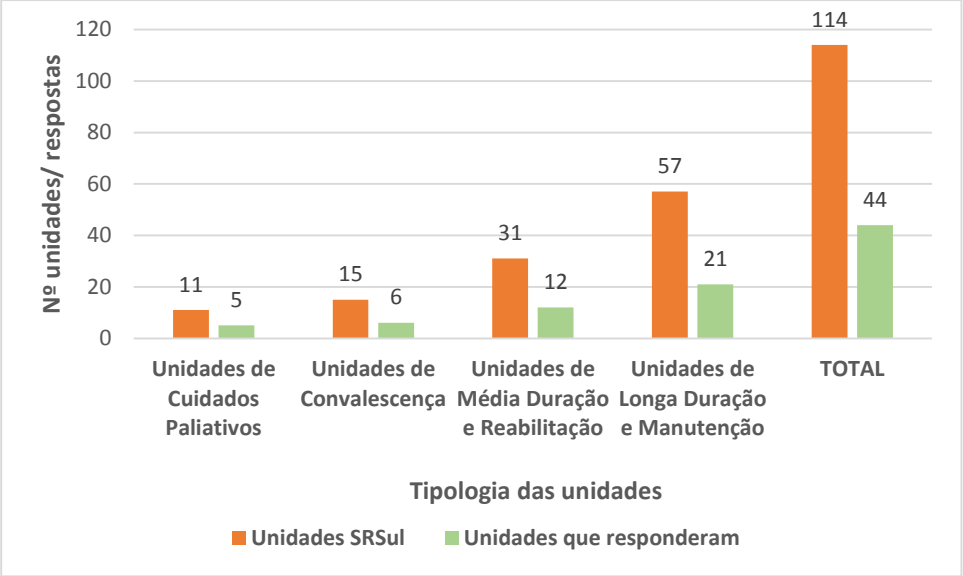
Gráfico nº5 – Distribuição das Unidades de Internamento participantes/não participantes no estudo



As unidades participantes (44) distribuem-se de acordo com o Gráfico nº 6 em: 5 UCP (11,36%), 6 UC (13,64%), 12 UMDR (27,27%) e 21 ULDM (47,73%), sendo que esta

distribuição de tipologias se revela sobreponível à anteriormente apresentada para a área de abrangência da SRSul da OE.

Gráfico nº 6 - Distribuição das Unidades de Internamento participantes/não participantes no estudo por tipologia



As unidades de internamento apresentam a nível nacional uma taxa de ocupação elevada, que nas UC e UMDR participantes no estudo se situam nos 97% e 95% respetivamente, valores acima da média nacional (Quadro nº 8). A taxa de ocupação das ECCI melhorou relativamente a anos anteriores, constatando-se ainda lugares disponíveis.

Em 2013, à semelhança dos anos anteriores, as Unidades de Convalescença (UC), Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Cuidados Paliativos (UCP) apresentam uma maior cobertura populacional na região do Alentejo. A ARS Lisboa e Vale do Tejo tem a menor cobertura populacional em todas as tipologias de internamento, exceto em UCP, apresentando também a menor cobertura global, o que evidencia a necessidade de crescimento de respostas nesta região.

Quadro nº 8– Distribuição da taxa de ocupação por tipologia na SRSul e unidades estudadas

Taxa Ocupação / Tipologias	LVT	Alentejo	Algarve	Nacional	Unidades Estudadas
UCP	90%	93%	93%	86%	90%
UC	87%	92%	95%	87%	97%
UMDR	92%	94%	94%	93%	95,1%
ULDM	93%	98%	96%	97%	98%
ECCI	67%	88%	78%	66%	--

Os preços para a prestação dos cuidados de saúde e de apoio nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da RNCCI são atualizados no início de cada ano civil, mediante a aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores disponíveis. A Portaria n.º 360/2013 de 16 de Dezembro que "fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório da RNCCI, a praticar no ano de 2013", identifica o valor das diárias por internamento para as UCP e UC de 105,46€; para as UMDR de 87,56€ e para as ULDM o valor de 60,19€.

As unidades da RNCCI disponibilizam atualmente 6642 camas para internamento, sendo que a tipologia de longa duração e manutenção representa atualmente 55,6% dos lugares de internamento disponíveis na RNCCI.

Relativamente aos tempos de referenciação, são mais elevados nas ULDM e UMDR, sendo a região do Alentejo a que regista o tempo mais elevado para UMDR (51 dias), e o segundo mais elevado para ULDM (70,9 Dias). Na região de Lisboa e Vale do Tejo, os tempos são mais elevados para ULDM (73,1 dias), para UCP (41,1 dias) e para UC (13,8 dias), enquanto que para as ECCI é de 5,8 dias, podendo este valor estar associado à baixa cobertura das unidades referidas. No entanto é de realçar que em relação a 2012, Lisboa e Vale do Tejo diminuiu os seus tempos em UC, UCP, UMDR e ECCI, só tendo aumentado em ULDM. Por outro lado, o Alentejo aumentou os seus tempos em UCP, UMDR, ECCI e em ULDM.

De uma forma global, para UC os tempos oscilam entre 3 (Algarve) e 13,8 dias (Lisboa e Vale do Tejo). Para ECCI oscilam entre 0,8 (Algarve) e 5,8 dias (Lisboa e Vale do Tejo).

No ano de 2013, a tipologia que apresentou o maior número de pessoas referenciadas a nível nacional foi a ECCI com 30%, seguida da UC com 24%. Foram internados nesta tipologia 1.045 pessoas na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 1013 na ARS Alentejo, e 853 na ARS Algarve, totalizando 2.911 pessoas na região da SRSul, representando 20% das pessoas assistidas. Foram identificadas a 31 de dezembro de 2013: 27% (46) pessoas em espera para uma UC na ARS Lisboa e Vale do Tejo; 18% (31) na ARS Alentejo; e 3% (5) na ARS Algarve.

Neste estudo participaram 6 UC, com um número total de 113 lugares de internamento e uma taxa de ocupação de 97,35% (110 lugares de internamento) e lugares vagos 2,65% (3 lugares); nesta tipologia, o número médio de pessoas internadas por unidade foi de 19.

No ano de 2013 foram referenciadas para UMDR 23% das Pessoas da RNCCI, tendo sido internadas nesta tipologia 1.963 pessoas na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 830 na ARS Alentejo e 582 na ARS Algarve, totalizando 3.375 pessoas na região da SRSul, representando 21% das pessoas assistidas. Foram identificados a 31 de dezembro de 2013: 37% (161) das pessoas em espera para uma UMDR na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 8% (33) na ARS Alentejo; 6%(24) na ARS do Algarve.

Neste estudo participaram 12 UMDR, com um número total de 306 lugares de internamento e uma taxa de ocupação de 95,10% (291 lugares). Nesta tipologia, a lotação média por unidade é de 20.

Para as ULDM foram referenciadas, no ano 2013, 1.582 pessoas na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 1.089 na ARS Alentejo; 529 na ARS Algarve, totalizando 3.200 pessoas na região da SRSul, representando 19% das pessoas assistidas. Foram identificados a 31 de dezembro de 2013: 32% (100) das pessoas em espera para uma ULDM na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 17% (53) na ARS Alentejo e 8% (25) na ARS do Algarve.

Neste estudo participaram 21 ULDM, com um número total de 606 lugares de internamento, com uma taxa de ocupação de 97,52% (591 lugares de internamento) nesta tipologia, com uma lotação média por unidade de 30.

Em 2013 a nível nacional, 35% das pessoas com necessidades de Cuidados Paliativos foram assistidas em UCP e 21% noutras tipologias da RNCCI; 44% foram atendidas por Equipas de Cuidados Paliativos, significando que 65**%** das pessoas tiveram resposta fora das UCP; neste ano foram assistidas em UCP 492 pessoas na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 200 na ARS Alentejo e 182 na ARS Algarve, totalizando 874 pessoas na região da SRSul, o que representa 4% das pessoas assistidas na RNCCI. Apenas são referenciadas para esta tipologia 5% das pessoas da

RNCCI. Foram identificadas a 31 de dezembro de 2013: 45 pessoas (60%) em espera para esta tipologia na ARS Lisboa e Vale do Tejo; 5 pessoas (7%) na ARS Alentejo, não tendo sido identificadas pessoas em espera no Algarve nessa data.

Neste estudo participaram 5 UCP, com um número total de 63 lugares de internamento e uma taxa de ocupação de 90,48% (57 lugares de internamento), sendo a lotação média por unidade de 10.

A RNCCI promove a abertura organizacional para novos modelos de cuidados que incorporam novos paradigmas orientados para prestar cuidados numa ótica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza intersectorial e multiprofissional.

3.2. Caracterização dos Enfermeiros das Unidades Participantes

De acordo com os dados colhidos neste estudo, trabalham nas 44 unidades 412 enfermeiros, dos quais 93% (382) são Enfermeiros de Cuidados Gerais e 7% (30) Enfermeiros Especialistas (Gráfico nº 7). Relativamente à área de especialização, destaca-se a Reabilitação como predominante com 36,7%, seguida da Saúde Comunitária com 30% (Gráfico nº 8).

Gráfico nº 7– Distribuição dos Enfermeiros nas Unidades estudadas segundo o nível de competências

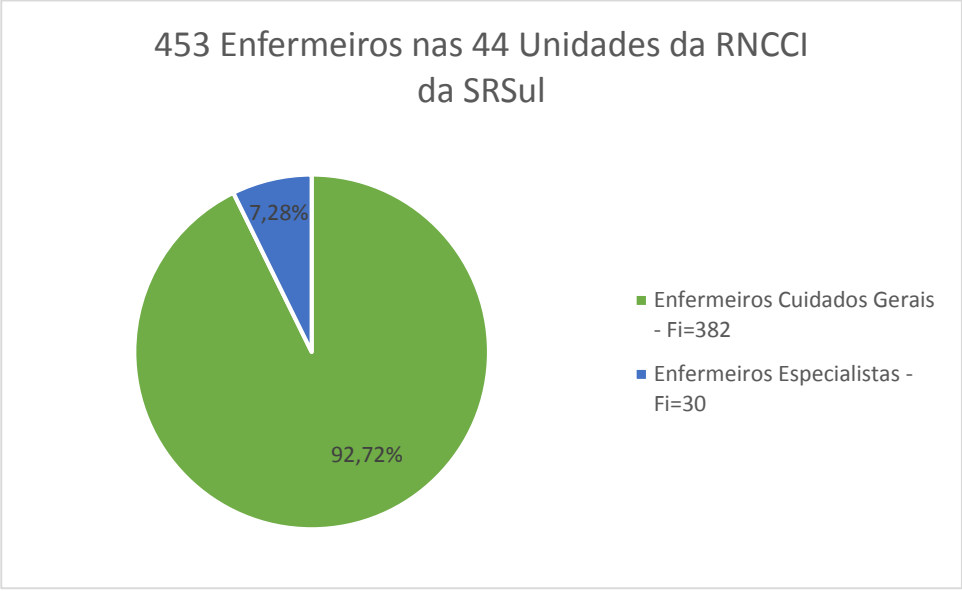
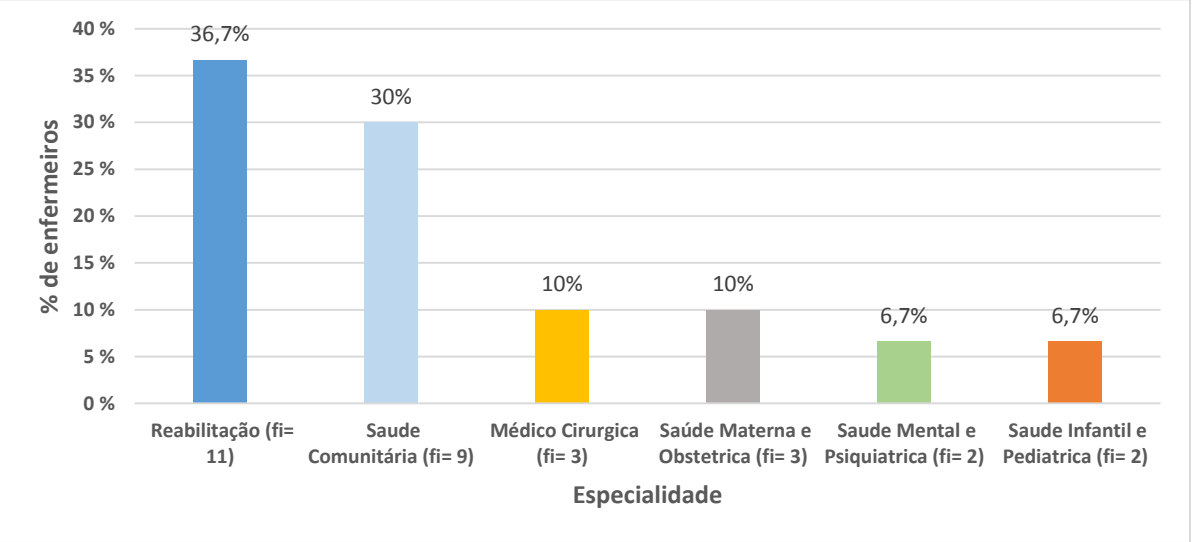
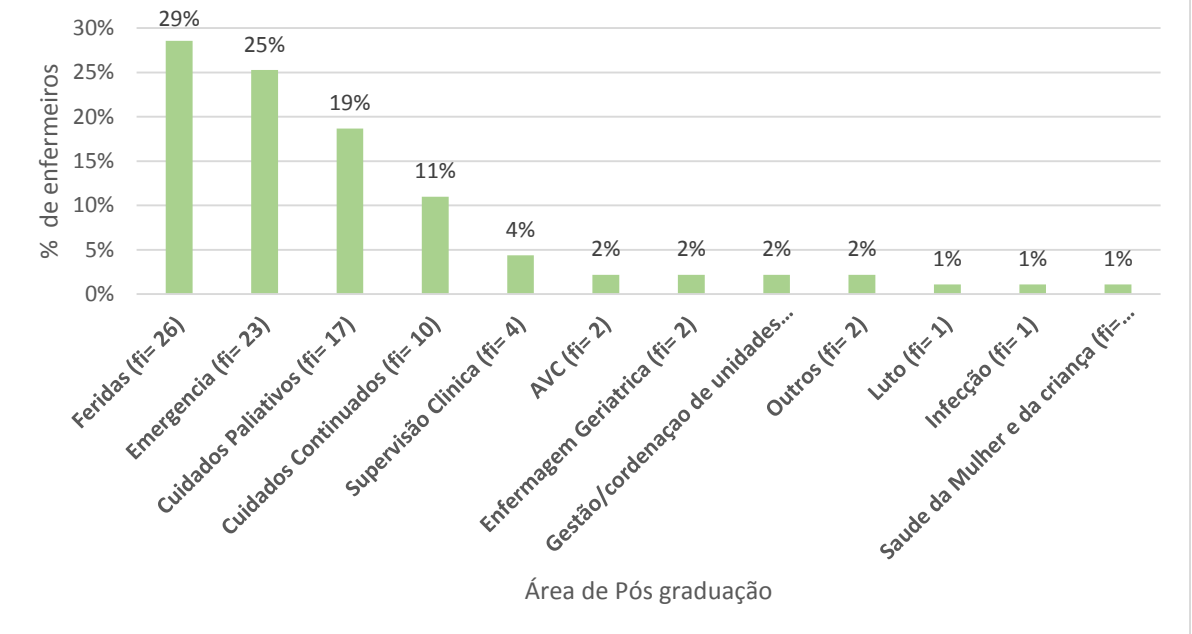


Grafico nº 8 – Distribuição dos Enfermeiros Especialistas segundo a Área de Especialização



De entre os enfermeiros de Cuidados Gerais, destacam-se 91 que têm uma pós-graduação (22,1%) e 16 (3,9%) mestrado; dos enfermeiros que referem pós-graduação (Gráfico nº 9), destacam-se como áreas de eleição as «*feridas*» (29%), a «*emergência*» (25%), os «*cuidados paliativos*» (19%) e os «*cuidados continuados*» (11%).

Gráfico nº 9 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a área de pós-graduação



Relativamente aos enfermeiros com mestrado, destaca-se a área dos «*cuidados paliativos*» como preferencial (37,5%), distribuindo-se os restantes de forma equitativa por diferentes áreas, das quais realçamos os «*cuidados continuados*».

Analisando o nível de formação dos enfermeiros por tipologia de unidades estudadas (gráficos nº 10 a 13) constata-se uma predominância do nível de formação básica, destacando-se as UCP, pelas suas particularidades, como os contextos com maior percentagem global de enfermeiros com formação diferenciada.

Gráfico nº 10 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas UCP participantes

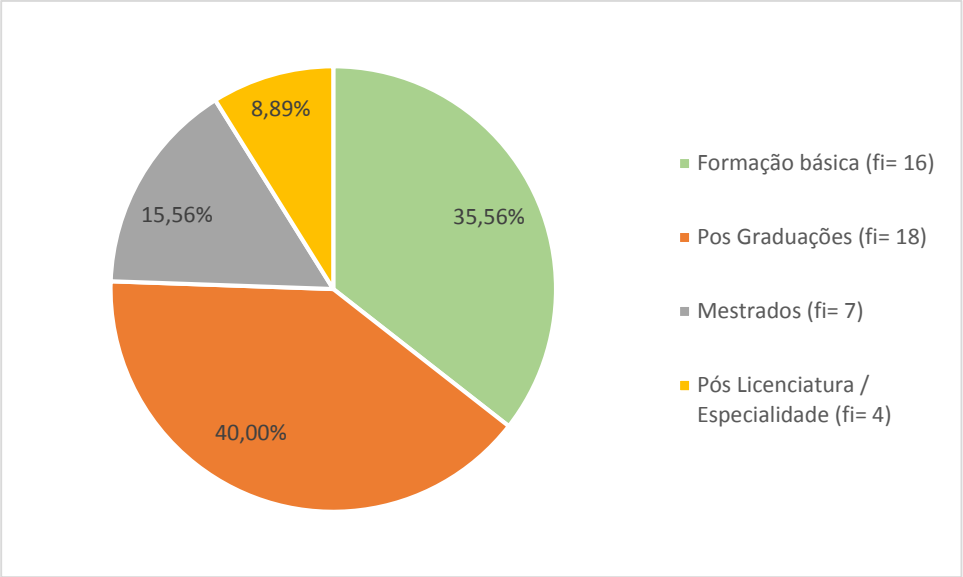


Gráfico nº 11 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas UC participantes

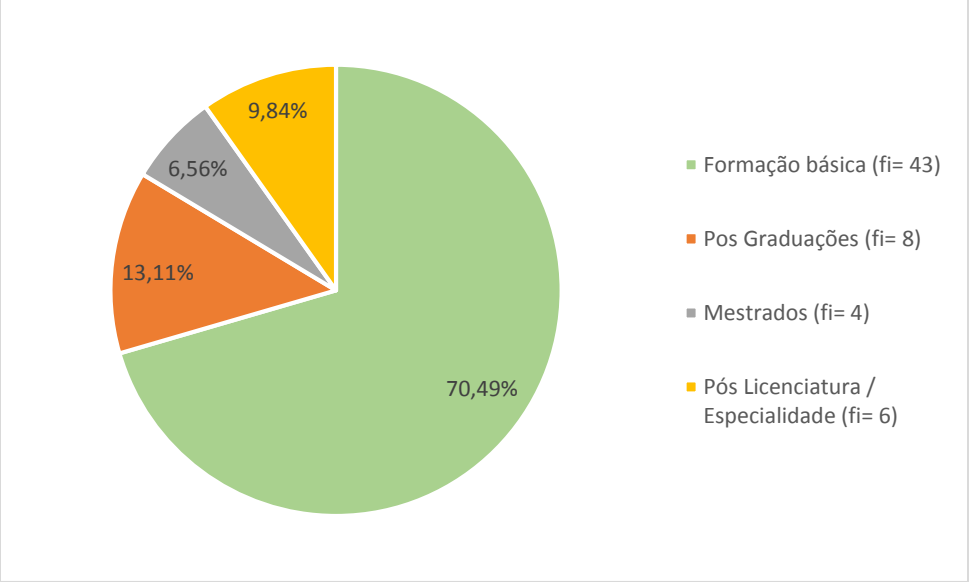


Gráfico nº 12 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas UMDR participantes

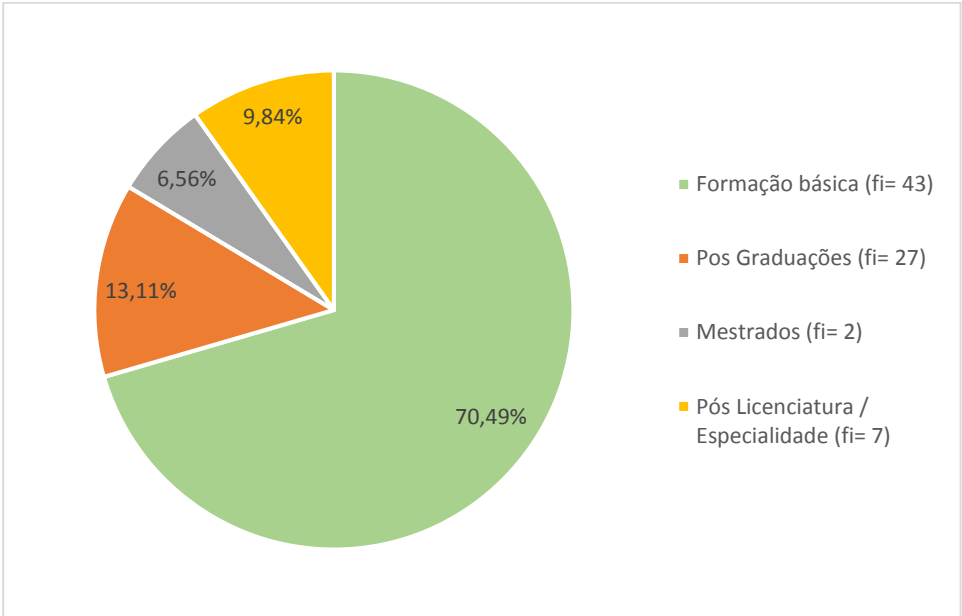
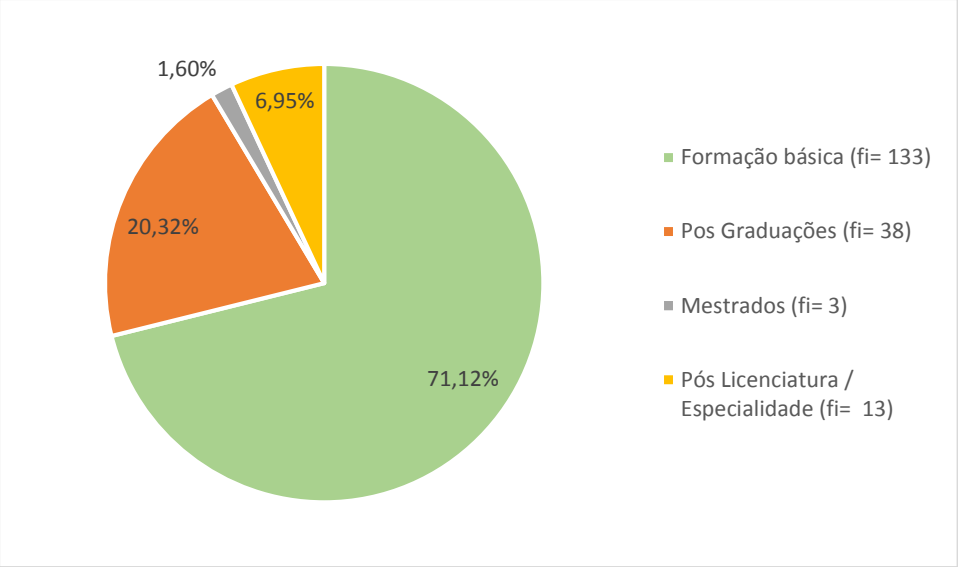


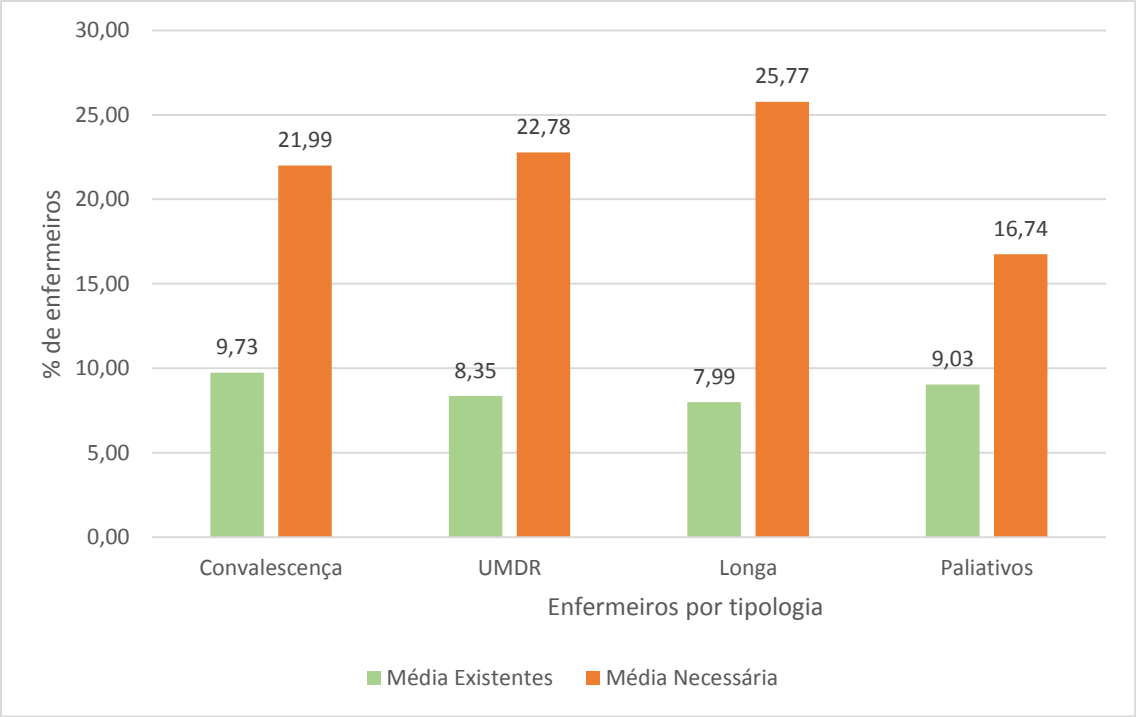
Gráfico nº 13 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o nível de formação nas ULDM participantes



Considerando os dados reportados e o definido na norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem para as unidades de internamento da RNCCI (OE, 2014), existe um número deficitário de enfermeiros em todas as tipologias, constituindo um défice de 659 Enfermeiros nas unidades de internamento estudadas.

Conforme os dados apresentados (Gráfico nº 14) faltam em média 12,3 Enfermeiros em cada UC, 14,4 Enfermeiros em cada UMDR, 17,8 Enfermeiros em cada ULDM e 7,7 Enfermeiros em cada UCP.

Gráfico nº 14 – Distribuição do número de Enfermeiros VS Dotações seguras dos cuidados de enfermagem nas unidades participantes



Extrapolando estes dados para todo o universo da SRSul (Quadro nº 9), faltam 1.779 Enfermeiros nas unidades de internamento da RNCCI, para que as pessoas internadas tenham segurança e cuidados com qualidade, nomeadamente uma melhor resposta aos objetivos traçados no plano individual de intervenção, significando maior qualidade de vida das pessoas dependentes e um menor número de dias de internamento, com melhores indicadores e ganhos em saúde, bem como diminuição de exaustão e *burnout* nos profissionais.

Quadro nº 9 – Distribuição extrapolada do número de Enfermeiros VS Dotações seguras dos cuidados de enfermagem nas unidades da área da SRSul

Distritos / Tipologias/ Enfermeiros		BEJA	ÉVORA	FARO	LISBOA	PORTALEGRE	SANTARÉM	SETÚBAL	TOTAL
CP	Unidades Existentes	1	1	1	5	1	0	2	11
	Enfermeiros Em falta	**7,71**	**7,71**	**7,71**	**38, 55**	**7,71**	**0**	**15,42**	**84,81**
UC	Unidades Existentes	1	3	3	4	1	1	2	15
	Enfermeiros Em falta	**12,26**	**36,78**	**36,78**	**49,04**	**12,26**	**12,26**	**24,52**	**183,9**
UMDR	Unidades Existentes	4	4	4	5	2	6	7	31
	Enfermeiros Em falta	**57,72**	**57,72**	**57,72**	**72,15**	**28,86**	**86,58**	**101,01**	**461,76**
ULDM	Unidades Existentes	6	4	11	10	6	9	13	57
	Enfermeiros Em falta	**106,68**	**71,12**	**195,58**	**177,8**	**106,68**	**160,02**	**231,14**	**1049,02**
Total unidades por distrito		12	12	19	24	10	16	24	117
Total de enfermeiros em falta		**184,37**	**173,33**	**297,79**	**337,54**	**155,51**	**258,86**	**372,09**	**1779,49**

A carência de enfermeiros nestas unidades impede o normal desenvolvimento de projetos na qualificação / capacitação de cuidadores informais, inviabilizando uma preparação da alta adequada que poderia evitar reinternamentos, agudizações de doenças crónicas e perda de capacidades/autonomia das pessoas pós a alta destas unidades.

3.3. Caracterização das Pessoas Internadas nas Unidades Participantes

A população da RNCCI é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência. Neste estudo foram incluídos 1.049 pessoas (Gráfico nº 15), com média de idades de 74 anos e com uma moda 72 anos. Constatámos a existência de 3,58% de lugares vagos distribuídos por 15 nas UMDR, 15 nas ULDM, 6 nas UCP e 3 nas UC participantes (Gráfico nº 16).

Atendendo às características da população nacional tal como acontece na área da SRSul, o crescimento de lugares na RNCCI deveria ser acompanhado de um maior crescimento de respostas institucionais a nível social, maior apoio aos cuidadores com um programa efetivo de formação, maior incremento dos serviços domiciliários integrados de saúde e maior apoio social como resposta efetiva de continuidade de cuidados.

Gráfico nº 15 – Distribuição das pessoas Internadas VS lugares vagos nas unidades participantes

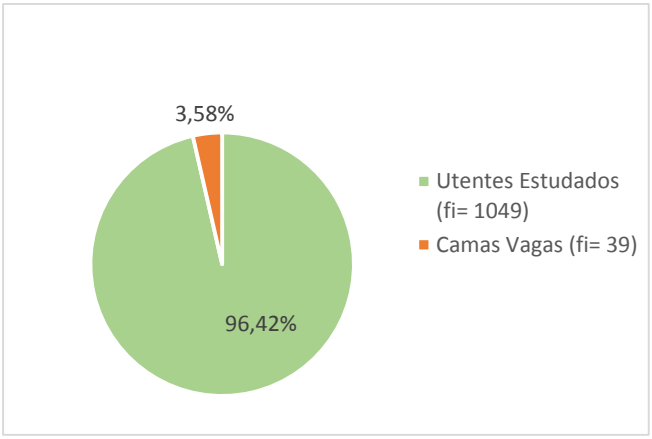
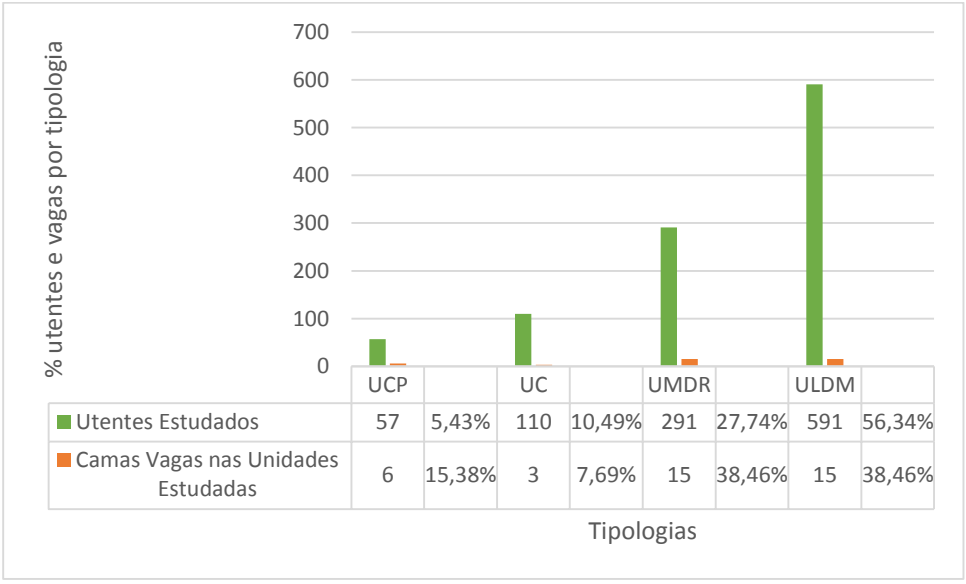


Gráfico nº 16 – Distribuição das pessoas internadas Vs lugares vagos nas unidades participantes por tipologia

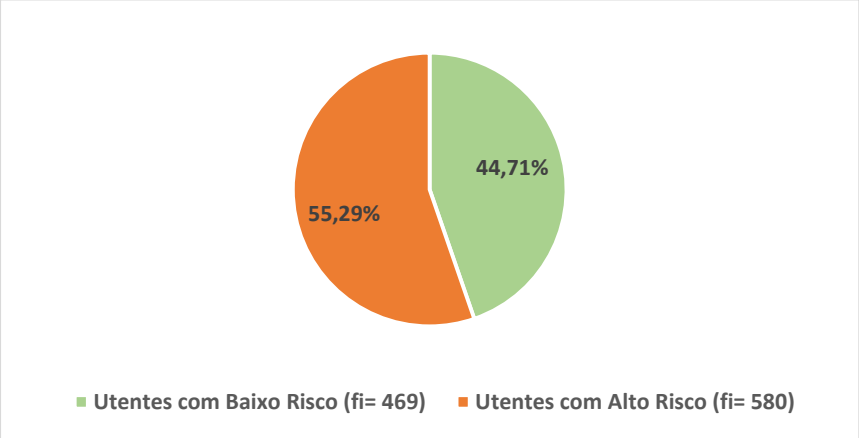


	UCP		UC		UMDR		ULDM	
Utentes Estudados	57	5,43%	110	10,49%	291	27,74%	591	56,34%
Camas Vagas nas Unidades Estudadas	6	15,38%	3	7,69%	15	38,46%	15	38,46%

Relativamente à avaliação do risco de úlcera por pressão nas pessoas internadas nas unidades participantes (gráfico nº 17), 55,29% apresentam alto risco e 44,71% baixo risco. De salientar que a prevalência de úlcera por pressão (UPP) na RNCCI em 2013 foi de 13%, sendo que destes utentes 83% apresentavam já na admissão UPP, sendo a sua distribuição: na ARS Lisboa e Vale do Tejo uma prevalência de 15%; na ARS Alentejo de 11% e na ARS Algarve 9%. Relativamente à taxa de incidência de UPP nas Unidades de Internamento em

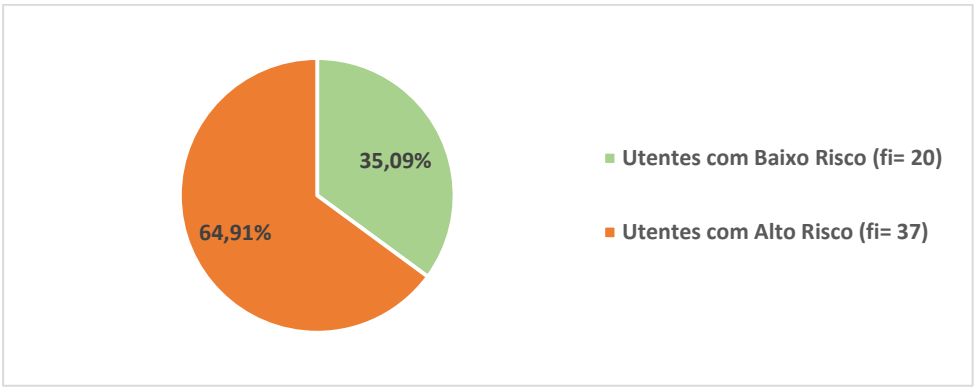
2013 foi de 4,4% e nas ECCI de 2,3%, valores que têm vido a diminuir nos últimos anos, não existindo diferenças assinaláveis entre regiões.

Gráfico nº 17 – Distribuição das pessoas internadas face ao risco de úlceras por pressão



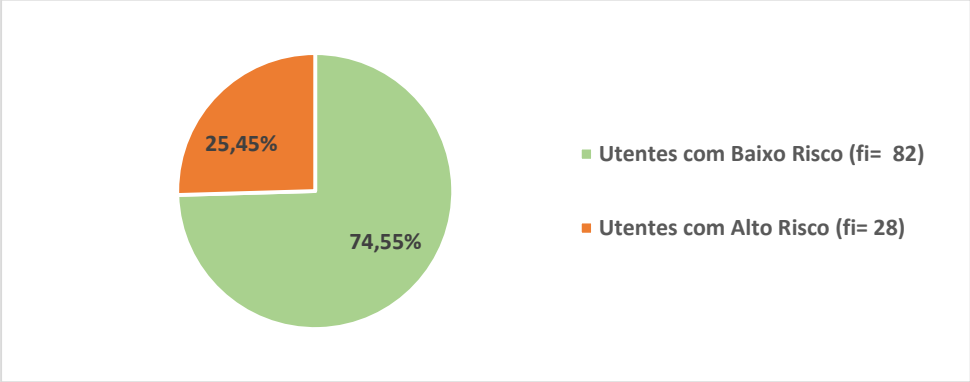
Analisando os dados relativos à avaliação do risco de UPP nas pessoas internadas nas unidades participantes, verifica-se que das 57 pessoas internadas nas UCP (Gráfico nº 18), 64,91% apresentavam alto risco de UPP e 35,09% baixo risco de UPP.

Gráfico nº 18 – Distribuição das pessoas internadas nas UCP participantes face ao risco de UPP



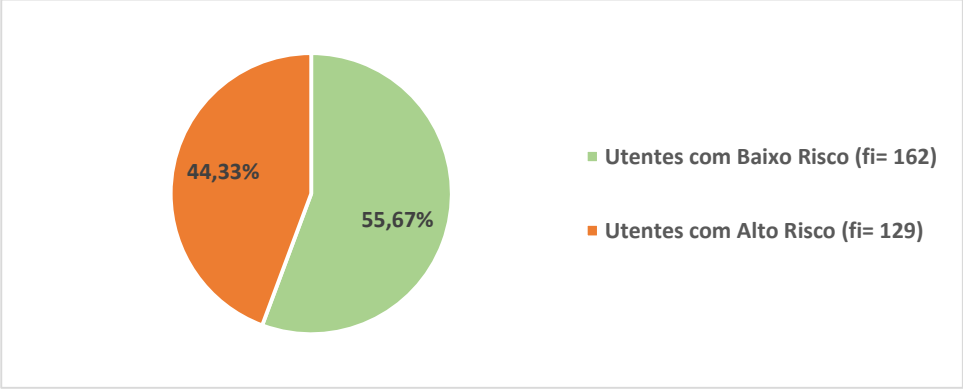
Relativamente às 110 pessoas internadas nas UC (Gráfico nº 19), 74,55% apresentavam alto risco de UPP .

Gráfico nº 19 – Distribuição das pessoas internadas nas UC participantes face ao risco de UPP



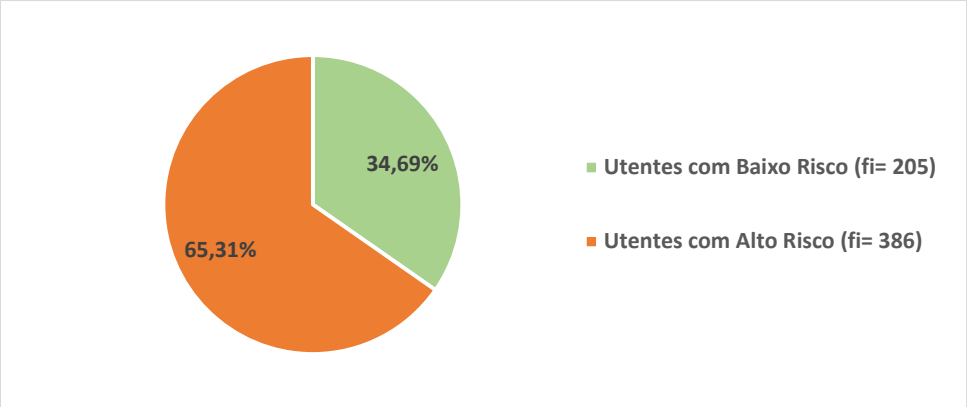
Relativamente às 291 pessoas internadas nas UMDR (Gráfico nº 20), 55,67% apresentavam alto risco de UPP .

Gráfico nº 20 – Distribuição das pessoas internadas nas UMDR participantes face ao risco de UPP



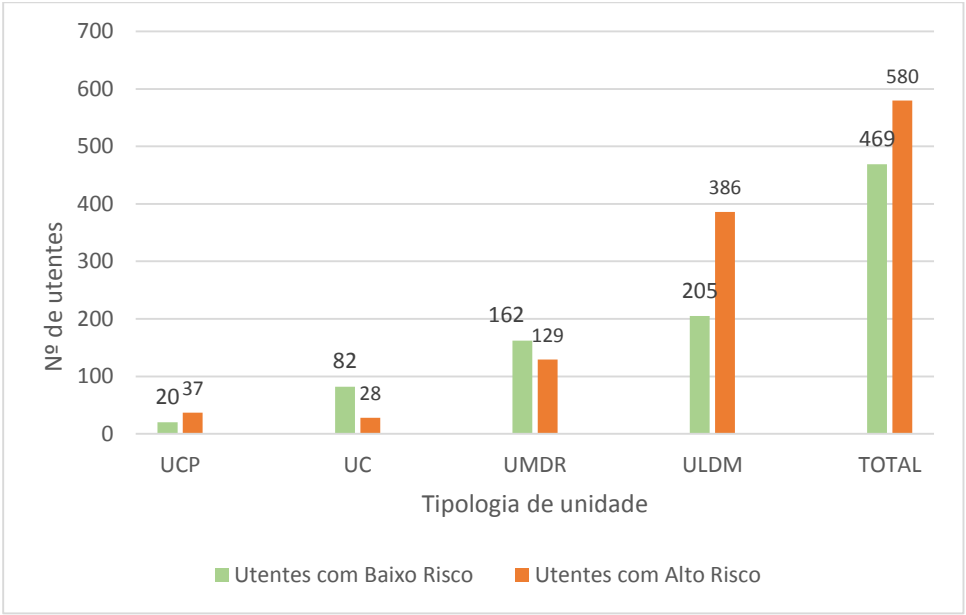
Por último, relativamente às 591 pessoas internadas nas ULDM (gráfico nº 21), 65,31% apresentavam alto risco de UPP.

Gráfico nº 21 – Distribuição das pessoas internadas nas ULDM participantes face ao risco de UPP



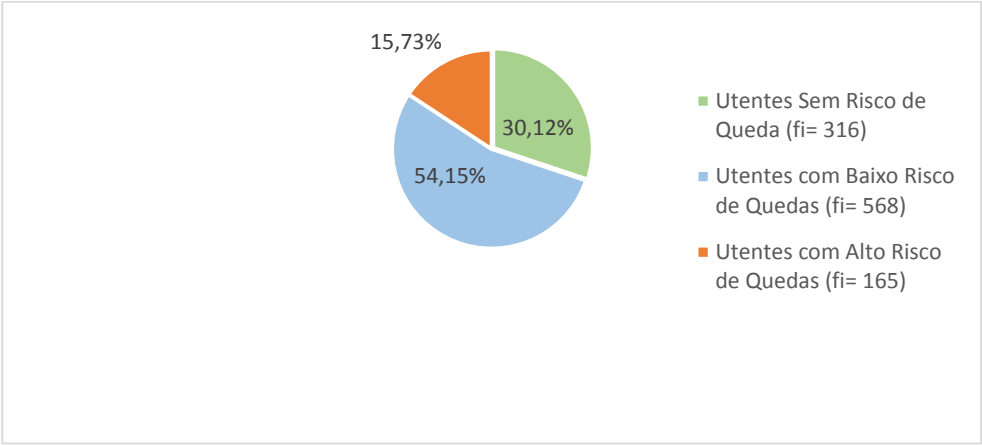
Sistematizando as avaliações realizadas segundo a Escala de Braden às pessoas internadas nas diferentes tipologias (Gráfico nº 22), constatamos globalmente uma predominância de situações de alto risco, dados que se revelam fundamentais para a implementação de medidas de prevenção das UPP, papel esse que cabe ao enfermeiro.

Gráfico nº 22 – Distribuição das pessoas internadas por tipologia face à avaliação segundo a Escala de Braden



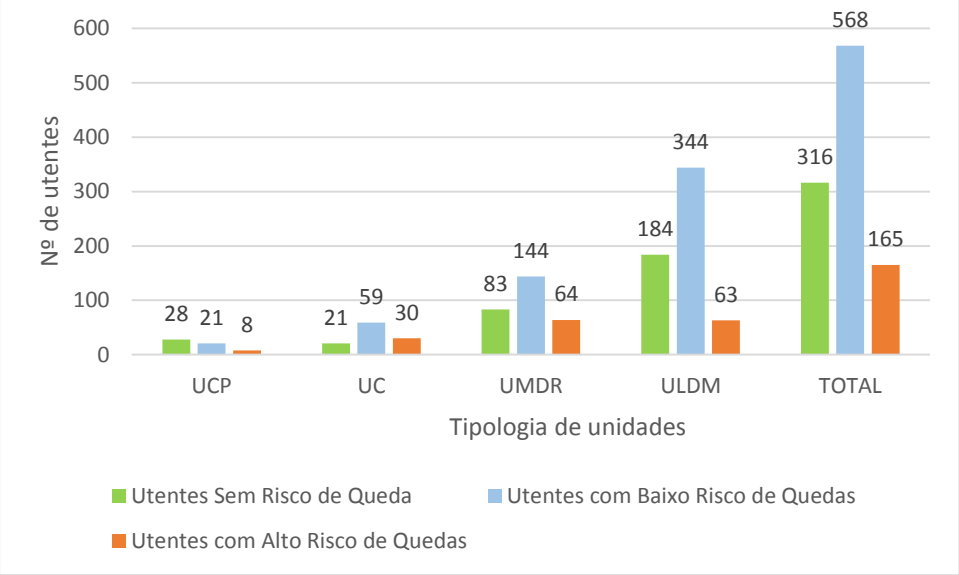
Relativamente à avaliação do risco de queda, constata-se que das 1.049 pessoas internadas nas unidades participantes (Gráfico nº 23), 54,15% apresentam baixo risco de queda, 30,12% não apresentam risco e 15,73% apresentam alto risco de queda.

Gráfico nº 23 – Distribuição das pessoas internadas face à avaliação segundo a Escala de Morse



Ao analisarmos a perspetiva de avaliação das pessoas internadas nas diferentes tipologias segundo a Escala de Morse, confirma-se uma predominância global de pessoas com baixo risco de quedas, (Gráfico nº 24) sendo a ULDM a tipologia que apresenta valores mais expressivos. Tal facto é coerente com os dados apresentados relativos ao ano de 2013, nos quais se identifica a ULDM como a tipologia em que se registou menos quedas (15,8% do total das quedas).

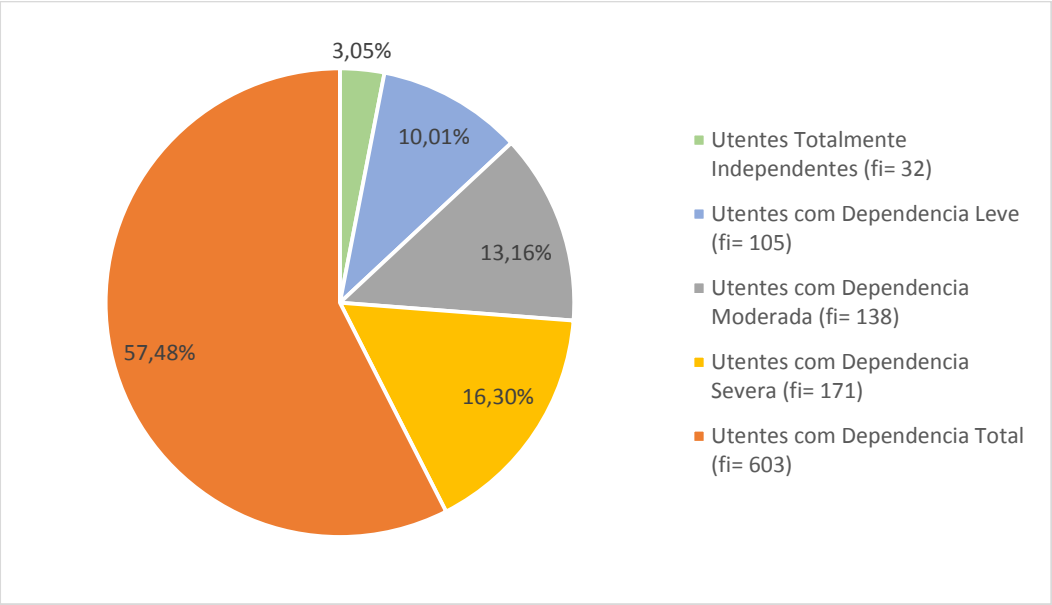
Gráfico nº 24 - Distribuição das pessoas internadas por tipologia face à avaliação segundo a Escala de Morse



Em 2013, no domicílio em ECCI, existe uma taxa de prevalência de 29% de quedas. A prevalência de quedas nas unidades de internamento naquele ano foi de 27%, tendo registado um aumento significativo no último ano de 17% para os atuais 27%, sendo também de referir que foi no Algarve que se registou menor prevalência de quedas. A implementação de projetos de melhoria continua para a prevenção deste flagelo que traz normalmente consequências graves às pessoas, deverá ser uma prioridade para os gestores da RNCCI.

Relativamente às situações de dependência, é de salientar que as pessoas incapazes e dependentes representam 97% da população da RNCCI, a mais elevada até ao momento. Dos quais 57,48% apresentam dependência total (Gráfico nº 25).

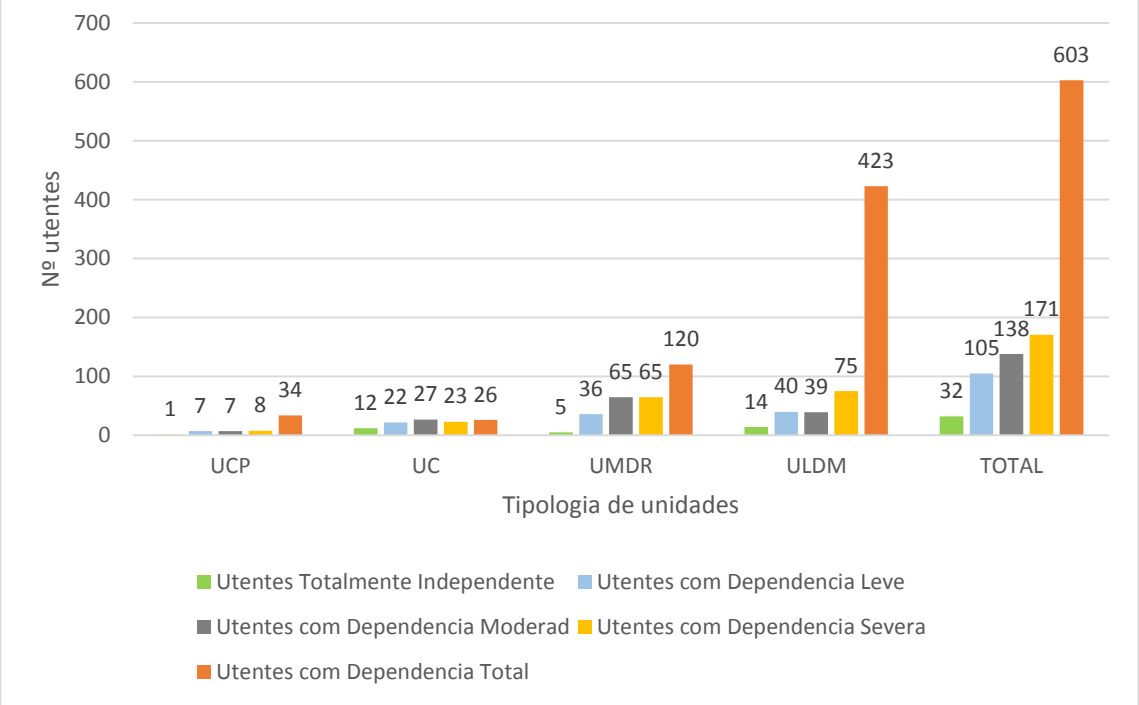
Gráfico nº 25 – Distribuição das pessoas internadas segundo a escala de Barthel Modificada



Todas as pessoas internadas foram avaliadas de forma global através da Escala de Barthel Modificada ferramenta esta que permite avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades de vida essenciais.

Neste sentido, apreciando os valores encontrados nas pessoas internadas nas unidades participantes, constatámos uma predominância de pessoas com dependência total (663 no global das tipologias) sendo nas ULDM que este nível tem maior expressão (443 pessoas). Seguidamente os valores de dependência severa também se apresentam significativos no global e nos contextos de ULDM e UMDR, (Gráfico nº 26).

Gráfico nº 26 - Distribuição das pessoas internadas face à avaliação segundo Escala de Barthel Modificada



Tais resultados são coerentes com os dados de 2013, em que se apresentavam como motivos principais de referenciação para as Unidades da RNCCI o ensino do utente/cuidador informal em 97% das situações e de dependência de AVD em 89% .

Assim fomos estudar também o nível de dependência nas Atividades de Vida Banho, Alimentação, Toilet(WC) e Deambulação que de seguida apresentamos nos Gráficos nº 27 a nº 31, onde se destaca como item preponderante na maioria das dimensões o facto de a pessoa "*ser incapaz de realizar a tarefa*".

Gráfico nº 27 – Distribuição pessoas internadas segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação

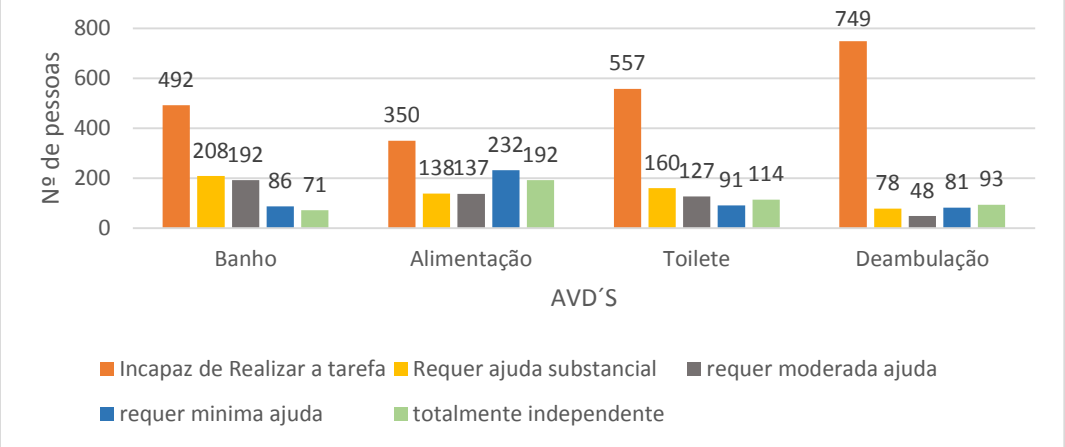


Gráfico nº 28 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional na AVD Banho

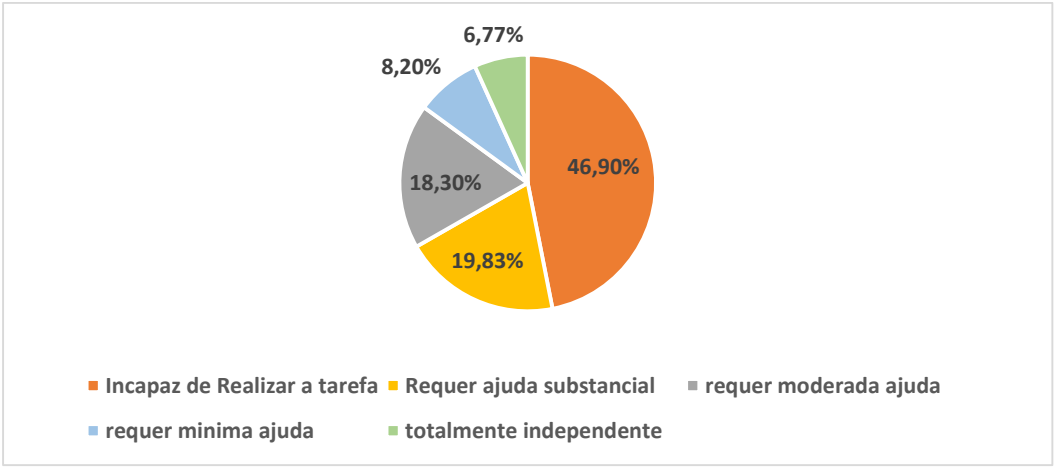


Gráfico nº 29 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional na AVD Alimentação

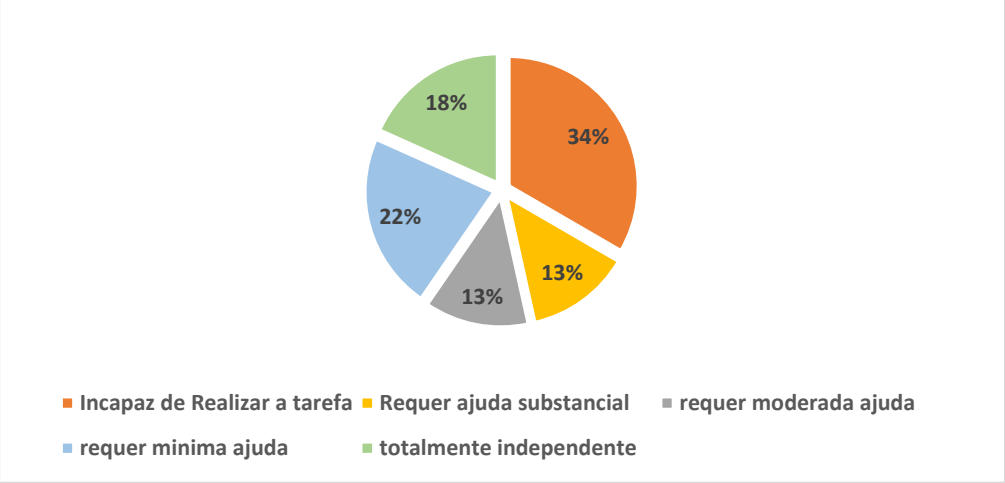


Gráfico nº 30 – Distribuição das pessoas internadas segundo o nível de independência funcional na AVD toilet

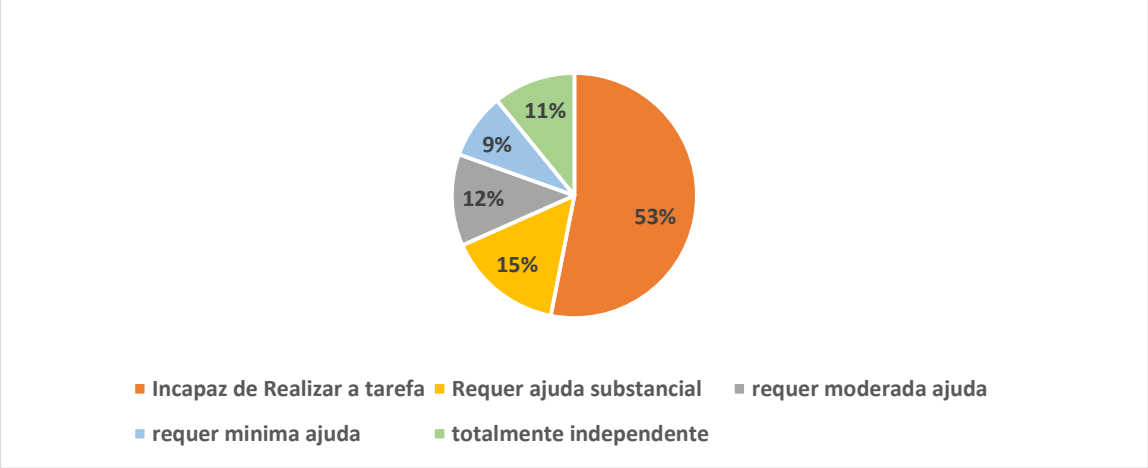
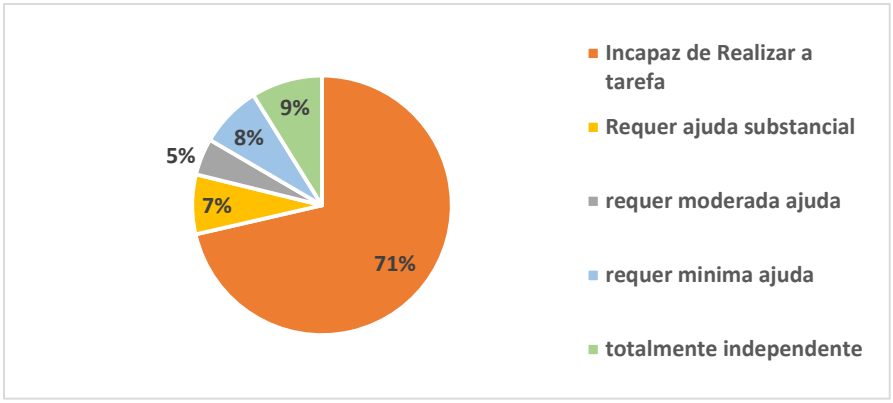


Gráfico nº 31 – Distribuição das pessoas estudadas segundo o nível de independência funcional na AVD Deambulação



Procurando avaliar em maior profundidade as pessoas internadas em cada unidade participante no estudo, constatamos que a maioria das pessoas em UCP apresenta um nivel de dependência total (59,65%), apresentando-se ainda como incapazes para realizar a tarefa no que respeita às AVD Banho, Alimentação, Toilet e Deambulação (Gráficos nº 32 e nº 33).

Gráfico nº 32 – Distribuição das pessoas internadas nas UCP segundo o nível de dependência

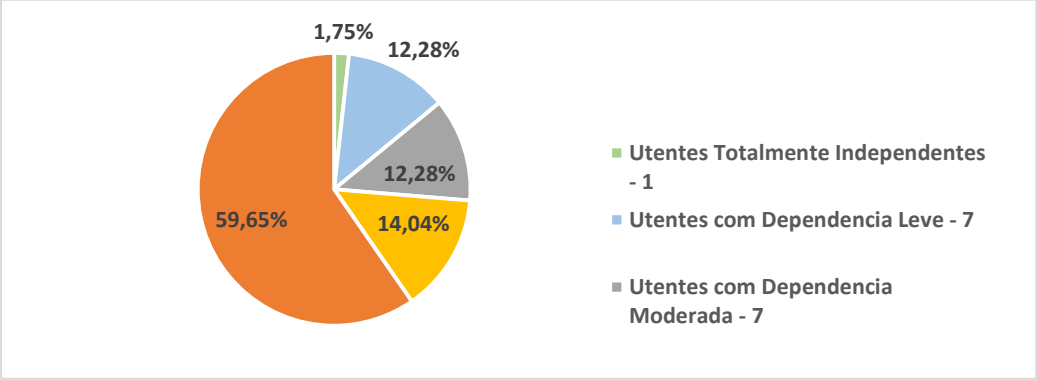
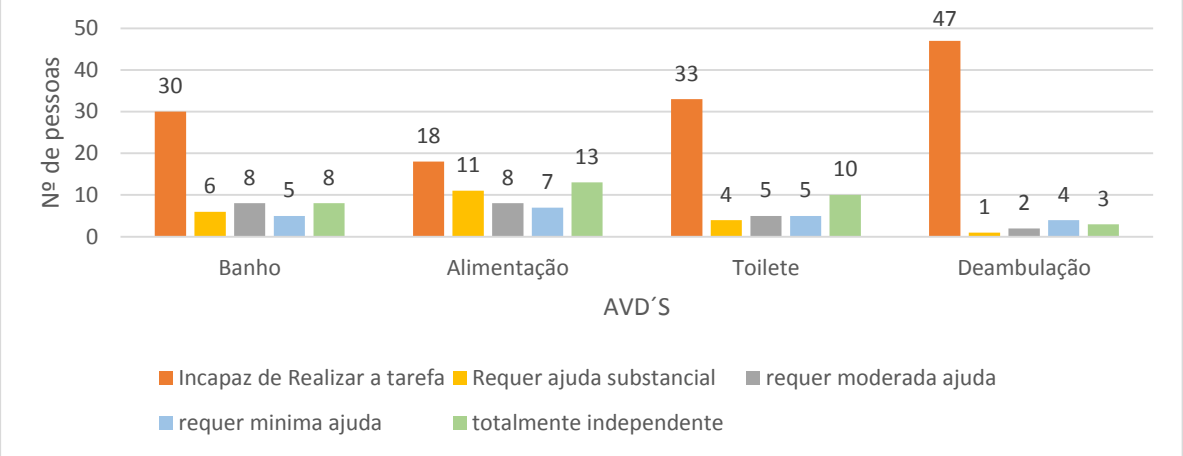


Gráfico nº 33 – Distribuição da pessoas internadas nas UCP segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação



Relativamente às pessoas internadas em UC estas apresentam, tal como seria expectável, níveis de dependência globalmente menos severos (apenas 23,64% com dependência total), apresentando-se ainda como incapazes para realizar a tarefa no que respeita fundamentalmente à AVD Deambulação, enquanto que nas AVD Banho, Alimentação e Toilet apresentam níveis de dependência mais ligeiros e até alguma independência (Gráficos nº 34 e nº 35).

Gráfico nº 34 – Distribuição das pessoas internadas nas UC segundo o nível de dependência

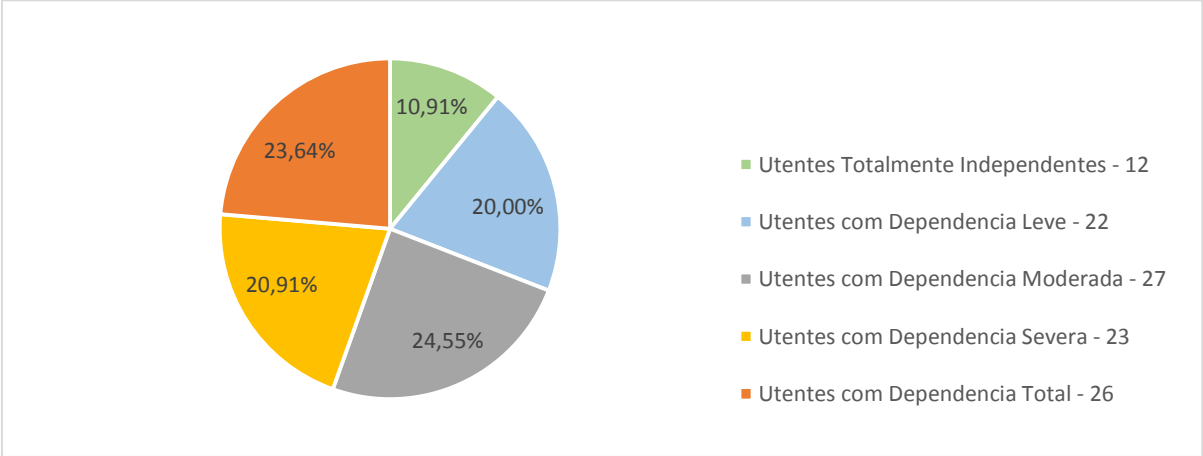
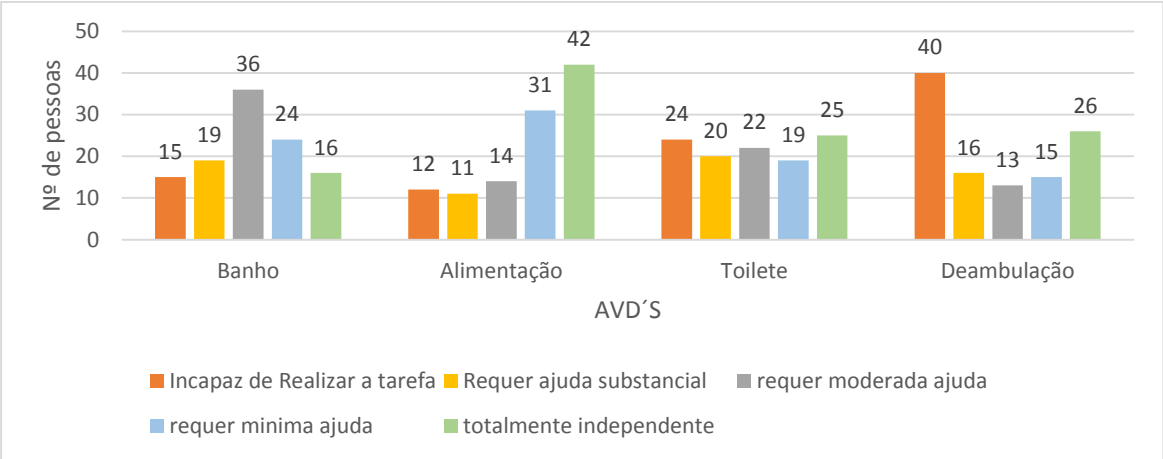


Gráfico nº 35 – Distribuição das pessoas internadas nas UC segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação



Quanto às pessoas internadas em UMDR, constatamos uma preponderância de um nível de dependência total (41,24%), severa e moderada com respetivamente 22,34%, apresentando-se ainda como maioritariamente incapazes para realizar a tarefa no que respeita às AVD Deambulação, Banho e Toilet (Gráficos nº 36 e nº 37).

Gráfico nº 36 – Distribuição das pessoas internadas nas UMDR segundo o nível de dependência

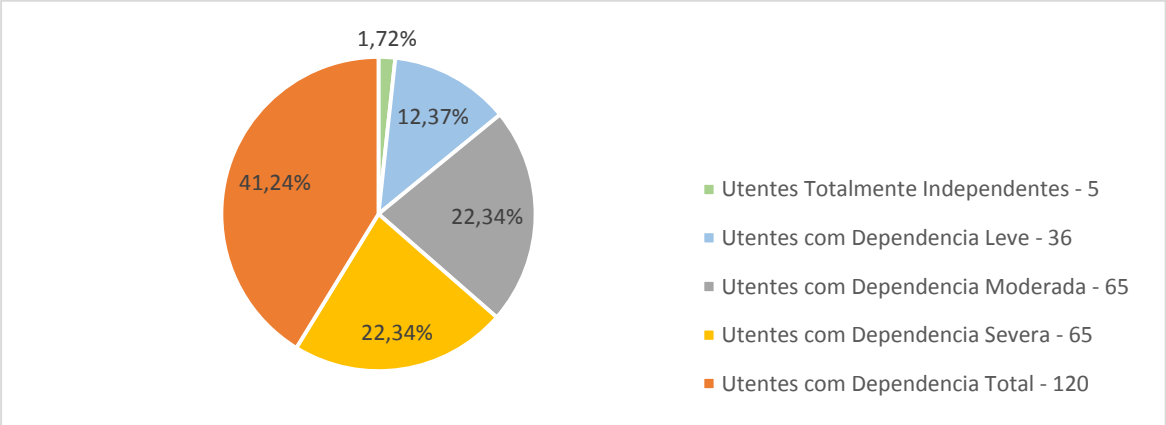
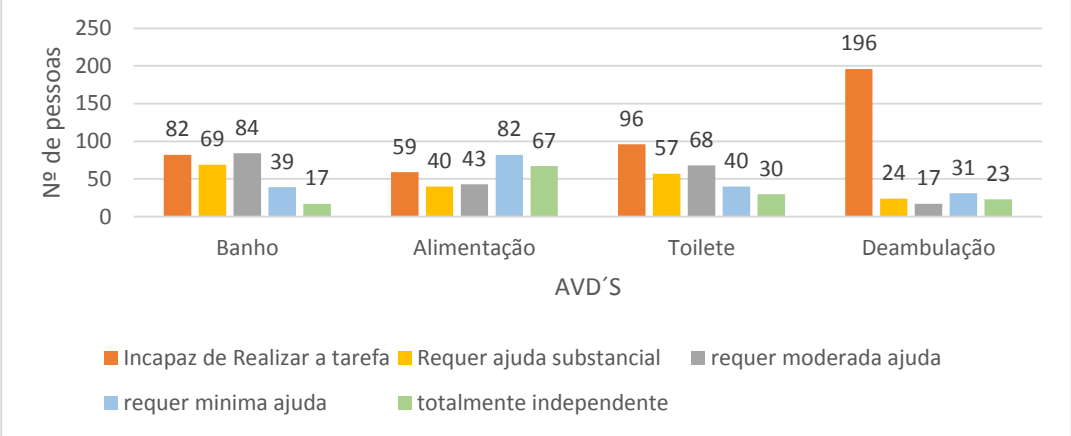


Gráfico nº 37 – Distribuição das pessoas internadas nas UMDR segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação



Finalizando esta dimensão avaliativa, verificámos que a maioria das pessoas em ULDM apresentam maioritariamente um nível de dependência total (71,57%), revelando-se ainda tal como era esperado, maioritariamente incapazes para realizar a tarefa no que respeita às AVD Deambulação, Banho, Toilet e Alimentação (Gráficos nº 38 e nº 39).

Gráfico nº 38 – Distribuição das pessoas internadas nas ULDM segundo o nível de dependência

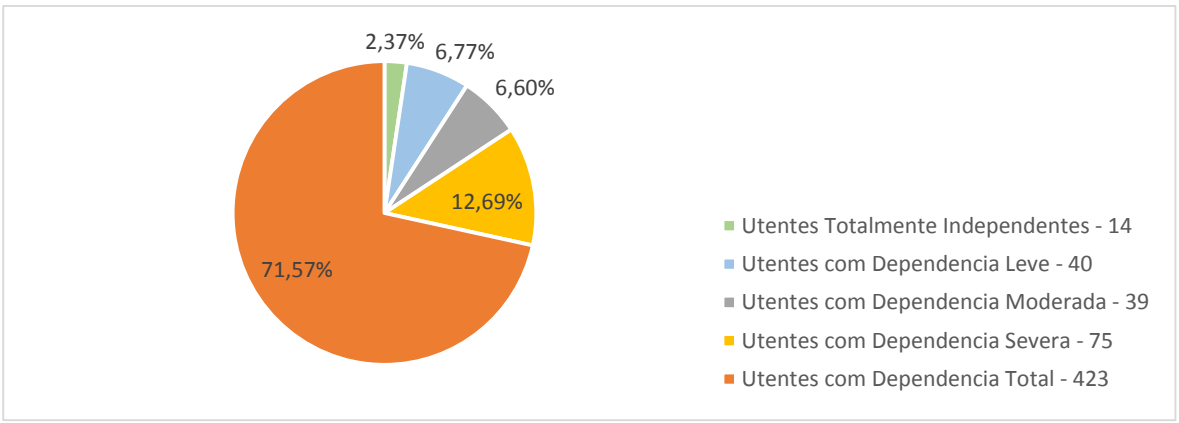
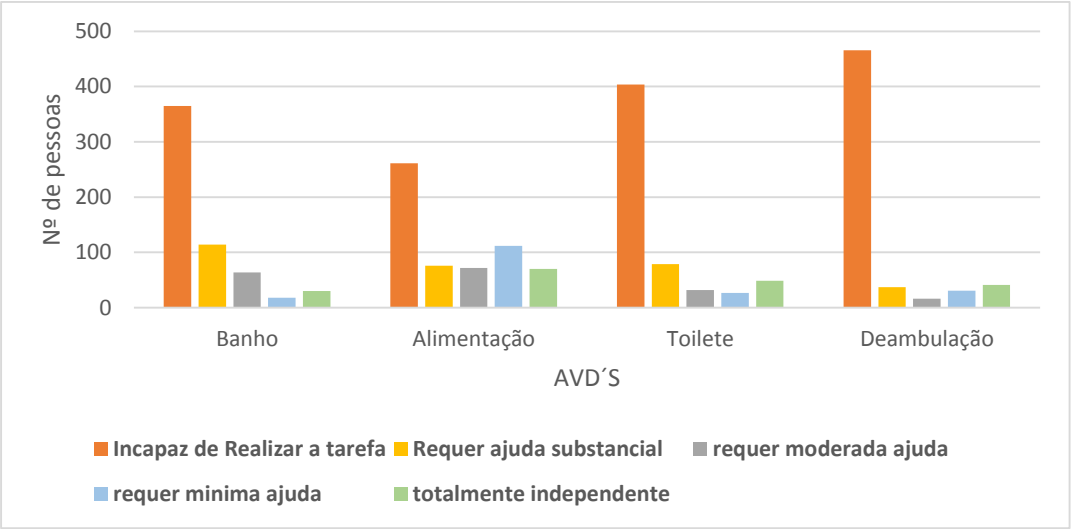


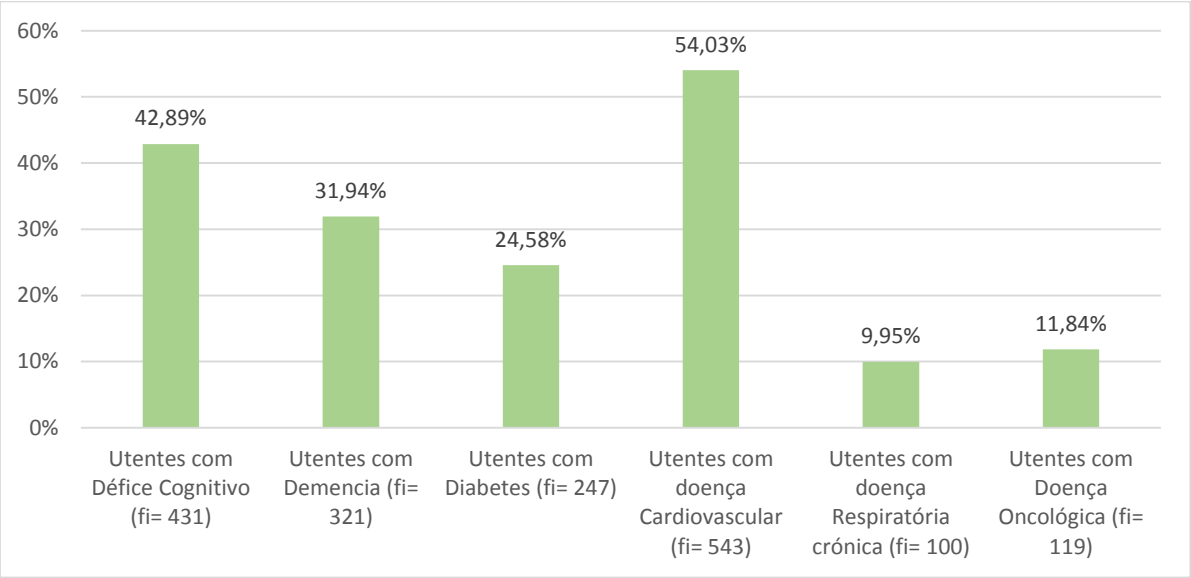
Gráfico nº 39 – Distribuição das pessoas internadas nas ULDM segundo o nível de independência funcional nas AVD Banho; Alimentação; Toilet; Deambulação



Para além da avalição da situação de dependência das pessoas internadas na RNCCI, não podemos ficar alheios à faixa etária predominante: pessoas idosas. Estas são, actualmente, os maiores utilizadores dos vários níveis de cuidados de saúde, sendo descritos como os *pacientes/clientes* com situações clínicas mais complexas (polipatologia) com necessidade de mais cuidados (associados à maior dependência funcional) implicando um maior número de horas afetos aos profissionais das equipas prestadoras de cuidados. Neste estudo procuramos identificar as patologias mais frequentes nas pessoas internadas nas unidades participantes, bem como o número de utentes com polipatologia.

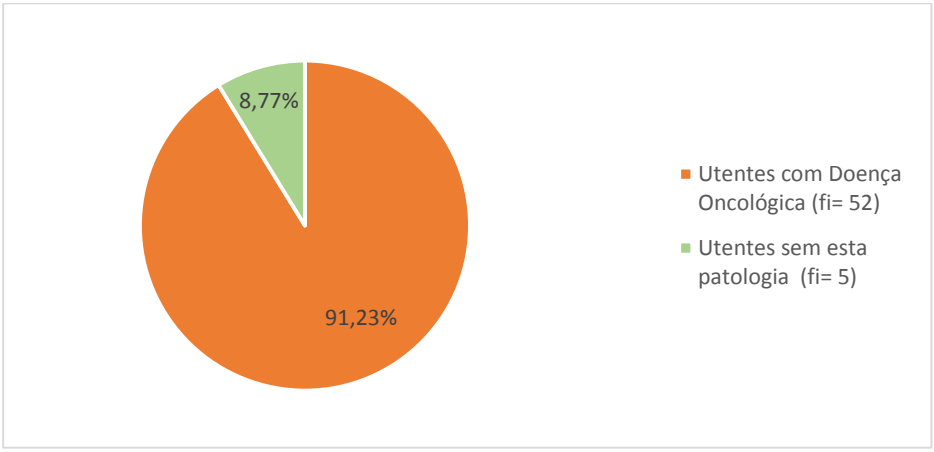
Obtivemos uma distribuição da representatividade das diferentes patologias, tendo-se constatado que a patologia mais frequente é a «*Doença Cardiovascular*», identificada em 54,03% das situações, seguida do «*défice cognitivo*», registado em 42,89% das situações, podendo efetivamente cada pessoa apresentar concomitantemente mais do que uma patologia (Gráfico nº 40).

Gráfico nº 40 – Distribuição das patologias mais frequentes nas pessoas internadas



Ao qual a patologia mais frequente por tipologia, constatámos uma elevada prevalência da doença Oncologica nas UCP, tal como era esperado, com uma taxa de prevalencia de 91,23% (Gráfico nº 41).

Gráfico nº 41 – Distribuição da prevalência da doença Oncológica nas UCP



Seguidamente, e tal como se apresenta nos Gráficos nº 42 a nº 44 , procuramos identificar as patologias mais frequentes nas pessoas internadas nas restantes tipologias, tendo sido constatada uma elevada prevalência da «*Doença Cardiovascular*» nas pessoas internadas nas UC (prevalência de 68,13% face às restantes patologias), bem como nas UMDR (prevalência de 63,91%) e ULDM (prevalência de 53,13%).

Gráfico nº 42 – Distribuição da prevalência da doença Cardiovascular nas UC

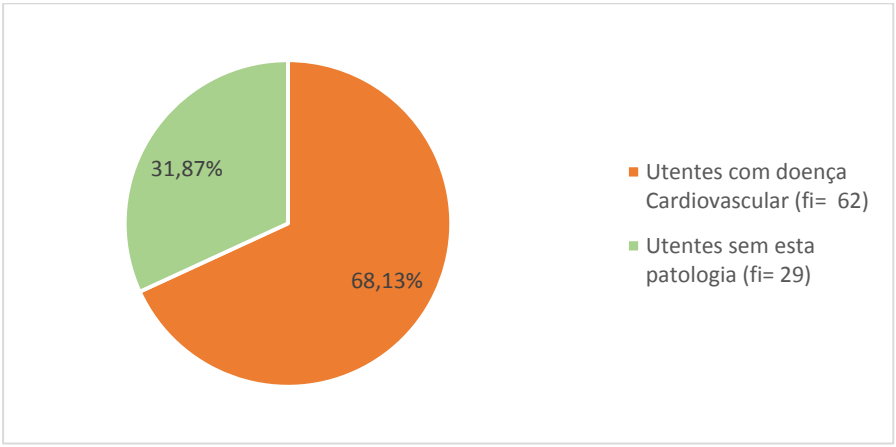


Gráfico nº 43 – Distribuição da prevalência da doença cardiovascular nas UMDR

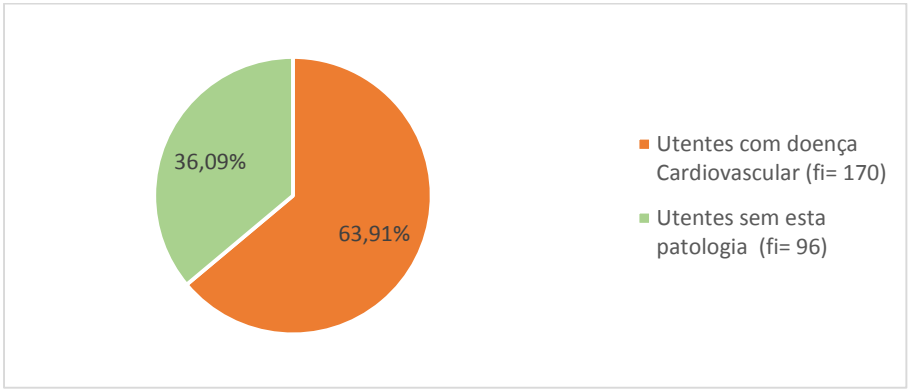
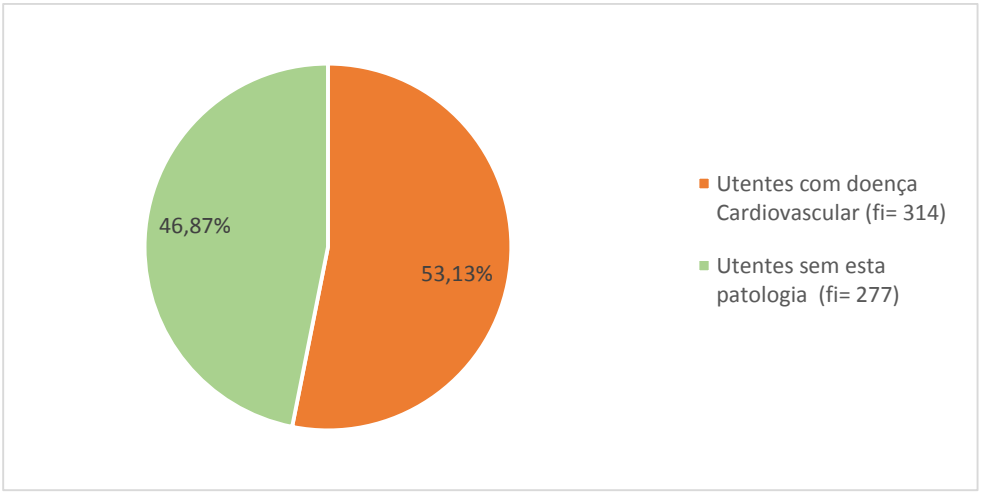
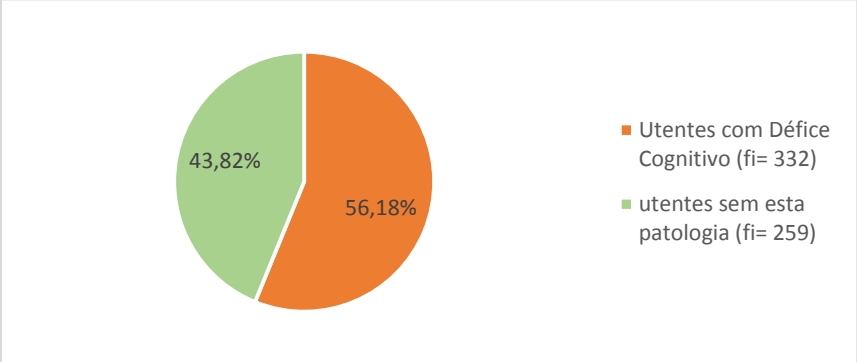


Gráfico nº 44 – Distribuição da prevalência da doença Cardiovascular nas ULDM



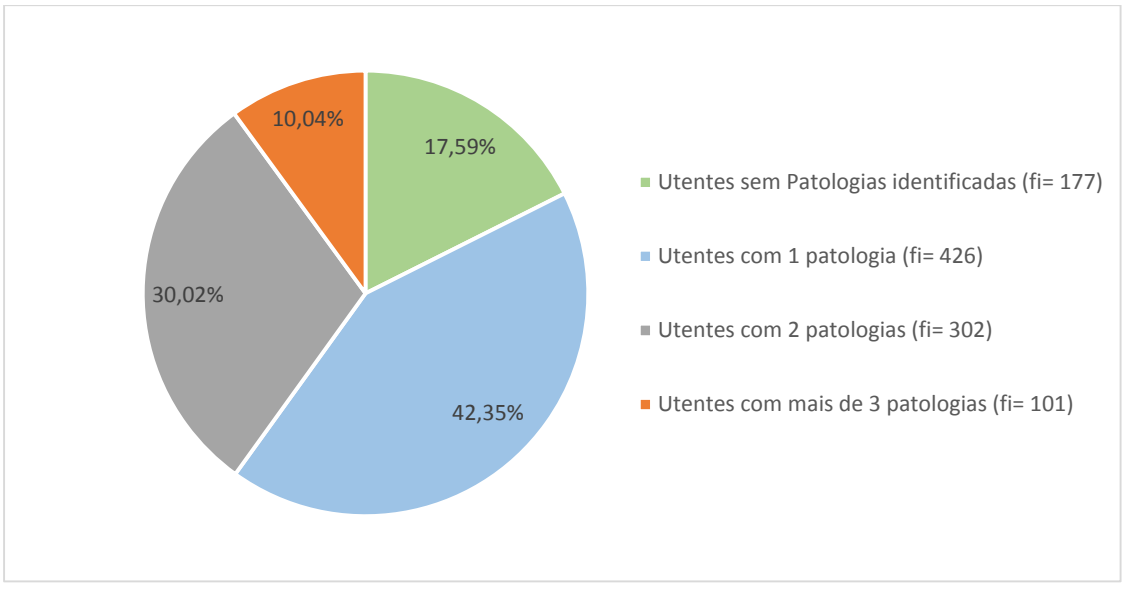
Gostaríamos de salientar a prevalência das situações de «*défice cognitivo*» nas pessoas internadas nas ULDM, que está presente em 56,18% das situações (Gráfico nº 45).

Gráfico nº 45 – Distribuição da prevalência das situações de Défice Cognitivo nas ULDM



Relativamente a esta dimensão, identificámos qual a representatividade de pessoas internadas nas unidades participantes com mais de que uma patologia, tendo-se confirmado que 30,02% das pessoas internadas apresentam duas patologias em concomitância, sendo que 10,04% apresentam mais de três patologias.

Gráfico nº 46 – Distribuição das pessoas estudadas face à presença de polipatologias



Estes resultados apontam para a complexidade e especificidade inerentes aos cuidados de enfermagem destas pessoas, sendo necessário um maior acompanhamento na garantia de uma gestão terapêutica adequada.

4. Considerações Finais

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem como objetivo a prestação de cuidados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, centrados na pessoa e adaptados às suas necessidades. Pretende ser uma nova organização nas respostas locais, reforçando o papel desempenhado pelas equipas de âmbito domiciliário (Cuidados de Saúde Primários) e uma mudança de paradigma centrada nos cuidados agudos prestados nos hospitais.

A avaliação após estes 8 anos de implementação da RNCCI e tendo em conta os seus objetivos de desenvolvimento até 2016, permite-nos considerar que o número de lugares nas equipas e camas em unidades de internamento é ainda insuficiente. Esta apreciação é reforçada ainda com fatores como o envelhecimento demográfico, o crescente número de pessoas com doenças crónicas e com patologias incapacitantes e o aumento da esperança média de vida.

Por outro lado, a distribuição geográfica das diferentes respostas e tipologias da RNCCI, criou um modelo desequilibrado no seu crescimento, produzindo-se assimetrias regionais e desigualdades no acesso aos cuidados.

Para a evolução no modelo de prestação de cuidados à população aqui considerada, deve também ser ponderada paralelamente a alteração na organização das estruturas sociais, nomeadamente para idosos, em função dos diferentes tipos de necessidades e dependências.

Para além da estrutura é também fundamental perceber a organização e funcionamento das equipas que integram esta prestação de cuidados. Assim, e no âmbito das competências da OE foi desenvolvido pela Secção Regional do Sul um estudo que permitiu caracterizar as equipas de enfermagem da Rede, sua composição e formação, identificar as pessoas internadas segundo uma metodologia de avaliação integral, identificando o nível de dependência, atividades de vida diária e polipatologia.

Verificamos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região Sul, a existência de 2.749 lugares de internamento, sendo 9% de cuidados paliativos, 13% de convalescença, 27% de média duração e reabilitação e 50% de longa duração e manutenção.

A taxa de ocupação nas unidades estudadas é elevada, sendo as mais elevadas em convalescença e em longa duração e manutenção (respetivamente 97,35% e 97,52%) o que poderá indiciar uma carência de resposta face às necessidades.

Nestas respostas é evidente a carência de enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros especialistas, condicionando assim a capacidade de resposta destes profissionais e o atingir dos objetivos terapêuticos traçados para as pessoas. Sabemos que se existissem enfermeiros em número suficiente, a qualidade assistencial à pessoa e família melhoraria exponencialmente.

Considerando os dados reportados faltam 659 enfermeiros nas unidades estudadas. Extrapolando estes dados para todo o universo da SRSul, inferimos que faltam 1.779 enfermeiros nas unidades de internamento da RNCCI, para que as pessoas internadas tenham segurança e cuidados com qualidade.

A população estudada é envelhecida, composta por 97,5% de pessoas incapazes ou dependentes para realizar as atividades de vida diárias, 40% das pessoas têm polipatologia, o que significa uma enorme necessidade em cuidados de enfermagem, associada a situações clínicas complexas.

É portanto necessário o aumento da resposta em unidades de internamento e em equipas domiciliárias, traduzindo-se em mais lugares disponíveis e uma distribuição mais próxima às necessidades das pessoas e famílias, evitando assim deslocações para áreas afastadas dos seus familiares, associado a um reforço efetivo com enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros especialistas.

Este reforço de enfermeiros, educadores para a saúde por excelência, permite também o desenvolvimento de projetos na qualificação/capacitação de cuidadores informais (família por exemplo), evitar reinternamentos, agudizações de doenças crónicas e perda de capacidades/autonomia das pessoas com alta destas unidades.

No âmbito da intervenção do Grupo de Acompanhamento da Implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros são consideradas prioridades de ação garantir a operacionalização dos princípios e a prática de governação clínica nas unidades e equipas da RNCCI.

Neste sentido, e partindo da premissa de que um estudo prospectivo surge da necessidade de planeamento bem como da percepção de uma aceleração de mudanças estruturais de diversa ordem (Silva e Bassi, 2011), poderemos considerar que a perspetiva de

acompanhamento se manterá alicerçada nos dois conceitos "*clinical governance*" e "*health governance*", que se constituem como pilares tradutores de uma estratégia de modernização do sistema de saúde.

O conceito "*clinical governance*", tem vindo a sofrer algumas alterações, sendo atualmente entendido como um sistema para melhorar os padrões da prática clínica, visando alcançar a melhor gestão da prática de cuidados, numa perspetiva de prestação de cuidados de elevada qualidade, diretamente relacionada com a tomada de decisão clínica. Simultaneamente, uma perspetiva de "*health governance*", assenta na responsabilidade individual de cada profissional, sempre integrada numa lógica de trabalho em equipa e orientada para objetivos de ganhos de saúde/bem-estar potencialmente relacionada com os resultados sensíveis nos diferentes contextos da RNCCI.

Enf. Alexandre Tomás
Presidente
Conselho Diretivo Regional

Secção Regional do Sul
Rua Castilho, n.º 59 - 8º esquerdo
1250-068 Lisboa
T:213815553 M:962128298
F:213815559
http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul

5. Referências Bibliográficas

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25 (2), pp. 59-66.

Entidade Reguladora da Saúde (2013). Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem: Ordem dos Enfermeiros.

Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº101/2006. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. "Diário da República", Lisboa, I Série A (109) 6 Junho. 2006.

Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) FEV 2014.

Silva, C.L. e Bassi, N.S.S. (2011), O Uso de Estudos Prospectivos no Processo de Políticas Públicas. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v.15, n.2, p. 315-325, jul./dez.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). Glossário – Rede Nacional de Cuidados Integrados. Lisboa: Cuidados continuados Saúde e Apoio Social.