



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Carlos Manuel Santos Junco

Determinantes e custos para o Serviço Nacional
de Saúde da permanência de utentes sem
critérios clínicos internados em ULDM

Julho de 2021



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Carlos Manuel Santos Junco

Determinantes e custos para o Serviço Nacional
de Saúde da permanência de utentes sem
critérios clínicos internados em ULDM

Tese de Mestrado

Mestrado de Gestão em Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Paula Veiga

Julho de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de escolhas e oportunidades e as nossas escolhas podem potenciar as oportunidades.

A conclusão desta exigente etapa não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas e entidades que contribuíram para que o mesmo se concretizasse.

A todos Muito Obrigado!

Não poderia deixar passar esta oportunidade para expressar a minha gratidão:

- à instituição onde trabalho, Unidade de Cuidados Continuados de Vizela, e à Santa Casa da Misericórdia de Vizela, que permitiram a flexibilidade necessária no horário de trabalho para a realização do curso. Obrigado à provedoria e ao Jorge Oliveira.

- à ECL do Alto Ave pela disponibilidade para colaborar desde o primeiro até ao último momento. Em especial à Amelia Leite, Ana Isabel, Emília Araújo e Paula Vilas.

- a todos os meus Amigos e colegas de trabalho que de alguma forma contribuíram para a finalizar este projeto. Obrigado a Toda a Equipa, Nuna Vieira, Sílvia Moreira e Matheus Corsete.

Agradeço também aos meus pais, a quem devo a minha vida toda. Sem eles nunca teria conseguido chegar até aqui.

Obrigado também à minha restante família que foram incansáveis no apoio prestado.

Um especial e sentido agradecimento à Professora Doutora Paula Veiga pela disponibilidade, compreensão e apoio incondicional. Muito Obrigado pela excelente e dedicada orientação!

Por último, aquele que considero o mais importante dos agradecimentos. Com muito amor, agradeço à minha esposa, o meu pilar sempre presente. Obrigado pelo apoio incondicional e pela compreensão. À minha filha Francisca agradeço pelo sempre caloroso beijinho e abraço que me carregava as energias.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Tal como descrito no Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, na investigação científica, a ética implica sempre o “*respeito pela dignidade da pessoa humana, pelo bem-estar animal, pelo progresso e valorização do conhecimento, pela integridade científica, pela qualidade e originalidade da investigação e pela liberdade de investigação*” (Comissão de Ética da UMinho, 2020, p. 16).

Sob compromisso de honra asseguro que qualquer informação recolhida será considerada confidencial e tratada de acordo com as regras relativas à proteção de dados pessoais e da vida privada, no cumprimento da lei e regulamentos aplicáveis, sendo apenas identificadas as instituições inseridas no estudo.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Por se tratar de um trabalho que requer obtenção de dados através dos registos no Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte um pedido de parecer para recolha de dados, sendo este aprovado (Anexo 1).

Determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM

RESUMO

O envelhecimento da população e conseqüente aumento da dependência, assim como as alterações sociais que se têm verificado nas últimas décadas nos países desenvolvidos, tornaram necessária a criação de novas respostas dos sistemas de saúde e dos sistemas sociais.

Em resposta a estes desafios, em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal. Esta rede conta com a parceria de privados e é financiada em conjunto pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). Abrange as diferentes formas de cuidados continuados de reabilitação, de paliativos e de enfermagem às pessoas com limitações físicas e mentais que necessitam de apoio. Estes cuidados podem ser prestados no domicílio ou em regime de internamento em unidades com diferentes tipologias, conforme as necessidades dos utentes.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) servem pessoas com doenças ou processos crónicos que não reúnem condições para serem cuidados em casa ou noutra tipo de resposta. As ULDM têm como objetivo dar resposta às necessidades clínicas dos utentes após a alta hospitalar, surgindo numa fase intermédia entre a alta hospitalar e a resposta definitiva para o utente, quando o seu estado clínico o permita. O tempo de permanência previsto é de 90 dias ou mais, definido de acordo com os critérios estipulados para essa tipologia de cuidados.

No entanto, devido às dificuldades de resposta da rede familiar e/ou do Estado, observa-se que muitos utentes permanecem nas ULDM mesmo após ter alta clínica. O protelamento da alta por motivos sociais acarreta custos e contribui para o bloqueio no acesso às ULDM, impedindo a admissão de novos utentes e aumentando o tempo de hospitalização dos doentes. Em 2019, a mediana do tempo da referenciação até à identificação de vaga para ingresso nas ULDM da Região Norte foi de 28,8 dias (RNCCI, 2020).

O objetivo do estudo é compreender quais são os determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) associados à permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM, pretendendo contribuir para o desenho de uma melhor resposta do sistema. Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo com uma amostra de conveniência, composta por todos os utentes das ULDM

do Alto Ave que permaneceram internados após a alta clínica, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019. A amostra é constituída por 79 indivíduos, em que 63% são do sexo feminino e 87,3% são idosos.

Durante o ano de 2019, 27% das diárias de internamento nas ULDM do Alto Ave foram ocupados por utentes sem critérios clínicos, o que representa um custo estimado em cerca de 452 874€ para o SNS.

Os determinantes do protelamento das altas são complexos. O estudo evidencia que os utentes propostos para uma vaga da responsabilidade da Segurança Social permanecem internados por mais tempo após alta clínica, sugerindo que é necessário melhorar as respostas sociais para os doentes dependentes.

Palavras chave: Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Protelamento Da Alta

Determinants and the costs for the National Health Service associated with the permanence of users without clinical criteria in ULDM

ABSTRACT

The ageing of the population and consequent increased dependency, as well as social changes that have occurred in recent decades in developed countries, made it necessary to create new solutions for health and social systems.

In response to these challenges, in 2006, the National Network for Continuous Integrated Care (RNCCI) was created in Portugal. This network has a partnership with private partners and is financed jointly by the Ministry of Health (MS) and the Ministry of Labour, Solidarity and Social Security (MTSSS). It covers different forms of continuous rehabilitation, palliative, and nursing care for people with physical and mental limitations. The care can be provided at home or in an inpatient regime in units of different types, depending on the needs of the users.

The Long-Term and Maintenance Units (ULDM) serve people with chronic illnesses or processes, who are unable to be cared for at home or in any other type of response. When the clinical status allows it, the ULDM aims to respond to the clinical needs of users after hospital discharge, appearing in an intermediate phase between hospital discharge and the definitive response for the user. The expected length of stay is 90 days or more, defined according to the criteria stipulated for this type of care.

However, due to the difficulties of the family network and/or the State to respond, it is observed that many users remain in the ULDM even after being discharged from the unit. Delaying discharge for social reasons entails costs and contributes to blocking access to the ULDM, and thus preventing the admission of new users and increasing the length of hospitalisation for patients. In 2019, the median time from referral to identification of a vacancy for admission to the ULDM in the North Region was 28.8 days (RNCCI, 2020).

The main goal of the study is to understand the determinants and the costs for the National Health Service in Portugal (SNS) associated with the permanence of users without clinical criteria in ULDM. With that also aiming to contribute to a better design of the system's response. This is a retrospective quantitative study with a convenience sample with ULDM of Alto Ave users, who remained hospitalised after clinical discharge from January 1st to December 31st, 2019. The sample consists of 79 individuals, of which 63% are female and 87.3% are elderly.

During 2019, 27% of the daily stays at the ULDM in Alto Ave were occupied by users without clinical criteria, which represents an estimated cost of around 452 874€ for the SNS.

The determinants of discharge delay are complex. The study shows that users proposed to a vacancy of social security responsibility remain in hospital for longer after clinical discharge, suggesting that it is necessary to improve social responses for dependent patients.

Keywords: National Network for Continuous Integrated Care, Long-Term and Maintenance Unit, Postponement of Discharge

ÍNDICE

Agradecimentos.....	IV
Declaração de integridade	V
Resumo.....	VI
Abstract.....	VIII
Índice de tabelas	XII
Índice de gráficos	XIII
Índice de figuras.....	XV
Siglas e abreviaturas.....	XVI
1. Introdução.....	17
2. Envelhecimento e necessidade de políticas de saúde	19
3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	24
3.1. Estrutura da RNCCI.....	26
3.2. Financiamento da RNCCI	29
3.3. Unidade de Longa Duração e Manutenção da RNCCI.....	30
4. Planeamento da alta.....	32
4.1. Redes de apoio após a alta.....	33
4.1.1. Rede de apoio informal.....	33
4.1.2. Rede de apoio formal	34
4.2. Protelamento da alta e impactos associados.....	38
4.3. Determinantes para institucionalização de longa permanência	39
5. Metodologia de investigação	42
5.1. Objetivos do estudo.....	42
5.2. Questão de investigação.....	43
5.3. Tipo de estudo	43
5.4. População, amostra e contexto do estudo	43
5.5. Instrumento de recolha de dados	44

5.6. Variáveis em estudo	44
5.7. Tratamento estatístico	46
6. Apresentação dos resultados e discussão.....	48
6.1. Caracterização da amostra.....	48
6.2. Variáveis de natureza clínica.....	51
6.3. Destino após a alta.....	53
6.4. Dias de internamento e custos associados.....	54
6.5. Determinantes do internamento após alta clínica	58
7. Conclusão	64
8. Bibliografia	67
ANEXOS.....	71
Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte para a realização do estudo	72
Anexo 2: Parecer da ECL do Alto Ave	74
Anexo 3: Tabela orientadora na recolha de dados	75
Anexo 4: Dias de internamento sem critérios até à alta – Estatística descritiva.....	76

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias da variável: Grupos de diagnósticos	45
Tabela 2 - Categorias da variável: Destino após a alta.....	46
Tabela 3 - Percentagem dos indivíduos da amostra por cada ULDM	48
Tabela 4 - Dias de internamento até à alta; Dias de internamento sem critérios até à alta; Dias de internamento sem critérios no ano de 2019.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pelo estado civil	49
Gráfico 2 - Distribuição da amostra pelo concelho onde residem	49
Gráfico 3 - Distribuição da amostra pelo número de filhos	50
Gráfico 4 - Percentagem dos indivíduos de acordo com a proveniência	51
Gráfico 5 - Distribuição da amostra pelos grupos de diagnósticos e pelos principais diagnósticos	52
Gráfico 6 - Distribuição do número de medicamentos prescritos pela amostra	52
Gráfico 7 - Distribuição da amostra de acordo com o destino após a alta (n=46).....	53
Gráfico 8 - Número de dias de internamento de cada um dos utentes da amostra (n=67)	54
Gráfico 9 - Número de dias de internamento, sem critérios clínicos, de cada um dos utentes da amostra (n=67).....	54
Gráfico 10 - Representação do internamento de cada um dos indivíduos da amostra face à existência ou não de critérios clínicos (n=79)	55
Gráfico 11 - Número de utentes que tiveram alta por período de dias de internamento (n=67)	56
Gráfico 12 - Número de utentes que tiveram alta por período de permanência após alta clínica (n=67).....	56
Gráfico 13 - Custos estimados para a região Norte e a diferença entre esse valor com o que foi pago em 2019 pelo MS às ULDM do Norte	58
Gráfico 14 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com o género (n=67)	58
Gráfico 15 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com a idade (n=67)	59
Gráfico 16 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com a área de residência (n=67).....	59
Gráfico 17 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com a existência, ou não, de coabitante previamente ao internamento (n=67).....	59
Gráfico 18 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com o número de filhos (n=67).....	60
Gráfico 19 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com o número de medicamentos prescritos por dia (n=67).....	60
Gráfico 20 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com grupo diagnóstico da admissão	61
Gráfico 21 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos em cada ULDM (n=67)	61

Gráfico 22 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos até à alta de acordo com o destino pós-alta (n=67)	62
Gráfico 23 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos tendo em conta se o utente foi ou não proposto para vaga social (n=67)	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides etárias, 2019 (estimativas) e 2080 (projeções)	20
Figura 2 - Índices de dependência (Nº), 2019 (estimativas) e 2020-2080 (projeções)	20
Figura 3 - Índice de envelhecimento (Nº), 1991-2019 (estimativas) e 2019-2080 (projeções)	21
Figura 4 - Forças e fraquezas da RNCCI	26
Figura 5 - Organograma da RNCCI	27
Figura 6 - Valores pagos pela diária de internamento na RNCCI	29
Figura 7 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018	36
Figura 8 - Evolução da taxa de cobertura das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 2008-2018	37
Figura 9 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018	37
Figura 10 - Percentagem dos indivíduos da amostra por género	48
Figura 11 - Percentagem dos indivíduos da amostra por faixa etária e género	49

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD - Atividades da Vida Diária

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

ECR - Equipa de Coordenação Regional

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

HSO - Hospital da Senhora da Oliveira

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MS - Ministério da Saúde

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração E Reabilitação

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no plano de estudos do segundo ano do Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde do ano letivo 2020/2021. O estudo tem como objetivo geral compreender os determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

O envelhecimento demográfico, proporcionado pelo aumento da esperança de vida e pela diminuição da natalidade, as alterações no padrão epidemiológico¹ associado às doenças, bem como as alterações dos comportamentos sociais e familiares na sociedade portuguesa, implicam novas necessidades sociais e de saúde. Estas necessidades requerem respostas novas e diversificadas por forma a satisfazer o incremento esperado da procura por parte da população (DGS, 2006).

Para fazer face a esta nova realidade e pela necessidade de adoção de políticas diferenciadas, o sistema de saúde e assistência social foram reconfigurados. Nesta perspetiva vários marcos históricos e parcerias entre o Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSSS) culminaram com a criação da atual Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006. A RNCCI abrange as diferentes formas de cuidados continuados de reabilitação, de paliativos e de enfermagem às pessoas com limitações físicas e mentais que necessitam de apoio. Estes cuidados podem ser prestados no domicílio ou em regime de internamento em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) com diferentes tipologias, de acordo com a complexidade dos cuidados que o utente requer e com o seu potencial para a reabilitação.

A RNCCI veio dar resposta às necessidades clínicas dos utentes após a alta hospitalar, surgindo numa fase intermédia entre a alta hospitalar e a resposta definitiva para o utente, quando o seu estado clínico o permita, seja o regresso ao domicílio ou a institucionalização em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

A carência de respostas sociais a jusante das UCCI causa dificuldades na alta dos utentes internados nas unidades (RNCCI, 2013), quando o regresso a casa não é possível por incompatibilidade de apoio familiar. Por sua vez, esta problemática contribui para o uso ineficiente dos recursos do sistema de saúde, incluindo a permanência desnecessária em contexto hospitalar. Em 2019, a mediana do tempo da referenciação até à identificação da vaga, para ingresso nas ULDM da Região Norte, foi de 28,8 dias

¹ Alterações na frequência ou distribuição das doenças, assim como dos seus fatores condicionantes e determinantes.

(RNCCI, 2020). A permanência de utentes após alta clínica nas UCCI sem critérios pode contribuir para a degradação da saúde dos indivíduos e tem ainda elevados custos para o SNS.

O objetivo deste estudo é compreender os determinantes associados à permanência de utentes nas ULDM sem critérios e estimar os custos diretos associados, com vista a contribuir para a discussão sobre a melhoria dos processos internos e externos nas unidades. O estudo usa dados das ULDM da área de abrangência da Equipa Coordenadora Local (ECL) do Alto Ave.

Este trabalho encontra-se estruturado em três fases: conceptual, metodológica e empírica. Na fase conceptual é feita uma revisão bibliográfica. Na fase metodológica é descrito o tipo de estudo, participantes, método de recolha e análise de dados. Na fase empírica é feita a apresentação dos dados e respetiva discussão.

Ao longo do estudo, serão assegurados e respeitados todos os procedimentos de garantia da confidencialidade, bem como do rigor na recolha de dados.

2. ENVELHECIMENTO E NECESSIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE

O envelhecimento é um processo complexo influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais (DGS, 2006). A combinação destes fatores pode ocorrer sem que haja relação com a idade (Squire, 2005). Em termos estatísticos, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2020).

Os dados da população portuguesa evidenciam a diminuição da população residente e o seu rápido envelhecimento. Em 2019, o saldo natural² foi negativo pelo décimo primeiro ano consecutivo. A população residente em Portugal foi estimada em 10 295 909 de pessoas (INE, 2020). Este valor representa uma diminuição de 342 804 habitantes relativamente ao ano de 2009 (diminuição de cerca de 3,2% neste período) (INE, 2009). A par do crescimento negativo do saldo natural, Portugal mantém a tendência de rápido envelhecimento demográfico.

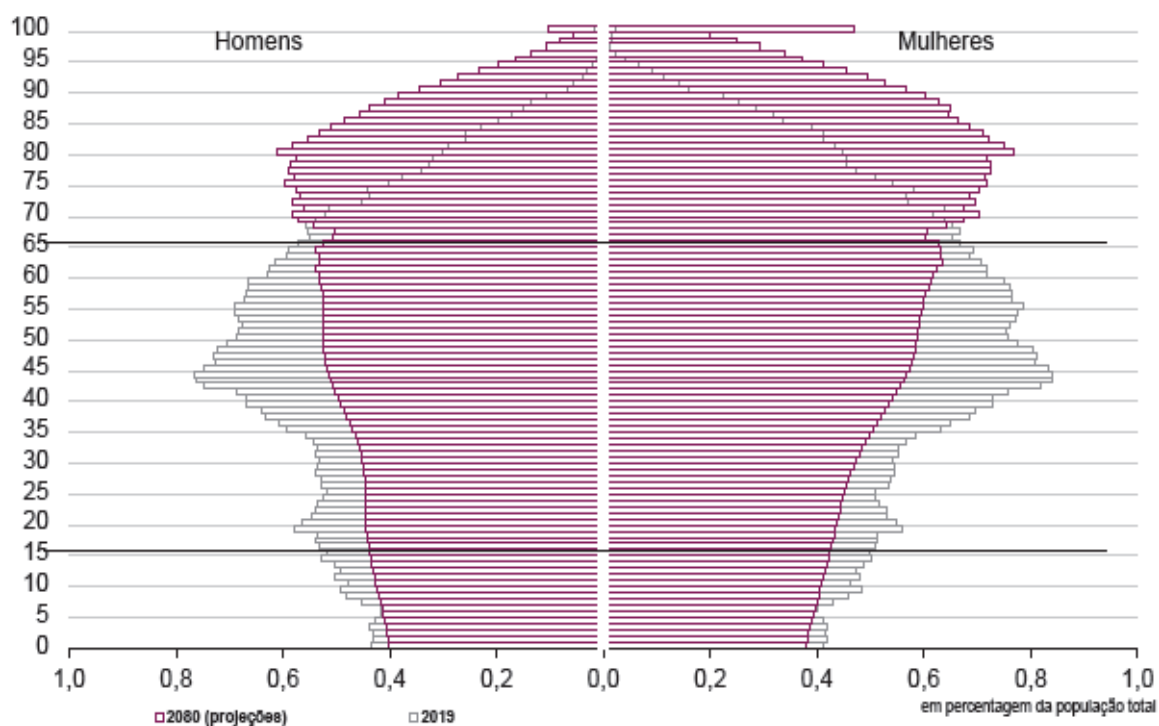
Entre 2014 e 2019 verificou-se um aumento da idade mediana da população residente de 43,5 para 45,5 anos. No período de 2017-2019 a esperança de vida à nascença em Portugal era de 77,95 anos para os homens e de 83,51 anos para as mulheres. Só no ano de 2019, o número de pessoas idosas aumentou em 175 257 indivíduos, representando cerca de 22,1% da população residente. De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística, o envelhecimento demográfico acentuar-se-á nas próximas décadas (Figura 1). O índice de dependência³ (Figura 2), tal como o índice de envelhecimento⁴ (Figura 3), irá quase duplicar até 2080. Em Portugal, o índice de envelhecimento da população em 2019 era de 163,2, o que significa que por cada 100 jovens (com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) existiam 163 idosos (INE, 2020).

² “Saldo natural é a diferença entre o número de nados-vivos e o número de óbitos, num dado período de tempo” (INE, 2020, p. 169).

³ “Índice de dependência é a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos)” (INE, 2020, p. 169).

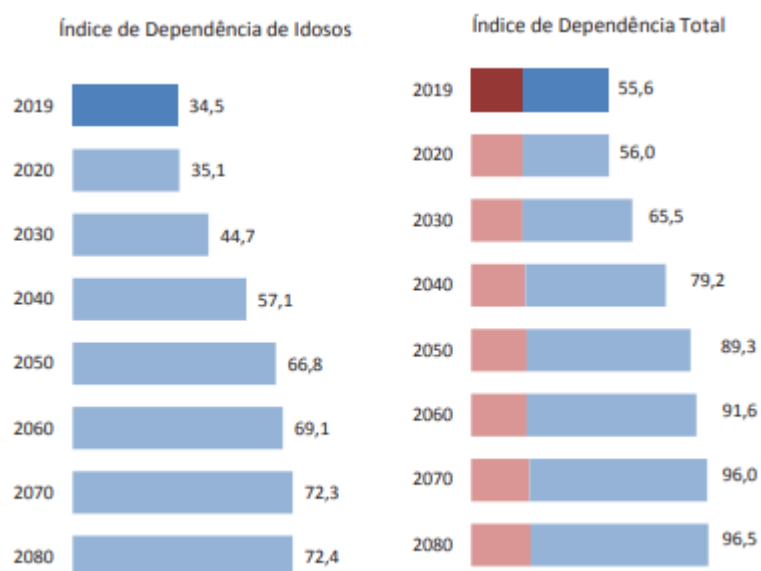
⁴ “Índice de envelhecimento é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos” (INE, 2020, p. 169).

Figura 1 - Pirâmides etárias, 2019 (estimativas) e 2080 (projeções)



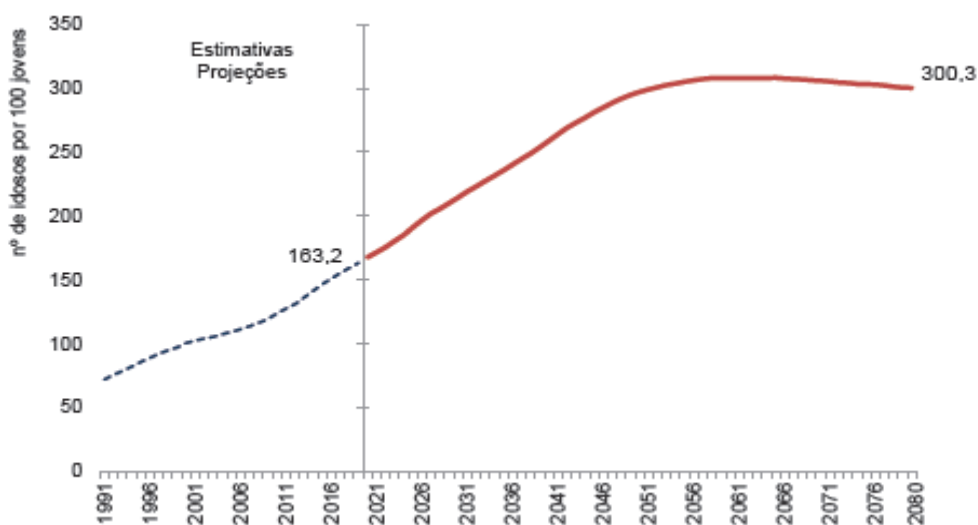
Fonte: (INE, 2020, p. 31).

Figura 2 - Índices de dependência (N°), 2019 (estimativas) e 2020-2080 (projeções)



Fonte: (INE, 2020, p. 33).

Figura 3 - Índice de envelhecimento (Nº), 1991-2019 (estimativas) e 2019-2080 (projeções)



Fonte: (INE, 2020, p. 31).

O envelhecimento da população, associado ao aumento da esperança de vida, contribui para o aumento da prevalência de doenças crónicas e para o aumento do grau de dependência. Em Portugal, os idosos relatam um rápido declínio da saúde e um elevado nível de incapacidade (Correia, Ferreira, Pinto, Valente, & Veiga, 2017).

A (DGS, 2006, p. 12) no Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas enumera alguns fatores condicionantes para a saúde, autonomia e qualidade de vida dos idosos, sendo eles: “*a patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inadaptações do meio habitacional...*”

Na literatura há uma importante discussão sobre o peso do envelhecimento no aumento da despesa de saúde. Os dados não sugerem que o envelhecimento seja o principal responsável pelo crescimento dos custos de saúde (Rechel, et al., 2013) (Pita Barros, 1988) (Estevens, 2017), mas o envelhecimento associado ao aumento de doenças crónicas de longa duração são uma importante componente dos custos de saúde (Petronilho, 2016).

A criação de políticas que promovam o envelhecimento ativo para uma população com saúde e autonomia traduzir-se-á também de forma inquestionável na redução dos gastos de saúde e no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2006). Mesmo com políticas adequadas que promovam a saúde da população mais envelhecida, as doenças crónicas e prolongadas deverão ser sempre uma realidade. Os recursos sociais e de saúde disponíveis nem sempre conseguem acompanhar a evolução

das necessidades desta população, colocando-a em situações de fragilidade. A resposta de um país relativamente aos recursos de saúde a que a população tem acesso vai ditar a qualidade de vida da mesma.

Uma pessoa com dependência, idosa ou não, não consegue, por si só, realizar as suas atividades da vida diária⁵ (AVD), por falta de autonomia física, psíquica ou intelectual. A intensidade destas limitações e a sua etiologia pode ser muito variável. Podem advir de uma doença crónica, demência, sequelas pós-traumáticas, doença incurável em fase avançada e ausência ou escassez de apoio familiar (Ministério da Saúde, 2006).

De forma a suprir as dependências surge a necessidade da existência de um cuidador que assegure a prestação de cuidados, situação que muitas vezes não é possível no contexto familiar dos utentes. Em alternativa, cabe aos governos promover políticas que deem resposta às necessidades da pessoa dependente e da sua família, e que sejam economicamente viáveis. Os cuidados continuados têm sido uma das respostas em muitos países ocidentais (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018) (ERS, 2015). De acordo com a (OECD/Eurostat/WHO, 2017, p. 88), *os “cuidados de longa duração consistem nos serviços médicos e de cuidados pessoais cujo objetivo principal é aliviar a dor e o sofrimento e reduzir ou gerir a deterioração do estado de saúde em pacientes com um grau elevado de dependência”*⁶. A configuração dos cuidados continuados e os modelos de financiamento diferem entre os países. Para uma revisão ver (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018) e (ERS, 2015).

A evidência sugere que subsidiar os cuidados de saúde continuados reduz ineficiências dos cuidados hospitalares (Costa-Font, Jimenez-Martin, & Vilaplana, 2018) (Moura, 2021) e está associada a ganhos de saúde (Martins, Henriques, & Carvalho, 2018) (Kim & Yang, 2005).

(Costa-Font, Jimenez-Martin, & Vilaplana, 2018) encontraram evidência robusta que a expansão dos cuidados continuados reduziu o internamento e a utilização dos cuidados de saúde em Espanha. Os autores estimaram ainda que a rede de cuidados continuados (Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia – SAAD) tem um impacto na redução dos custos hospitalares em cerca de 11%. (Moura, 2021) nota o impacto positivo da RNCCI na redução do número de dias de internamento nos hospitais portugueses.

⁵ “As atividades de vida diária (AVD) são as atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

⁶ Tradução do autor.

(Kim & Yang, 2005) estudaram o custo e a eficácia dos cuidados continuados para utentes com AVC. Os resultados indicam que os indivíduos com um nível mais baixo de dependência física/cognitiva tendem a beneficiar mais do serviço de saúde domiciliar, enquanto aqueles com um alto nível de dependência recebem cuidados mais adequados em regime de internamento.

3. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI foi criada no sentido de fazer face às necessidades de saúde atuais, acompanhando as alterações do padrão epidemiológico influenciado pelo envelhecimento demográfico. A RNCCI foi criada, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, como um modelo de intervenção integrado e/ou articulado do MS e do MTSSS. Apresenta-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, que se situa entre os cuidados de saúde comunitária e os cuidados de saúde hospitalares, constituído por tipologias de internamento e de cuidados domiciliários (Ministério da Saúde, 2006).

A RNCCI surge como um novo modelo de prestação de cuidados, com parcerias com o sector social e privado (Ministério da Saúde, 2006). Estas parcerias têm por base instituições já existentes, onde a sua coluna dorsal são as instituições sem fins lucrativos e privadas, conhecidas como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), sendo as Misericórdias, de todas as instituições, as principais fornecedoras destes cuidados (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018).

Integra-se numa política de melhoria da qualidade de vida dos utentes, ao promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades (Ministério da Saúde, 2006). São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de um episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica (Instituto da Segurança Social, I.P., 2019).

A (UMCCI, 2009), no Guia da RNCCI, considerou como estratégicos à intervenção desta rede de cuidados os seguintes objetivos:

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

Corresponder aos objetivos acima expostos tem sido o desafio das entidades inseridas na RNCCI.

Conforme descrito no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (Ministério da Saúde, 2006), o acesso à Rede encontra-se restrito a pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Idosos com critérios de fragilidade;
- d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Desde a sua criação, a expansão da RNCCI tem sido notória. Em 2007 o número de camas era de 1808 e aumentou para 8400 em 2016. Este crescimento foi acompanhado pelo crescimento das equipas e das estruturas. O número de utentes tratados aumentou de 3.6 por mil habitantes com mais de 65 anos para 23.1 em 2016 (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018).

Os gastos públicos com a RNCCI têm vindo continuamente a aumentar, a um ritmo superior ao dos gastos de saúde e do Produto Interno Bruto. Em 2007 representavam cerca de 17 milhões de euros, o que contrasta com os aproximadamente 172.4 milhões de euros em 2016. Em 2015, os gastos representavam cerca de 11% dos gastos correntes da despesa de saúde (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018).

Apesar do crescimento dos gastos nesta tipologia de cuidados, considerando os gastos em saúde e os gastos sociais, Portugal está entre os países europeus que menos gasta em cuidados com pessoas dependentes⁷. Os gastos públicos representam cerca de 50% do total dos gastos, valor inferior à maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Destaca-se como o país que proporcionalmente mais gasta em cuidados sociais, cerca de 80%.

(Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018) descrevem os pontos fortes e fracos da RNCCI de acordo com a Figura 4.

⁷ Os dados referentes a cuidados continuados compilados pela OCDE incluem gastos com cuidados de saúde e cuidados sociais. Excluem pagamentos a cuidadores informais (OECD, 2020).

Figura 4 - Forças e fraquezas da RNCCI

Forças
<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento de uma lacuna no SNS;• Cobertura universal para cuidados de longa duração;• Múltiplas fontes de financiamento;• Diferentes tipos de tipologias de acordo com o tipo de cuidados necessários;• Aumento sustentado de referenciação e admissões à RNCCI;• A existência de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos autónoma;• Liberta camas em ambiente hospitalar.
Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Predominância da institucionalização em relação aos cuidados domiciliários;• Assimetrias regionais na prestação de cuidados;• Modelo de financiamento baseado no número de dias de prestação de cuidados;• Não há consequências para o não cumprimento do tempo de internamento esperado definido para cada tipologia de cuidados, o que contribui para aumentar custos e listas de espera;• O instrumento usado para avaliar o nível de dependência não permite uma avaliação completa de cada indivíduo, limitando qualquer análise comparativa entre as diferentes tipologias.

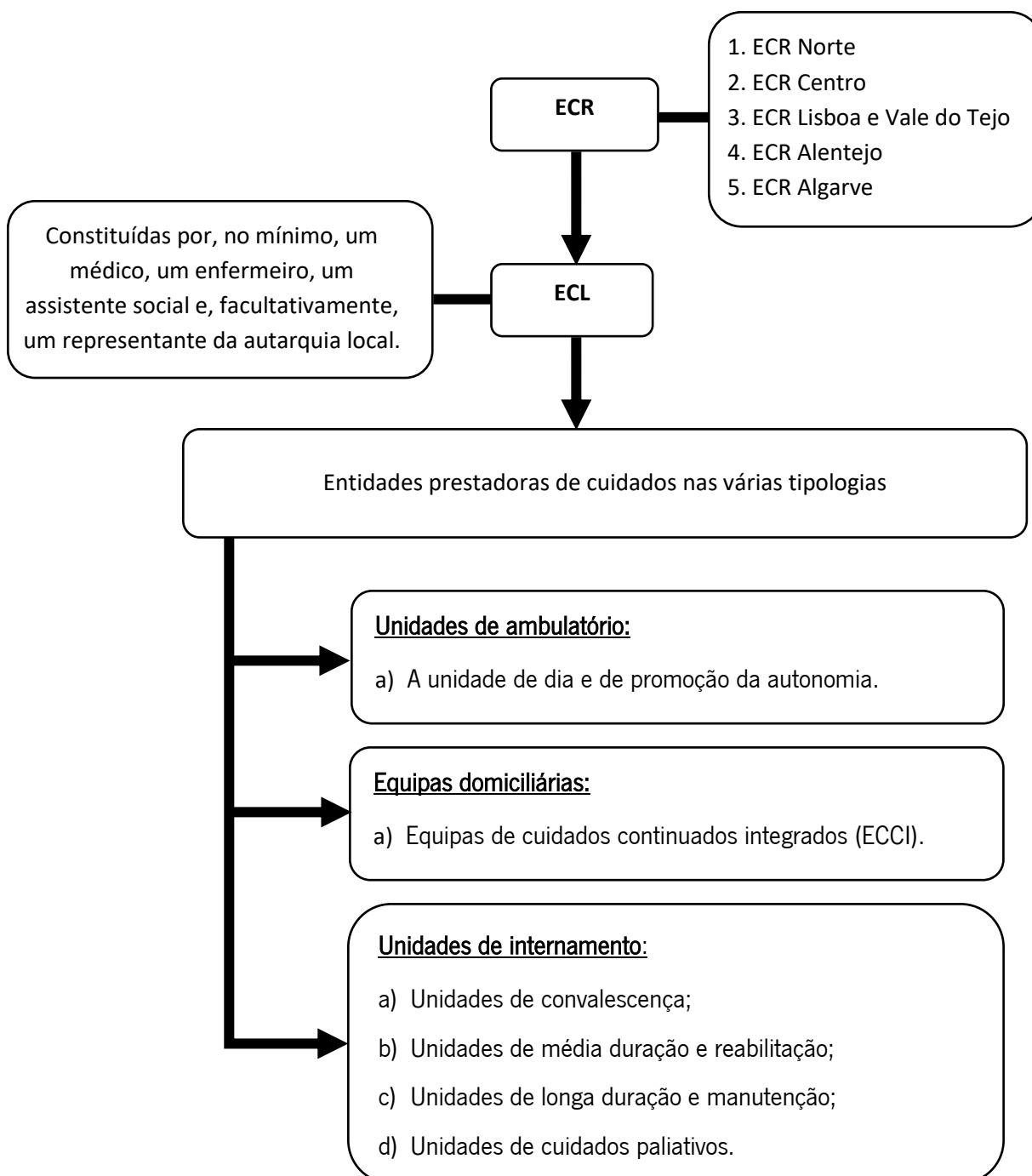
Fonte: Adaptado de (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018).

3.1. Estrutura da RNCCI

A coordenação da RNCCI a nível nacional, no que concerne à sua constituição e competências, é definida por despacho conjunto do MTSSS e do MS.

A nível regional é assegurada por cinco Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) que coordenam as ECL na sua região. Estas últimas, por sua vez, desempenham a sua ação de coordenação a nível local com os prestadores da sua área de abrangência de acordo com o organograma representado na Figura abaixo.

Figura 5 - Organograma da RNCCI



Fonte: Criado pelo autor baseado em (Ministério da Saúde, 2006).

A RNCCI está organizada segundo diferentes tipologias, de forma a abranger o maior número de carências possível, direcionando a sua ação não só ao utente como também à sua família.

As unidades de dia e de promoção da autonomia funcionam 8 horas por dia nos dias uteis e têm como finalidade a prestação de cuidados ao utente com dependência, bem como a promoção de da autonomia e apoio social (Ministério da Saúde, 2006).

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados tem como finalidade a prestação de cuidados de enfermagem, médicos, de reabilitação e de apoio social ao domicílio a utentes com rede de apoio funcional, cuja situação não requer internamento e que não possuem condições para se deslocarem de forma autónoma (Ministério da Saúde, 2006).

As unidades de internamento têm como finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação da pessoa, bem como proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2006).

O ingresso do utente é proposto, para uma das tipologias da RNCCI, pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos hospitais ou pelo médico de família do centro de saúde. Posteriormente a proposta é validada pela ECR, tendo em conta os serviços que cada unidade oferece⁸ e a situação clínica da pessoa (Ministério da Saúde, 2006).

Para além da necessidade de estabilização clínica e/ou potencial de recuperação do utente, outro fator que pesa na escolha da tipologia de cuidados é o período limite de internamento afeto a cada tipologia, a contar após a admissão, nomeadamente:

- Unidades de convalescença: internamentos com previsibilidade até 30 dias;
- Unidades de média duração e reabilitação (UMDR): previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos;
- ULDM: período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

Havendo uma situação social compatível com a possibilidade de prestação de cuidados no domicílio a resposta preferencial é a ECCI.

Nas ULDM, por forma a proporcionar o descanso do cuidador principal, também podem ser propostos internamentos até 90 dias por ano.

Com vista a atingir o potencial máximo, no que concerne à estabilização clínica, ganhos na autonomia e na qualidade da vida, a RNCCI permite a mobilidade entre as suas tipologias (Ministério da Saúde, 2006).

⁸ Os serviços que cada unidade oferece estão definidos no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (Ministério da Saúde, 2006).

3.2. Financiamento da RNCCI

O financiamento da RNCCI é feito em função da tipologia e obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva (Ministério da Saúde, 2006). Os custos do internamento numa Unidade de Convalescença e o apoio domiciliário da ECCI são da responsabilidade integral do MS, portanto gratuitos para a pessoa que usufrui desses serviços. O financiamento das restantes tipologias é repartido pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados. A pessoa que usufrui do internamento na ULDM e UMDR, comparticipa de acordo com o seu rendimento e do seu agregado familiar (Ministério da Saúde, 2006).

Os preços são revistos anualmente, de forma a assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade. No ano de 2019 os preços em vigor foram fixados através de Portaria em Diário da República (Ver Figura 6) (Ministério das Finanças, 2019).

Figura 6 - Valores pagos pela diária de internamento na RNCCI

Tipologia de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utentes/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia).	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia).	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia).	Total (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Unidade de convalescença	93,57	15,52			109,09
Unidade de cuidados paliativos	93,57	15,52			109,09
Unidade de média duração e reabilitação	57,67	12,41	20,49		90,57
Unidade de longa duração e manutenção	19,25	10,34	31,38	1,28	62,25
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e promoção de autonomia	9,91				9,91

Fonte: (Ministério das Finanças, 2019).

Os valores pagos incluem os encargos com a saúde e com medicamentos, realização de exames e tratamento de úlceras de pressão, que são da responsabilidade do MS. Os encargos com cuidados de apoio social e utilização de fraldas são da responsabilidade do MTSSS em parceria com o utente. O valor pago pelo utente é calculado tendo em conta os seus rendimentos e do agregado familiar. No caso das ULDM, em 2019, os prestadores recebiam 62,25€ por dia, por cada utente, sendo que no máximo o utente paga 31,38€. O MS paga por cada utente o valor fixo de 29,59€⁹ por dia, mesmo que o utente não tenha critérios clínicos para a manutenção do internamento em ULDM.

⁹ Este valor inclui os encargos com os cuidados de saúde e os encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de pensos para tratamento de úlceras de pressão (Ver Figura 6) (Portaria n.º 17/2019, 2019-01-15).

3.3. Unidade de Longa Duração e Manutenção da RNCCI

Como referido anteriormente, tem sido feito um forte investimento nos cuidados continuados, desde a sua criação, verificando-se um aumento do número de vagas.

No caso das ULDM da RNCCI o número de camas de internamento em 2010 era de 2286, passando para 4916 em 2019, o que representa um aumento na ordem dos 115% (Ministério da Saúde, 2019). O crescimento tem sido, no entanto, insuficiente, já que as unidades de internamento, a nível nacional, apresentam uma elevada taxa de ocupação, verificando-se diariamente dificuldade na gestão de altas dos utentes internados na rede (RNCCI, 2020).

No final do ano de 2019 a Região Norte contava com 1623 camas para ULDM, o que perfaz ao longo de todo o ano 592 395 diárias de internamento. No entanto, tendo em conta a taxa de ocupação de 99% (RNCCI, 2020), assumi que estiveram ocupadas no ano de 2019 cerca de 586 471 diárias de internamento.

No decorrer do ano de 2019 foram assistidos 12 133 utentes nas ULDM da RNCCI, esta população é maioritariamente feminina (56,2%) e envelhecida (83,9% têm idade superior a 65 anos) (MTSSS, 2019 a). Destes, foram assistidos 3908 nas ULDM do Norte (RNCCI, 2020).

Relativamente aos diagnósticos principais que motivaram a referenciação em 2019 para ULDM: 11,2% dizem respeito a doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC); 8,6% a degenerações cerebrais; 6,4% a doença vascular cerebral não classificável em outra parte ou mal definida; 4,3% a úlcera crónica da pele (Ministério da Saúde, 2019).

A ECL do Alto Ave, inserida na Região Norte, abrange os concelhos de Cabeceiras de Basto, Fafe, Guimarães, Mondim de Basto e Vizela. Nesta área de abrangência em 2019 existiam 5 ULDM, nomeadamente:

- ULDM Nespereira, com lotação máxima para 30 utentes;
- ULDM Vizela, com lotação máxima para 30 utentes;
- ULDM Guimarães, com lotação máxima para 35 utentes;
- ULDM Cabeceiras de Basto, com lotação máxima para 31 utentes;
- ULDM Medelo, com lotação máxima para 22 utentes de janeiro a março de 2019, e com 34 utentes após abril de 2019, por ter aumentado mais 12 vagas nesta tipologia.

De acordo com informação fornecida pela ECL do Alto Ave foram admitidos 436 utentes nestas ULDM no decorrer do ano de 2019.

Tendo em conta a lotação máxima de cada ULDM, nos 365 dias do ano de 2019 as ULDM da ECL do Alto Ave disponibilizaram um total de 57 320 diárias de internamento. No entanto, uma vez que em 2019 na região Norte a taxa de ocupação das ULDM situou-se nos 99% (RNCCI, 2020), assumi que nas ULDM da ECL do Alto Ave os utentes internados ocuparam aproximadamente 56 747 diárias de internamento, que representa cerca de 9,68% da totalidade da ocupação do Norte.

4. PLANEAMENTO DA ALTA

No Manual de Planeamento e Gestão de Altas a (UMCCI, 2012) define os critérios de admissão e que justificam a manutenção do internamento nas ULDM, nomeadamente: a necessidade de ajuda para as AVD, a necessidade de cuidados de enfermagem prestados durante 24 h/dia e não ter condições de segurança que permitam a permanência do utente no domicílio ou outra resposta social.

Durante o internamento devem ser criadas condições para que cada um dos utentes permaneça internado apenas o tempo necessário para tratar a sua situação clínica, sendo que deve ter alta quando se encontra em situação clínica estável e quando deixa de cumprir esses critérios (UMCCI, 2012, p. 4). No entanto, para que seja efetivada a alta são necessárias condições sociais que permitam a saída do utente da instituição (alta social).

O processo da alta visa integrar a pessoa com dependência na comunidade, assegurando que receberá os cuidados adaptados às suas necessidades clínicas e sociais, tendo como base a promoção da segurança e qualidade de vida após a alta. Esta transferência de cuidados para a comunidade passa pela integração da pessoa na rede familiar e/ou redes de apoio formal.

O planeamento da alta, procedimento desenvolvido durante o internamento do utente, é da responsabilidade da equipa multidisciplinar e tem como objetivo garantir a alta da pessoa em segurança de modo a dar resposta às suas necessidades, a todos os níveis, após a alta da RNCCI.

Este planeamento é um processo dinâmico que deve ter início no momento da admissão e, segundo Mackeehnan, citado por (Borges, Teodora, & Valente, 2006, p. 17), passa pelas seguintes etapas:

“1º - Identificação do utente e das suas necessidades

2º - Diagnóstico dos problemas detetados na fase anterior;

3º - Planeamento de soluções para ultrapassar os problemas detetados

4º - Implementação dos planos escolhidos pela equipa de Planeamento de Altas;

5º - Avaliação dos planos implementados.”

Considero que essas etapas se mantêm atualizadas e devem ter em conta, concomitantemente, todo o plano de intervenção individual do utente onde constam os objetivos do internamento, diagnósticos

e intervenções de toda a equipa multidisciplinar. Neste plano são abordados todos os problemas do utente, encarados de forma holística, quer seja no âmbito clínico, de reabilitação ou social.

4.1. Redes de apoio após a alta

Quando um utente não é autónomo na realização das suas AVD por apresentar limitações funcionais, sejam de ordem permanente ou transitória, necessita de recorrer a uma rede de suporte. Neste sentido, existem dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência: as redes informais e as redes formais de proteção social. Ambas poderão funcionar em separado ou conjuntamente de forma a promover a reinserção do utente de um modo seguro (Sá, 2012)

4.1.1. Rede de apoio informal

Os cuidadores informais podem ser a família, amigos e/ou vizinhos que assumem determinadas responsabilidades relacionados com as necessidades da pessoa, sejam para a prestação de cuidados diretos ou apenas para supervisão de forma permanente ou ocasional. Também estão incluídos nesta rede informal aqueles que prestam apoio em atividades sociais e de lazer (Sequeira, 2010).

Têm vindo a ser desenvolvidas medidas que vêm apoiar os cuidadores neste papel. O Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro) regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio (Assembleia da República, 2019).

O (Instituto da Segurança Social, IP, 2021) define que o estatuto de cuidador informal é atribuído a maiores de idade, cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, devendo apresentar capacidade física e psicológica para prestar os devidos cuidados.

O cuidador informal pode ser considerado como principal ou não principal, de acordo com a seguinte definição: o cuidador informal principal presta cuidados de forma permanente, coabita com a pessoa cuidada e não auferir qualquer remuneração pela atividade de cuidador. Já o cuidador informal não principal não presta cuidados de forma permanente e pode auferir ou não uma remuneração pelo papel de cuidador (Instituto da Segurança Social, IP, 2021)

A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro previa o início da aplicação de medidas de apoio aos cuidadores a 1 de junho de 2020, inicialmente num projeto-piloto com duração de 12 meses. Este

projeto-piloto foi disponibilizado apenas em 30 concelhos do território nacional (Instituto da Segurança Social, IP, 2021). O projeto-piloto do estatuto do cuidador informal teve início posterior ao período deste estudo e é visto como um passo muito importante na definição de alguns apoios para fazer face às necessidades desta população.

A família é o principal pilar de apoio à pessoa com dependência, assumindo assim frequentemente a responsabilidade dos cuidados diários necessários (Sequeira, 2010). A evolução da sociedade e as mudanças nas dinâmicas familiares promoveram uma diminuição da disponibilidade para cuidar dos membros da família com dependência, o que se traduz numa grande procura dos serviços sociais (Giddens, 2010). A dificuldade das famílias para prestar apoio é também condicionada pelas necessidades/complexidade de cuidados do utente e/ou disponibilidade da mesma.

Compete ao Estado criar respostas adequadas às necessidades da população, promovendo medidas de incentivo à criação de novos recursos sociais de apoio que podem ser combinados com os recursos das famílias (Giddens, 2010).

4.1.2. Rede de apoio formal

O apoio formal é prestado por cuidadores integrados numa atividade profissional remunerada. Pode ser referente a uma instituição ou não, mas são profissionais qualificados para o desempenho deste papel (Sequeira, 2010). Podem ser prestados por instituições privadas ou IPSS.

O (Instituto da Segurança Social, IP, 2017) criou um guia prático onde constam os apoios sociais direcionados para pessoas idosas, definindo-os como sendo:

“um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas cujo objetivo é privilegiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família” (Instituto da Segurança Social, IP, 2017, p. 4).

Tendo em conta o grau de autonomia das pessoas idosas e as necessidades destes e dos seus familiares, existem 7 tipos de respostas sociais a que poderão recorrer:

- Serviço de apoio domiciliário (SAD): trata-se de uma equipa que presta cuidados e/ou serviços ao domicílio direcionados a famílias e/ou pessoas, em situação de dependência, que não tenham a capacidade para satisfazer de forma autónoma as suas AVD ou atividades instrumentais da vida diárias. Este serviço presta apoio na higiene e alimentação dos utentes e na higiene da habitação e tratamento de

roupas. Visa promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas e evitar/adiar ao máximo o recurso a ERPI;

- Centro de convívio: promovem atividades recreativas e culturais direcionadas para a pessoa idosa, contribuindo assim para prevenir a solidão e o isolamento;

- Centro de dia: são valências que prestam serviços que visam a satisfação das necessidades dos utentes durante o dia. Apresenta-se como uma alternativa às famílias que, durante o dia, por questões profissionais, estão impossibilitadas de prestar os devidos cuidados à pessoa com dependência. Contribuem para a manutenção dos utentes no seu meio social e familiar;

- Centro de noite: resposta que acolhe pessoas idosas com autonomia que vivem sozinhas, mas que requerem acompanhamento durante a noite por se sentirem inseguras ou isoladas;

- Acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência: composto por famílias idóneas, com competências e condições habitacionais, que podem acolher até 3 pessoas que se encontrem em situação de insegurança ou sem apoio social e familiar. Também promovem que seja evitado/adiado ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas;

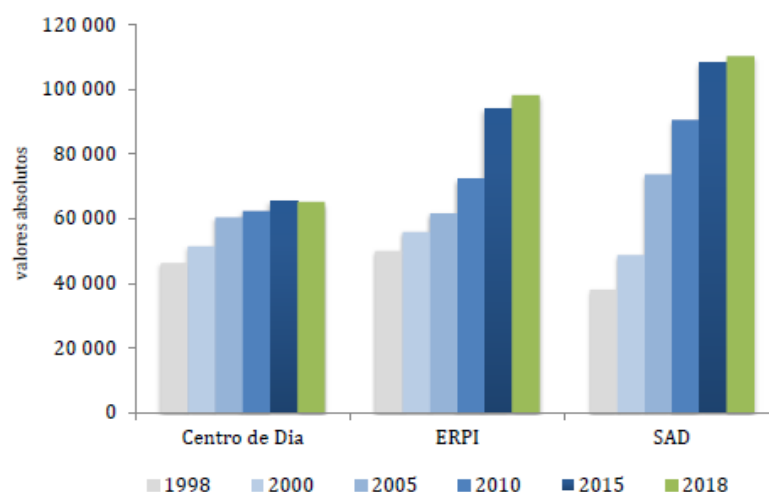
- Estrutura residencial para pessoas idosas: resposta criada para promover a institucionalização, temporária ou permanente, de pessoas idosas que desenvolve atividades de cariz social e oferece também cuidados de enfermagem (Instituto da Segurança Social, IP, 2017).

As respostas sociais acima enunciadas são dirigidas preferencialmente a pessoas idosas. As inscrições são efetuadas diretamente nas instituições que prestam os serviços, que constituem uma lista de espera e posteriormente gerem a admissão dos utentes de forma autónoma. O pagamento é determinado em função dos rendimentos da família (Instituto da Segurança Social, IP, 2017).

Há que salientar que algumas instituições têm acordos que preveem que uma percentagem da ocupação das ERPI seja destinada a uma reserva de vagas da responsabilidade da Segurança Social, ou seja, a ocupação destes lugares reservados é gerida pelos serviços competentes da Segurança Social e destinam-se a utentes que se encontrem propostos para vaga social, ou seja, possuem critérios de fragilidade social ou económica que justifiquem a integração nestas vagas (MTSSS, 2019 b).

No que diz respeito à Rede de Serviços e Equipamentos Sociais¹⁰, as respostas sociais com maior representatividade são as ERPI, o Centro de dia e o SAD. Desde 1998 até 2018 houve um aumento (89%) do número destas respostas. Paralelamente, houve também no mesmo período um aumento significativo do número de lugares/capacidade (104%), representando mais 139 700 novos lugares, o que totaliza em 2018 cerca de 274 000 lugares para centro de dia, SAD e ERPI. Pela análise da Figura 7 é notório que a capacidade do SAD é superior às restantes possibilidades (MTSSS, 2019 b).

Figura 7 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018



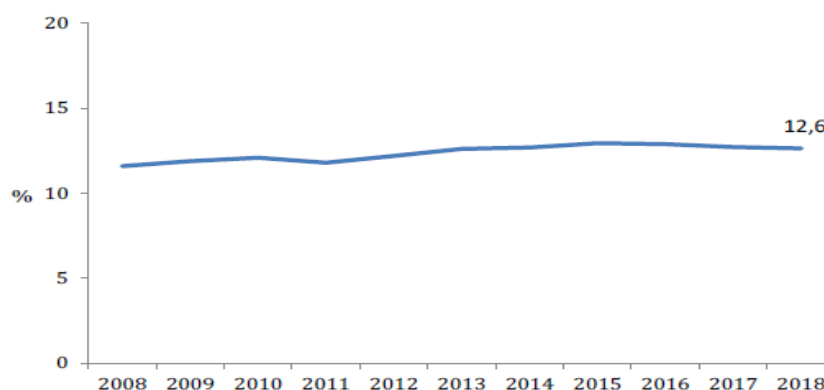
Fonte: (MTSSS, 2019 b, p. 44).

Apesar de ser significativo o aumento de respostas sociais ao longo dos anos, podemos verificar que este aumento não se refletiu na taxa de cobertura¹¹ (Figura 8), tendo em conta que o número de pessoas idosas também tem aumentado ao longo dos anos.

¹⁰ “Traduz-se na oferta de um conjunto alargado de respostas sociais, direcionadas sobretudo para os grupos mais vulneráveis, com um papel determinante no combate às situações de pobreza, assim como na promoção da inclusão social e da conciliação entre a atividade profissional e a vida pessoal e familiar” (MTSSS, 2019 b, p. 11).

¹¹ “Para o cálculo da taxa de cobertura foi considerado o número total de lugares existentes e a população de referência da(s) resposta(s) em análise” (MTSSS, 2019 b, p. 26).

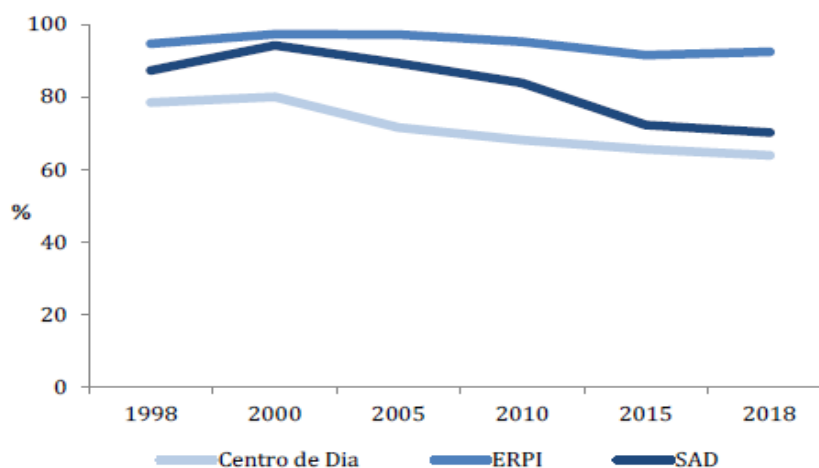
Figura 8 - Evolução da taxa de cobertura das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 2008-2018



Fonte: (MTSSS, 2019 b, p. 47).

Relativamente à taxa de utilização¹² destes serviços (Figura 9), é notório que houve uma diminuição nos Centros de Dia e SAD, mas o mesmo não acontece com as ERPI, o que leva a crer que a procura pela institucionalização é superior. Esse facto, coincide com as crescentes dificuldades das famílias para prestar apoio à pessoa com dependência no domicílio, optando assim pela institucionalização.

Figura 9 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018



Fonte: (MTSSS, 2019 b, p. 48).

¹² “Para o cálculo da taxa de utilização foi considerado o número total de utentes e o número total de lugares existentes da(s) resposta(s) em análise” (MTSSS, 2019 b, p. 27).

4.2. Protelamento da alta e impactos associados

O protelamento da alta nos hospitais por razões não clínicas pode ser determinado como o período em que um utente se mantém internado após ser considerado clinicamente apto para a alta, mas é incapaz de fazê-lo por razões não médicas (Gaughan, Gravelle, & Siciliani, 2017). Esta definição pode ser aplicada aos utentes que se encontram internados na RNCCI nas mesmas condições.

O protelamento das altas na RNCCI por motivos não clínicos contribui para a ineficiência na gestão de recursos do SNS, uma vez que a montante existem utentes com necessidades clínicas que aguardam o seu ingresso nas ULDM. Os bloqueios que existem à alta de utentes institucionalizados na RNCCI, reflete-se a nível hospitalar, bloqueando a alta de pessoas que estão referenciados para a RNCCI e isso reflete-se no tempo de espera que os utentes permanecem internados em meio hospitalar a aguardar vaga na RNCCI (RNCCI, 2013). A mediana do tempo da referenciação até à identificação da vaga para ingresso nas ULDM da região Norte era de 28,8 dias (RNCCI, 2020). Esta situação tem impactos negativos não só ao nível da eficiência dos serviços e instituições, mas também na iniquidade de acesso e nos custos para o SNS.

(Natário, 2019), num estudo feito numa Unidade de AVC de um Centro Hospitalar, que teve como objetivo avaliar o impacto económico do tempo de internamento prolongado pela espera da resposta pós-alta, refere que cada dia de internamento em protelamento tem, em média, um custo adicional de 517.71€. A mediana do número de dias de internamento prolongado foi de 8, com um mínimo de 2 e um máximo de 35 dias. Neste estudo o destino de alta mais frequente foi a RNCCI. (Ferreira, 2012) concluiu que a referenciação e a alta de utentes para a RNCCI conduziram a um aumento do tempo de internamento e dos custos associados no Centro Hospitalar do Porto. (Moura, 2021) menciona que a referenciação para cuidados de apoio ao domicílio é mais efetiva na redução de dias de internamento até à alta, do que a institucionalização em ERPI. Menciona também que estes utentes em protelamento tendencialmente não apresentam necessidades de cuidados que justifiquem a institucionalização.

A nível hospitalar, o atraso na admissão de utentes na RNCCI impacta negativamente a saúde do utente e a sua qualidade de vida, trazendo consequências, não só de ordem física, como infeções associadas aos cuidados de saúde e diminuição das capacidades funcionais, mas também de ordem emocional, como a confusão mental (Costa M. A., 1999).

A permanência prolongada na RNCCI, sem critérios clínicos, está igualmente associada a custos diretos para o SNS e à deterioração da qualidade de vida dos utentes. Apesar de existirem vários estudos

sobre qualidade de vida do utente internado na rede de cuidados continuados (Granado, 2010) (Pinheiro, 2016) (Abrantes, 2018) (Félix, 2014) (Leal, 2012), a deterioração da saúde e qualidade de vida pela permanência tem merecido menos atenção. (Leal, 2012) refere que os utentes internados em ULDM tendem a reportar maior satisfação com os cuidados prestados do que em outras unidades de internamento da RNCCI. De acordo com (Santos, 2019), a envolvente social e a possibilidade de participação em atividades sociais afetam positivamente a qualidade de vida dos idosos. Estas necessidades de socialização dos utentes podem estar comprometidas pela permanência em internamento nas ULDM sem critérios clínicos.

Neste mesmo sentido, no que concerne à RNCCI, o Conselho Nacional de Cuidados Continuados da Ordem dos Médicos refere que deveria haver um reforço das Unidades de Dia e de promoção da autonomia e das ECCI, promovendo assim maior apoio às famílias no domicílio (Costa, et al., 2016).

4.3. Determinantes para institucionalização de longa permanência

Segundo (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018) alguns dos fatores de risco que poderão levar à institucionalização em cuidados de longa duração incluem características sociodemográficas, condição médica/diagnóstico e o nível de dependência física e cognitiva.

(Pinto, 2013) fez uma revisão da literatura sobre as condições de maior vulnerabilidade para a institucionalização de longa permanência. De acordo com a literatura as condições incluem: comprometimento cognitivo e/ou funcional subjacente; perda de autonomia funcional e consequente limitação na realização das AVD; falta de apoio e assistência nas AVD; quanto maior a idade maior a vulnerabilidade; estado civil, com risco aumentado para quem nunca foi casado ou é divorciado; viver sozinho; indivíduos do sexo feminino; e inexistência ou stress do cuidador.

No mesmo estudo (Pinto, 2013) concluiu que, por outro lado, existe maior probabilidade de prestação de cuidados no domicílio quando a família apresenta condições económicas para assegurar o pagamento de cuidados formais.

(Monteiro M. C., 2014, p. 6) num estudo de caso numa ULDM, identificou os seguintes motivos de protelamento das altas clínicas:

“...espera de integração em equipamento/resposta adequada, nomeadamente lar ou serviços de apoio domiciliário (79,5%), seguindo-se a insuficiência de rendimentos do

utente/familiares para contratação de serviços ou resposta institucional (74,7%), a inexistência de condições habitacionais para regresso ao domicílio (63,9%) e a insuficiência de suporte familiar (54,2%).

Regista-se também a inadequação do suporte familiar (31,3%), a inexistência de suporte familiar (28,9%) e, em menor percentagem, a ausência de condições estruturais (13,3%). A ausência de domicílio (sem abrigo) (8,4%) e a ausência de rendimentos (4,8%)”.

Os dados sugerem que os condicionantes relativos às respostas sociais são os motivos que provocam mais constrangimentos às altas nas UCCI (Monteiro M. C., 2014). A mesma conclusão foi obtida pela (ERS, 2015). Determinantes sociais como o fator económico, os fatores familiares e habitacionais também contribuíram para o protelamento das altas (Monteiro M. C., 2014).

Apesar do atempado planeamento das altas promovido pelas equipas das UCCI, verifica-se uma carência de apoios para reintegração do utente, que pode ser agravada pela recusa por parte da família/cuidador e/ou por não terem recursos económicos para garantir os custos da institucionalização (Costa, et al., 2016). Esse é um dos principais problemas sentidos pelas UCCI da RNCCI aquando do planeamento da alta, ou seja, “*a ausência de respostas sociais satisfatórias que permitam agilizar o processo de alta*” (Costa, et al., 2016, p. 37). Frequentemente, as equipas das UCCI sentem dificuldades em convencer as famílias que o internamento nestas unidades é transitório (Costa, et al., 2016).

Para além da escassez de apoios sociais, que causa constrangimentos às famílias no planeamento da alta, também há a referir dificuldades socioeconómicas, habitação inadequada e a inexistência de uma relação de proximidade entre os familiares (Costa, et al., 2016).

Num estudo sobre a perceção de 20 enfermeiros relativamente aos motivos que levam às prorrogações dos internamentos em UCCI, (Monteiro, Santos, & Costa, 2014) concluíram, que o protelamento das altas é essencialmente condicionado por motivos socioeconómicos, em particular falta de suporte familiar (33%) e motivos económicos (29%). Outro motivo é a falta de respostas institucionais (29%).

Para além dos determinantes acima descritos, não há incentivos que promovam as altas nas ULDM. O valor que a instituição recebe por um utente internado, com ou sem critérios clínicos, é o mesmo independentemente da complexidade das suas necessidades. (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018) sugerem uma mudança no modelo de financiamento sempre que se verificar o uso indevido de camas por quem já não apresenta critérios para a manutenção do internamento. Esta mudança pode não só melhorar a gestão de camas disponíveis, bem como melhorar listas de espera.

Tendo em consideração todos os determinantes para institucionalização de longa permanência acima referidos, torna-se difícil a reinserção na comunidade dos utentes internados da RNCCI, pois esta população na sua grande maioria apresenta fatores de vulnerabilidade.

5. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A RNCCI surgiu para dar resposta a um vazio existente no SNS no acompanhamento de utentes dependentes, com um contributo muito importante no que diz respeito ao cumprimento das necessidades clínicas dos utentes após a alta hospitalar.

No entanto, os internamentos prolongados por questões não clínicas são um obstáculo à admissão de novos utentes provenientes dos hospitais de agudos, prejudicando o cumprimento dos pressupostos da criação das ULDM.

Foi a perceção desta realidade no meu dia-a-dia profissional que me levou a levantar questões acerca desta temática e posteriormente à elaboração da presente tese.

A pertinência do estudo prende-se com o facto de cada vez mais se denotar um número elevado de utentes que permanecem nas ULDM sem critérios clínicos e a necessidade de quantificar os custos destes utentes para o MS.

Este estudo contou com o parecer positivo da parte da ECL do Alto Ave (Anexo 2) e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (Anexo 1).

5.1. Objetivos do estudo

Os objetivos gerais e específicos são fundamentais na elaboração de um projeto e ditam o que se deseja alcançar.

O objetivo deste estudo é compreender os determinantes do protelamento da alta de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Calcular os custos para o SNS do internamento dos utentes em ULDM sem critérios clínicos;
- Identificar os determinantes do protelamento da alta de utentes sem critérios clínicos.

5.2. Questão de investigação

A presente investigação tem por base a seguinte pergunta de partida:

Quais os determinantes e custos para o SNS da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM?

A questão surgiu na prática diária do exercício das minhas funções. Profissionalmente deparo-me com esta problemática que julgo que necessita de um estudo mais aprofundado.

5.3. Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos definidos para o estudo, e de forma a descrever rigorosamente os factos da realidade em estudo, trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo.

5.4. População, amostra e contexto do estudo

A população alvo deste estudo são os utentes internados com alta clínica nas ULDM do Alto Ave. A amostra é constituída pelos indivíduos que permaneceram internados após a alta clínica no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019. Trata-se assim de uma amostra de conveniência, composta por 79 indivíduos distribuídos pelas 5 ULDM da área de abrangência da ECL do Alto Ave.

Para cada um dos indivíduos foi necessário apurar a data de admissão que na maioria foi prévia ao dia 1 de janeiro de 2019, bem como o dia da alta que na maioria dos utentes foi posterior ao dia 31 de dezembro de 2019. Os dados foram colhidos à data de 2 de junho de 2021, tendo-se verificado que 12 utentes nesta data ainda permaneciam internados. Ou seja, quando se expõe os dias de internamento até à alta são excluídos estes 12 indivíduos.

De forma a manter o anonimato das instituições, as ULDM passam a ser designadas por um número.

5.5. Instrumento de recolha de dados

As fontes de informação foram os registos das reuniões mensais efetuados pela ECL do Alto Ave e os registos do Aplicativo de Monitorização da RNCCI (GestCare® - sistema informático de suporte da RNCCI). A recolha e construção da base de dados foi efetuada, na íntegra, por mim e teve como base orientadora o instrumento de recolha de dados presente no Anexo 3.

Para a colheita de dados, numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa nos registos das reuniões mensais efetuados pela ECL do Alto Ave para apurar os utentes que permaneceram internados após alta clínica no decorrer do ano 2019. Após essa primeira fase todos os dados foram colhidos através da informação que consta nos registos do Aplicativo de Monitorização da RNCCI (GestCare®).

5.6. Variáveis em estudo

Para dar resposta à questão em estudo, com recurso ao instrumento de recolha de dados do Anexo 3, foram recolhidos dados para constituição das variáveis em estudo. Importa referir que em algumas destas variáveis foram criadas categorias, ou seja, foram recodificadas, para serem analisadas as diferenças relevantes por grupo. As variáveis em estudo são:

- 1) **Género:** os dados contemplam o género masculino e feminino;
- 2) **Idade:** considerada a 31/12/2019. Foram criadas classes etárias, respeitando os seguintes intervalos de idades: ≥ 95 ; [85 – 94]; [75 – 84]; [65 – 74]; ≤ 64 ;
- 3) **Estado civil:** relativamente ao estado civil considera-se que o indivíduo é casado ou solteiro/a, divorciado/a ou viúvo/a;
- 4) **Previamente autónomo:** caso esteja descrito em registos que o/a utente necessitava de apoio em alguma das suas AVD, não é considerado como previamente autónomo;
- 5) **Coabitante no domicílio:** os dados identificam se o indivíduo coabita com alguém ou não;
- 6) **Número de filhos em 2019:** serão considerados os filhos que o utente apresenta em 2019, não sendo considerados os filhos que já faleceram. Neste caso foi criada uma variável categórica (não tem filhos, tem 1; tem 2 filhos e tem 3 ou mais filhos);
- 7) **Área de residência:** registo do concelho da área de residência, agrupado em duas categorias, tendo em conta se são do distrito de Braga ou de outros distritos;

- 8) **Diagnóstico de admissão/grupos de diagnósticos:** os diagnósticos são apresentados no aplicativo Gestcare® de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10 (CID-10). Com o apoio de uma Médica especialista em Medicina Interna, os diagnósticos médicos foram agrupados por categorias de acordo com a Tabela 1 que se apresenta de seguida;

Tabela 1 - Categorias da variável: Grupos de diagnósticos

Grupo de diagnósticos
Doenças cerebrovasculares
Doenças musculoesqueléticas
Doença cardíaca
Doença respiratória
Doença neurológica pós-traumática
Feridas
Outros

- 9) **Demência diagnosticada:** foi identificado se o utente tem demência diagnosticada;
- 10) **Proveniência:** relativamente à proveniência, a variável foi agrupada em 3 categorias, proveniente do hospital de agudos (referenciado pela EGA); transferência para outra tipologia e transferência por aproximação à área de residência;
- 11) **Número de medicamentos prescritos:** representa o número de medicamentos prescritos aquando da alta ou no último registo de 2019 no Aplicativo Gestcare®. Neste estudo foi considerado polimedicado quando há a prescrição de 5 ou mais medicamentos diferentes por dia. Não foi possível apurar o número de medicamentos em 3 utentes por não terem registo;
- 12) **Proposto/a para vaga social:** foi registada a data em que o utente reúne critérios para que seja proposto para vaga social, no entanto, nem sempre foi possível apurar essa data. Assim, foi tratada como variável binária, sim ou não, caso tenha sido ou não proposto;
- 13) **Número de dias de internamento:** é a soma dos dias de internamento de cada utente da amostra em estudo, desde a admissão até à alta, independentemente de ter ou não critérios clínicos. Foram excluídos 12 utentes que se mantinham internados a 2 de junho de 2021;

- 14) **Dias de internamento sem critérios clínicos até à alta:** é a soma dos dias de internamento de cada utente da amostra em estudo, após alta clínica até à alta. Foram excluídos 12 utentes que se mantinham internados a 2 de junho de 2021;
- 15) **Dias de internamento sem critérios clínicos em 2019:** representa a soma dos dias que cada utente permaneceu internado sem critérios clínicos em 2019;
- 16) **Destino após a alta:** diz respeito ao destino final após a alta da ULDM. Para a análise estatística foi criada uma variável categorial, conforme o destino da alta, como se apresenta de seguida.

Tabela 2 - Categorias da variável: Destino após a alta

Destino após a alta
ERPI
Óbito
Cuidadora Particular
Domicílio com suporte
Domicílio sem suporte
Família de acolhimento
Transferência para proximidade

5.7. Tratamento estatístico

Após a recolha e construção da base de dados, foi efetuada uma análise e tratamento estatístico descritivo e correlacional. Os dados foram codificados numa base de dados no programa Excel®, e posteriormente foram conduzidos usando o programa estatístico Stata (Stata Manual, online)¹³.

Foi testada a normalidade da variável “número de dias de internamento após alta”, aplicando o Shapiro-Wilk, ($p < .05$). Considerando um nível de significância de 5%, foi rejeitada a hipótese de normalidade da variável. De forma a apurar os determinantes que estão associados à permanência em

¹³ Ver Stata® Manual para descrição dos testes e da implementação <https://www.stata.com/manuals/rkwallis.pdf> e <https://www.stata.com/manuals/ranksum.pdf>.

internamento sem critérios clínicos, foram aplicados testes não paramétricos às diferenças da distribuição entre os grupos. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney (Mann & Whitney, 1947) quando as variáveis independentes são binárias e o teste de Kruskal-Wallis (Kruskal & Wallis, 1952) quando as variáveis são ordinais. A hipótese nula dos testes é de que os grupos são de populações idênticas.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo serão apresentados os resultados, bem como a sua análise. Numa primeira fase serão demonstradas as variáveis referentes à caracterização sociodemográfica da amostra, de seguida as variáveis de natureza clínica e posteriormente serão demonstrados os resultados dos testes estatísticos aplicados.

6.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 79 indivíduos que se mantiveram internados no ano de 2019 após alta clínica. Estes 79 utentes representam 18,1% face ao número de utentes admitidos nas ULDM do Alto Ave nesse mesmo ano. A distribuição dos utentes pelas ULDM é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Percentagem dos indivíduos da amostra por cada ULDM

ULDM	Percentagem de indivíduos da amostra
ULDM 1	13,9%
ULDM 2	30,4%
ULDM 3	21,5%
ULDM 4	21,5%
ULDM 5	12,7%

Quanto ao género, 63% são do sexo feminino (Figura 10).

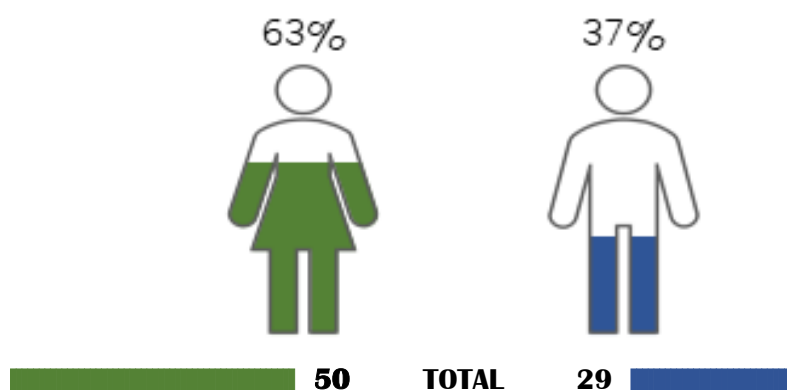


Figura 10 - Percentagem dos indivíduos da amostra por género

A idade dos utentes varia entre os 41 e os 100 anos. A idade mediana é 83 anos. A faixa etária com maior representatividade (38%) é entre os 85 e 94 anos (Figura 11).

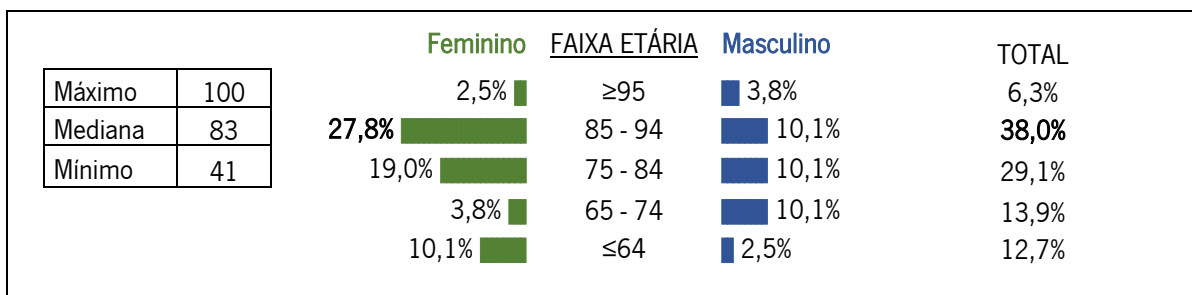
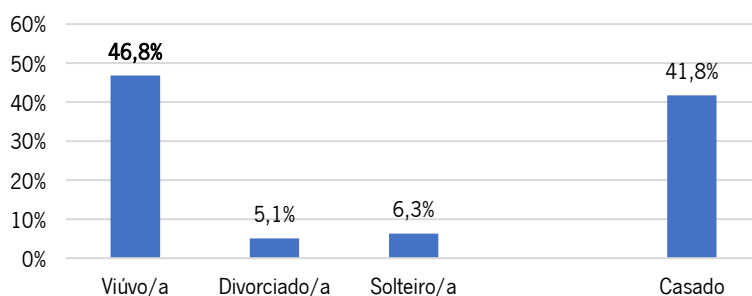


Figura 11 - Percentagem dos indivíduos da amostra por faixa etária e género

Tal como esperado, o grupo mais expressivo são os idosos (87,3%).

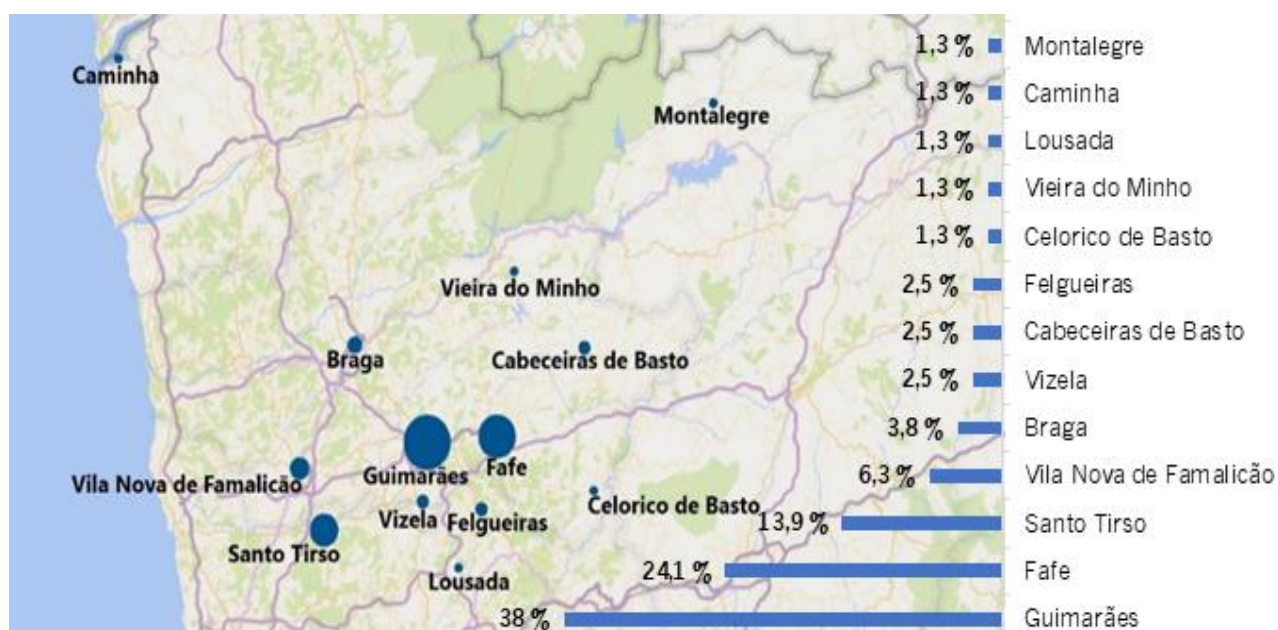
A maioria (58,2%) dos indivíduos não são casados, sendo 46,8% viúvos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pelo estado civil



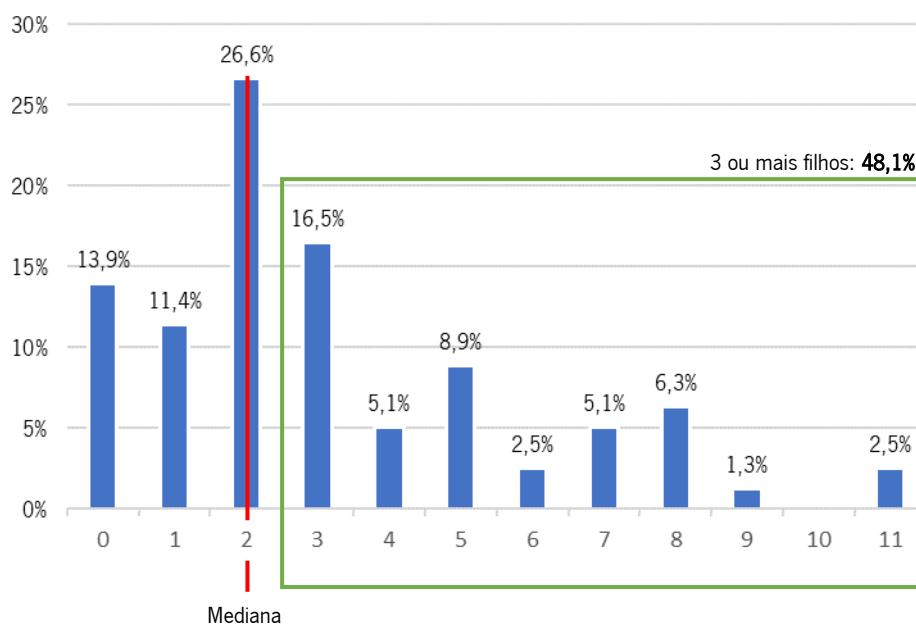
A maioria dos indivíduos (79,7%) são do distrito de Braga. Os concelhos com maior representatividade são Guimarães (38%) e Fafe (24,1%).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra pelo concelho onde residem



A maioria dos utentes da amostra têm filhos, sendo que 48,1% tem 3 ou mais filhos e 13,9% dos indivíduos não têm filhos (Gráfico 3). A mediana do número de filhos é 2.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra pelo número de filhos



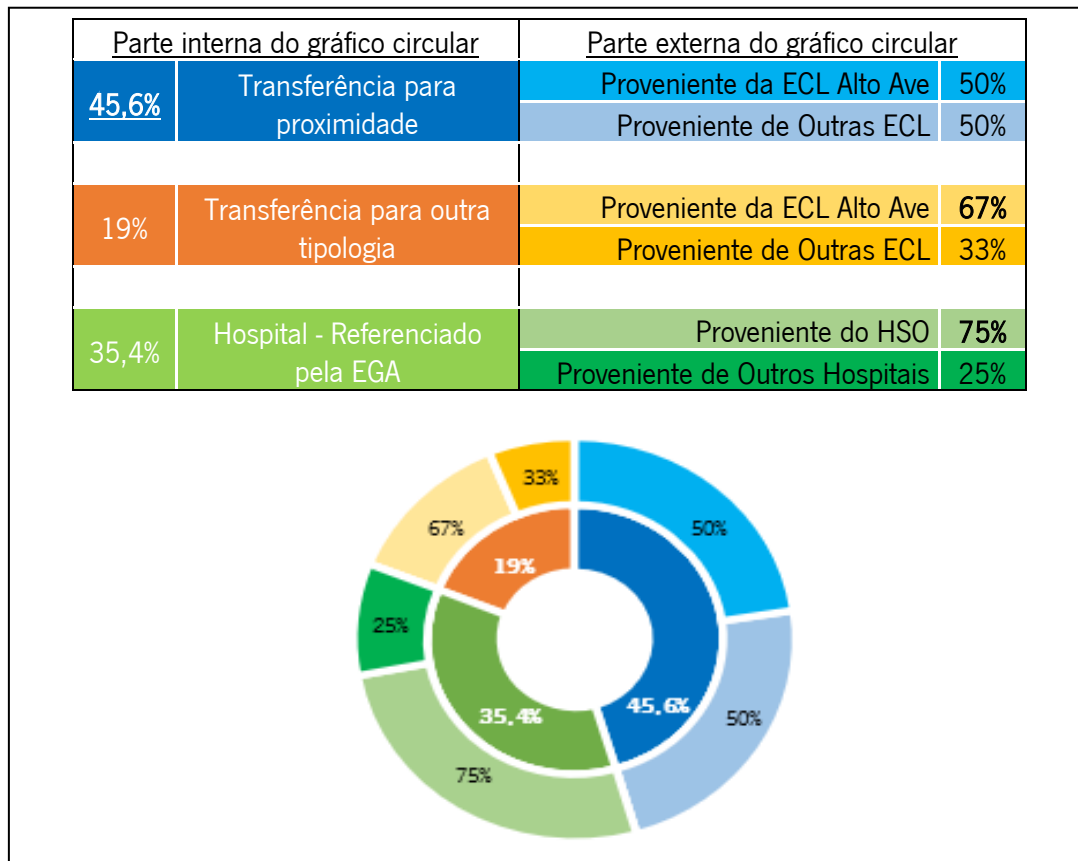
Previamente ao episódio que motivou o internamento na RNCCI, 45,6% dos indivíduos eram dependentes e 30,4% viviam sem coabitante no domicílio.

O Gráfico 4 espelha a proveniência dos indivíduos constantes da amostra. Para a sua interpretação devem ser tidas em conta as cores da tabela que correspondem às cores que constam no gráfico.

Verificamos que 45,6% foram admitidos por transferência para proximidade à área de residência, sendo que 50% destes foram aproximados dentro da área de abrangência da ECL do Alto Ave.

Dezanove por cento foram admissões por transferência de outra tipologia, provenientes na sua totalidade de UMDR. A maioria destes (67%) foram transferências de UMDR para ULDM, dentro da área de abrangência da ECL do Alto Ave.

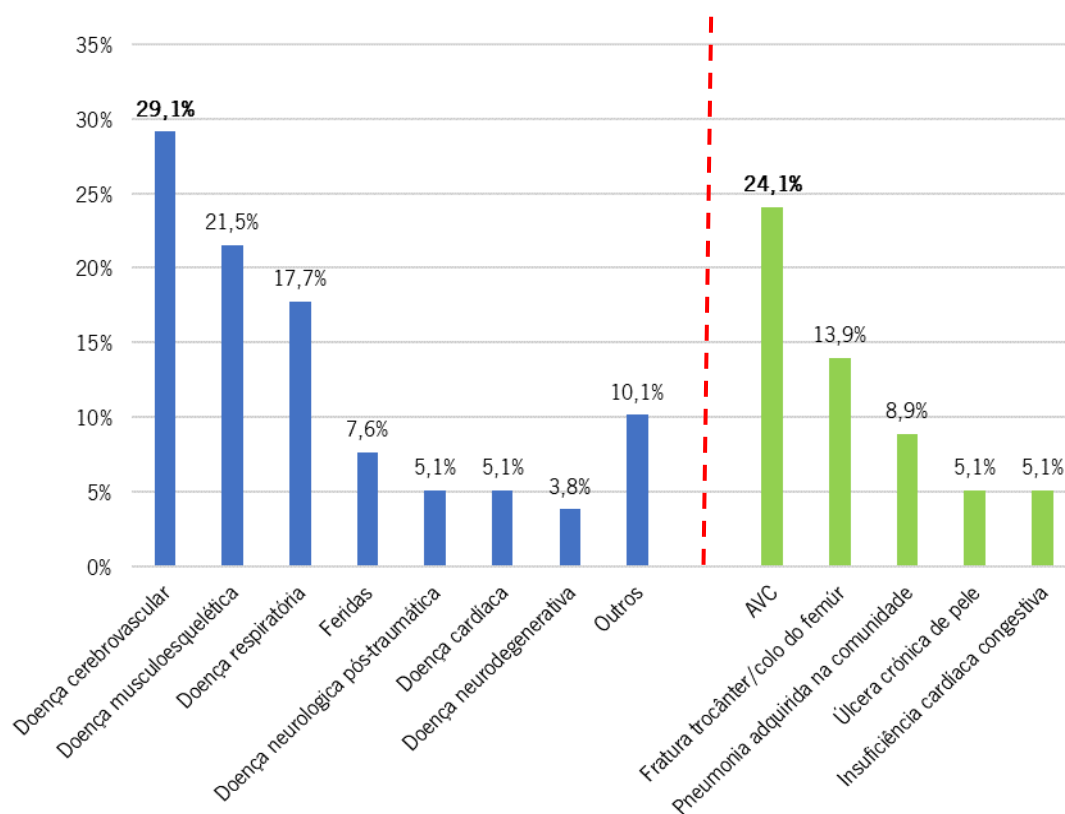
Gráfico 4 - Percentagem dos indivíduos de acordo com a proveniência



6.2. Variáveis de natureza clínica

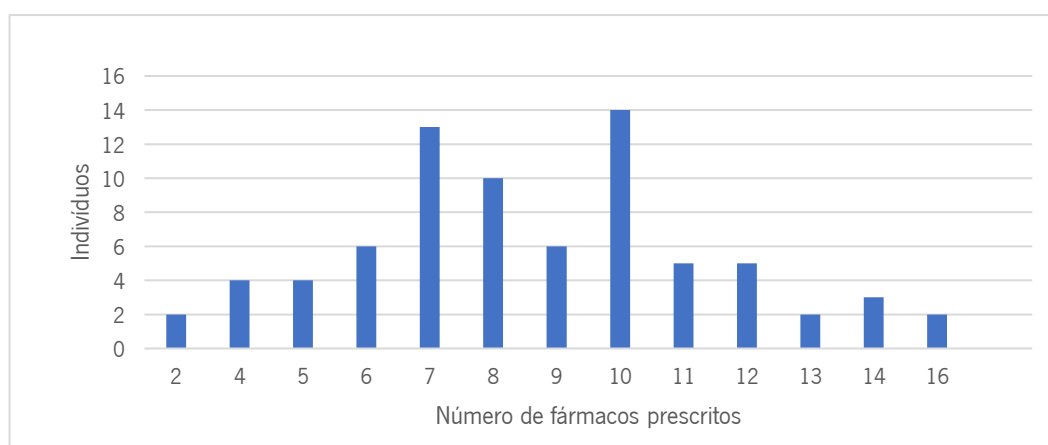
No que respeita aos grupos de diagnósticos, 29,1% dos indivíduos apresentam diagnóstico principal enquadrado no grupo definido como Doença Cerebrovascular (Gráfico 5). Quanto aos diagnósticos principais, o AVC foi o diagnóstico mais frequente (24,1%). Da totalidade dos indivíduos da amostra, 50,6% tinham demência diagnosticada como diagnóstico principal e/ou comorbilidade.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra pelos grupos de diagnósticos e pelos principais diagnósticos



Relativamente ao número de medicamentos prescritos aquando da alta ou no último registo de 2019 no Aplicativo de Gestcare®, 92,1% (n=76) é considerado polimedicado, isto é, toma 5 medicamentos, ou mais, por dia. O gráfico abaixo demonstra a distribuição do número de medicamentos prescritos pelo número de indivíduos da amostra. A média de medicamentos por dia é de 8,9 (\pm 2,7).

Gráfico 6 - Distribuição do número de medicamentos prescritos pela amostra

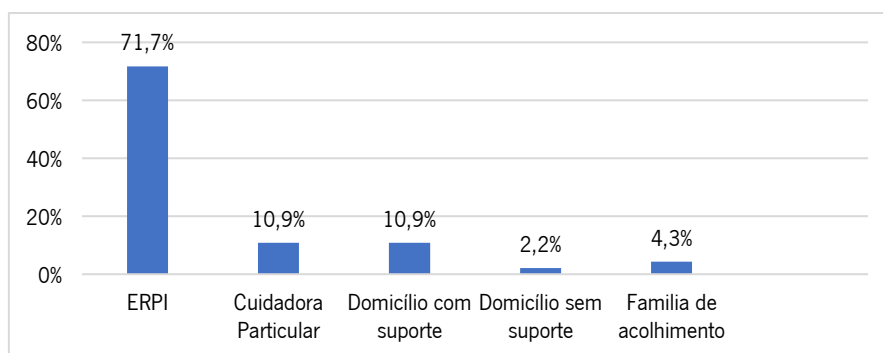


6.3. Destino após a alta

Enquanto aguardavam resolução da sua situação social, 17,7% dos indivíduos da nossa amostra faleceram, 3,8% foram transferidos para outras ULDM por aproximação à área de residência, 5,1% agudizaram o seu estado de saúde com necessidade de encaminhamento para hospital de agudos e não regressaram à ULDM, seja por terem falecido ou por terem necessitado de tratamento em hospital de agudos por tempo superior ao período de reserva de vaga. De referir que 15,2% da totalidade da amostra ainda se mantinham internados a 2 de junho de 2021.

O gráfico que se segue apresenta o destino após a alta para os utentes que efetivamente tiveram alta (n=46), ou seja, excluindo os utentes que faleceram, os que foram transferidos para proximidade e os que agudizaram e perderam vaga na ULDM.

Gráfico 7 - Distribuição da amostra de acordo com o destino após a alta (n=46)



Verificamos que 71,7% dos indivíduos tiveram alta para ERPI, sendo notório a preferência pela institucionalização, visto que apenas 13,1% tiveram alta para o domicílio.

Quase metade dos indivíduos da amostra (48,1%) foram propostos para, aquando da alta, integrar numa resposta social da responsabilidade da Segurança Social. Ou seja, reuniam critérios de fragilidade sociais e/ou económicos que lhes conferiam o direito de acesso a uma vaga da responsabilidade da Segurança Social em ERPI ou Família de Acolhimento. Sabemos que 4,3% dos indivíduos tiveram alta para Família de Acolhimento (Gráfico 7), no entanto, não foi possível apurar quantos tiveram alta para uma vaga atribuída pela Segurança Social em ERPI.

Há a referir que 14 utentes acabaram por falecer antes de ter alta. Estes não tiveram a oportunidade de usufruir de uma resposta social adequada às suas necessidades, mantendo-se internados após alta clínica em média por mais 494 dias. Na amostra em estudo faleceram aproximadamente 18 em cada 100 indivíduos internados sem critérios clínicos nas ULDM.

6.4. Dias de internamento e custos associados

O Gráfico 8 representa o número de dias de internamento total de cada um dos 67 utentes que tiveram alta. A permanência dos utentes internados em ULDM não seria considerada um problema caso apresentassem critérios clínicos que o justificasse, no entanto, o que se verifica é a permanência dos utentes que representam a amostra por um longo período de tempo após a alta clínica. Este facto encontra-se demonstrado no Gráfico 9.

Gráfico 8 - Número de dias de internamento de cada um dos utentes da amostra (n=67)

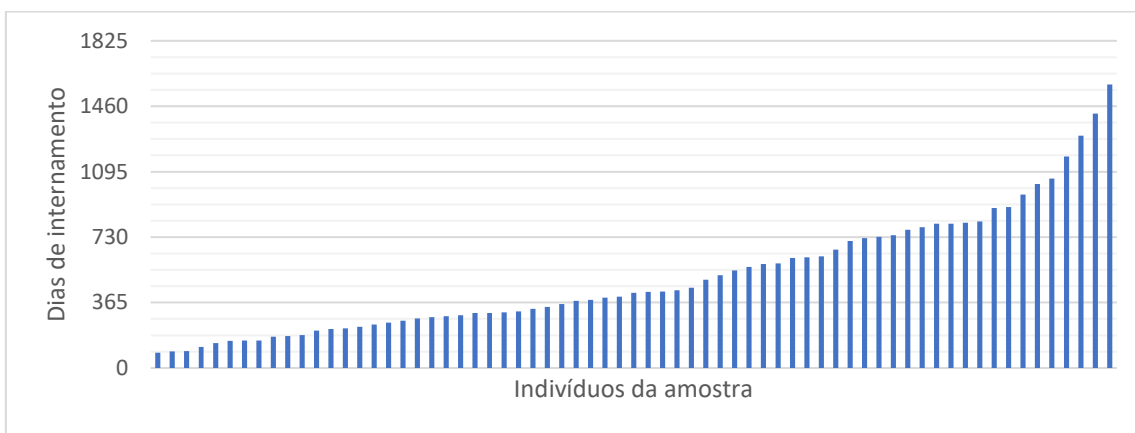
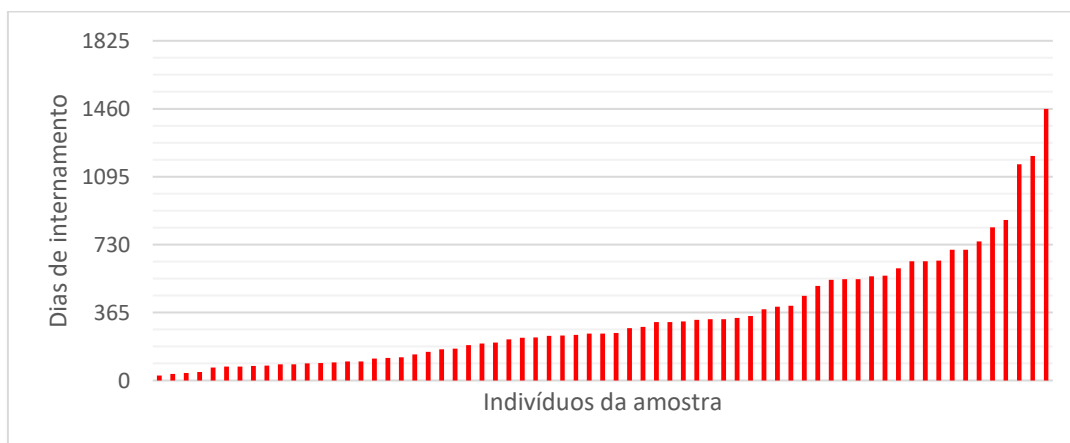
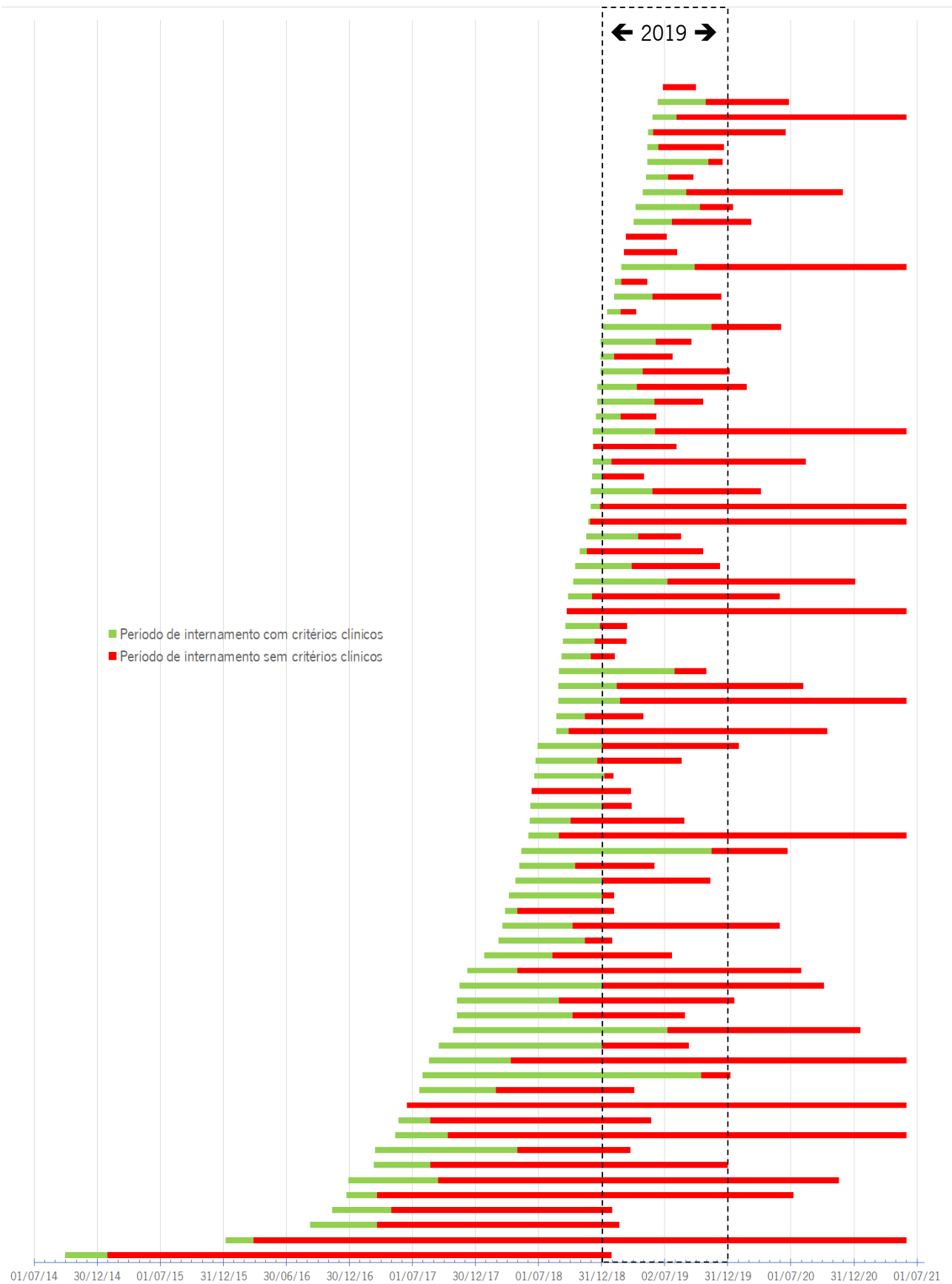


Gráfico 9 - Número de dias de internamento, sem critérios clínicos, de cada um dos utentes da amostra (n=67)



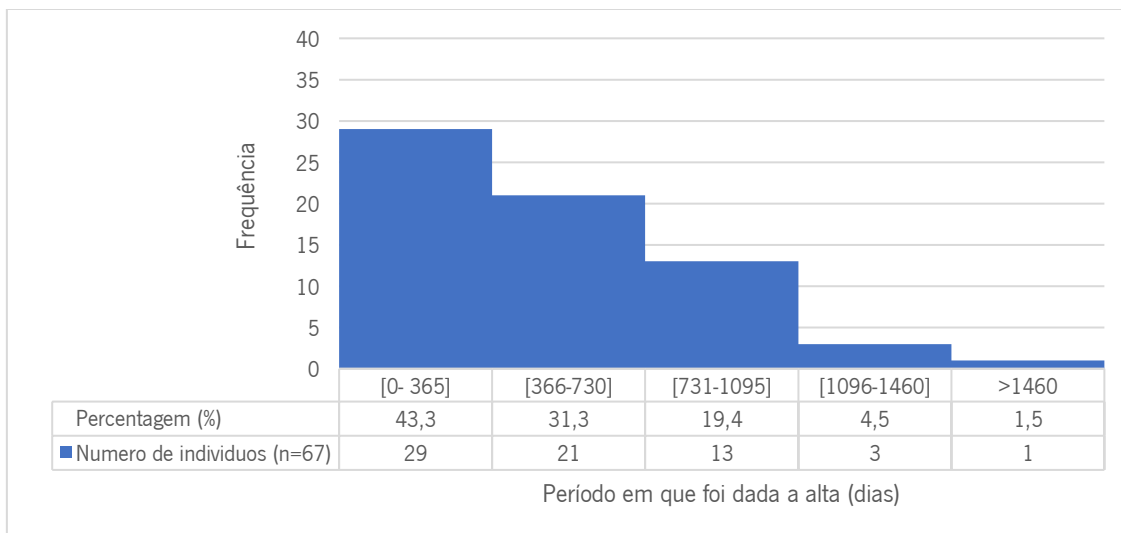
O Gráfico 10 (Gráfico de Gantt) permite visualizar, na íntegra, o percurso de cada um dos indivíduos da amostra ao longo do internamento. O eixo horizontal é a representação cronológica desde 2014 até 2021 e cada barra diz respeito ao internamento de cada utente, desde a admissão até à alta. A cor verde assinala o período de internamento de cada utente com critérios clínicos e a vermelho corresponde ao período sem critérios clínicos do mesmo utente.

Gráfico 10 - Representação do internamento de cada um dos indivíduos da amostra face à existência ou não de critérios clínicos (n=79)



Considerando agora os dados mais agregados, a maioria dos utentes (56,7%) que permaneceu após alta clínica esteve internado por mais de um ano (Gráfico 11).

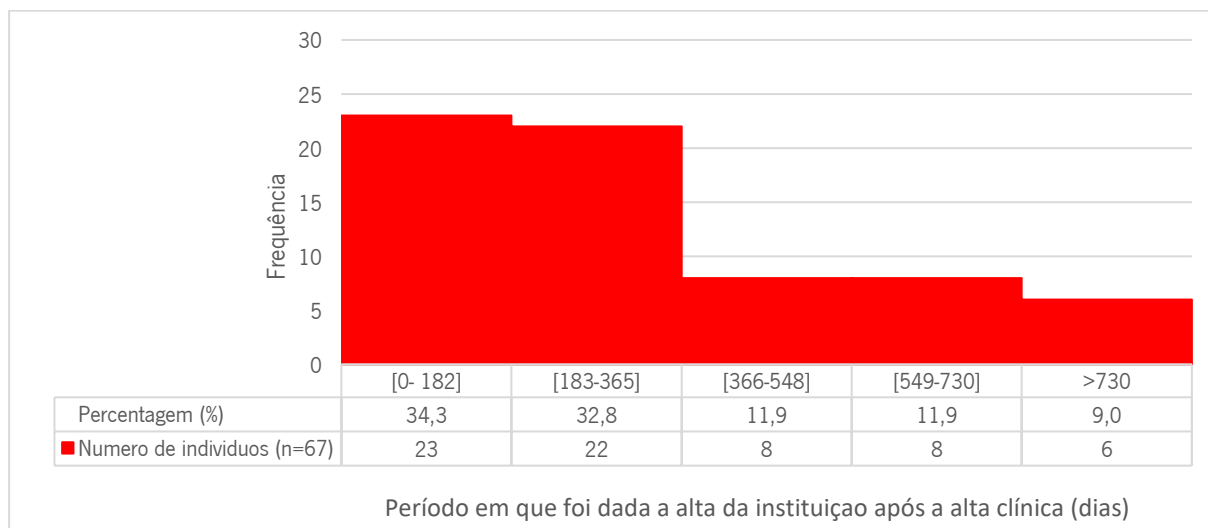
Gráfico 11 - Número de utentes que tiveram alta por período de dias de internamento (n=67)



O tempo médio de dias de internamento total foi de 508,6 dias ($\pm 336,7$ dias).

Aproximadamente um terço dos indivíduos que permaneceram nas ULDM em após alta clínica (32,8%) mantiveram-se internados por um período superior a 1 ano sem critérios clínicos (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Número de utentes que tiveram alta por período de permanência após alta clínica (n=67)



Considerando apenas os dias de internamento sem critérios clínicos em 2019 (n=79), em média, os utentes permaneceram 194 dias (± 121 dias). A mediana da permanência é de 175 dias.

No total, o número de dias de internamento sem critérios clínicos na amostra foi de 15305 dias (Tabela 4), que representa aproximadamente 27% da ocupação, se considerarmos os dias de internamento com a taxa de ocupação de 99% das ULDM do Alto Ave (56747 dias).

Tabela 4 - *Dias de internamento até à alta; Dias de internamento sem critérios até à alta; Dias de internamento sem critérios no ano de 2019*

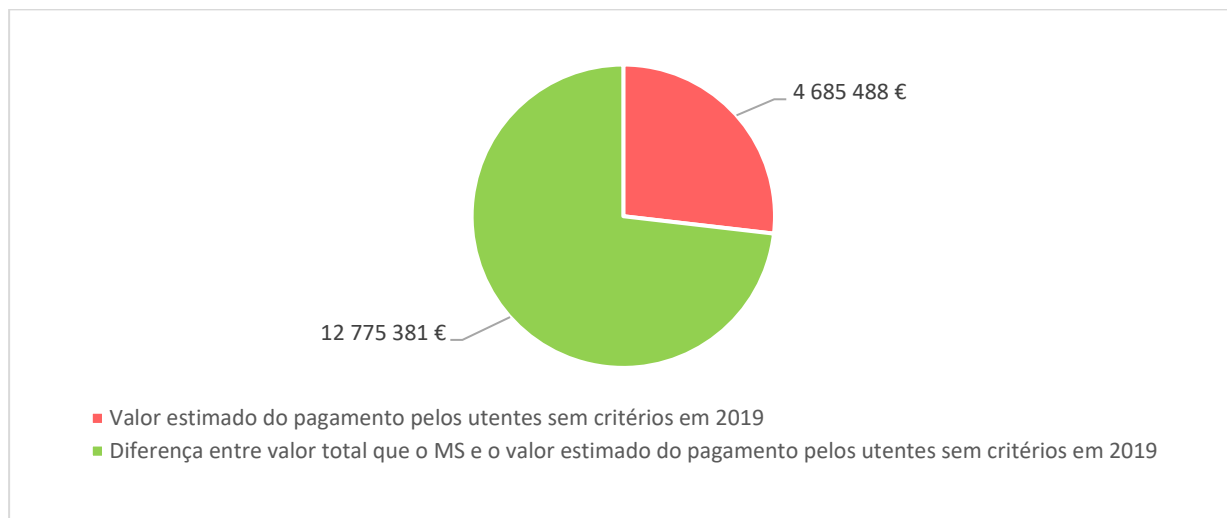
	Dias de internamento até à alta (n=67)	Dias de internamento sem critérios até à alta (n=67)	Dias de internamento sem critérios no ano de 2019 (n=79)
TOTAL	34075	23213	<u>15305</u>
Mínimo	85	26	26
Máximo	1582	1459	364
Média (valor arredondado)	508,6	346,5	193,7
Mediana	419	252	175
Desvio-padrão (valor arredondado)	336,7	296,4	121

A permanência após alta clínica tem um impacto económico associado. Considerando os valores fixados na (Portaria n.º 17/2019, Diário da República n.º 10/2019, Série I de 2019-01-15) (29,59€/dia por utente)¹⁴, estima-se um custo associado ao protelamento da alta por motivos sociais de 452 874€ durante o ano de 2019 nas ULDM do Alto Ave, o que corresponde a um custo médio de 5740€ por utente internado sem critérios clínicos nesse mesmo ano.

Assumindo que a nossa amostra possa ser representativa das ULDM do Norte, podemos concluir que, da totalidade de diárias de internamento em 2019 (cerca de 586 471 dias), 27% foram de utentes sem critérios clínicos. O custo estimado (Gráfico 13), por prolongamento do internamento após alta clínica nas ULDM do Norte, é de 4 685 488€ em 2019. Este valor corresponde a cerca de 27% do valor total que o MS pagou às ULDM da região Norte no mesmo ano (17 460 869€) (RNCCI, 2020).

¹⁴ Valor estipulado para o ano de 2019.

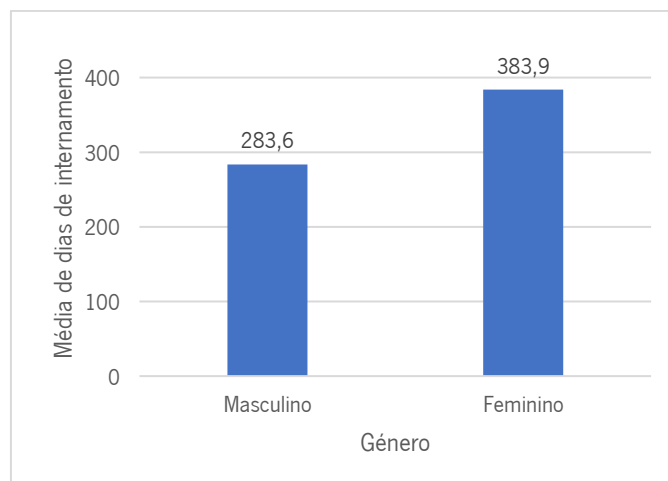
Gráfico 13 - Custos estimados para a região Norte e a diferença entre esse valor com o que foi pago em 2019 pelo MS às ULDM do Norte



6.5. Determinantes do internamento após alta clínica

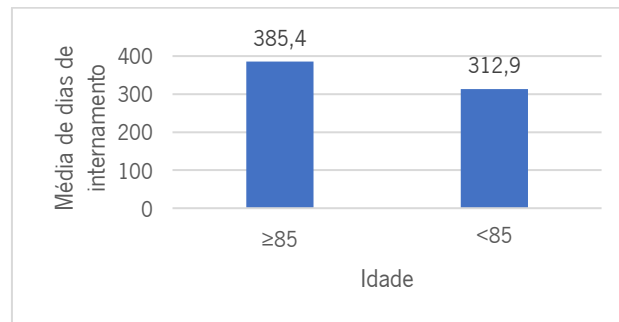
Relativamente ao género, as pessoas do sexo feminino da nossa amostra ficaram, em média, mais 100 dias internadas após terem alta clínica (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com o género (n=67)



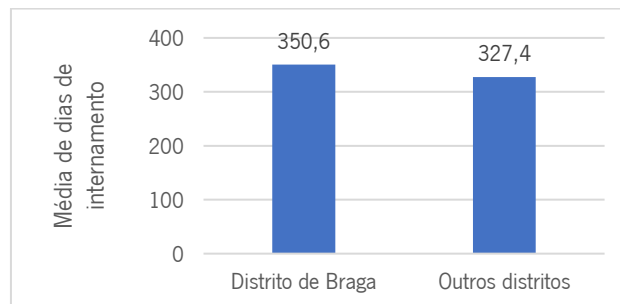
Em média, os utentes da amostra com idade igual ou superior a 85 anos permaneceram aproximadamente mais 73 dias internados após alta clínica (Gráfico 15), quando comparados com os indivíduos com menos de 85 anos.

Gráfico 15 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com a idade (n=67)



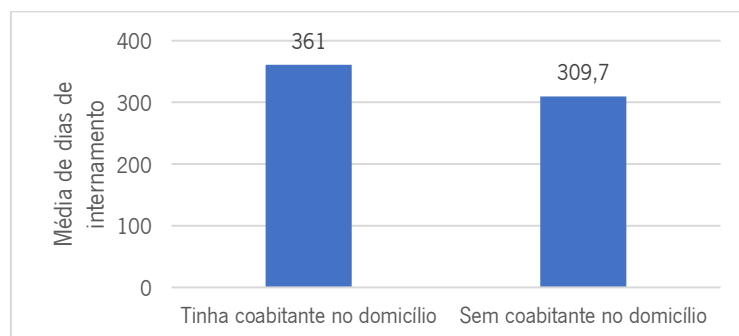
Os utentes do distrito de Braga, em média, permaneceram mais dias internados sem critérios clínicos (Gráfico 16). Os dados indicam uma diferença de aproximadamente 23 dias, quando comparados com os utentes de outros distritos.

Gráfico 16 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com a área de residência (n=67)



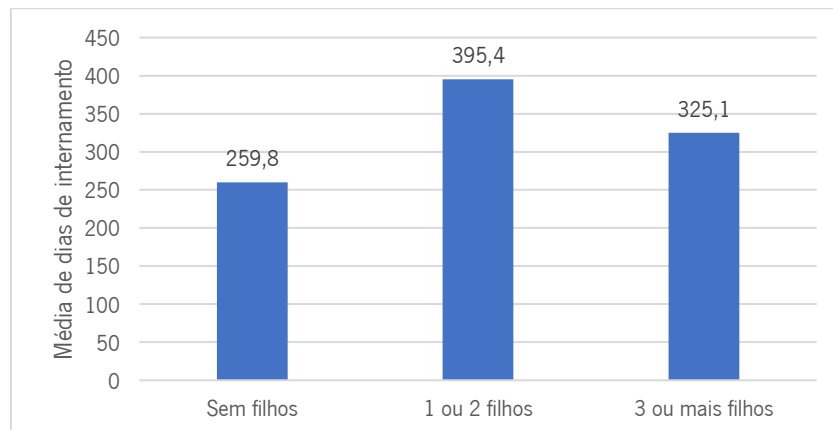
Os utentes da amostra que previamente ao internamento viviam sozinhos permaneceram internados, em média, menos 52 dias do que os que tinham coabitante (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com a existência, ou não, de coabitante previamente ao internamento (n=67)



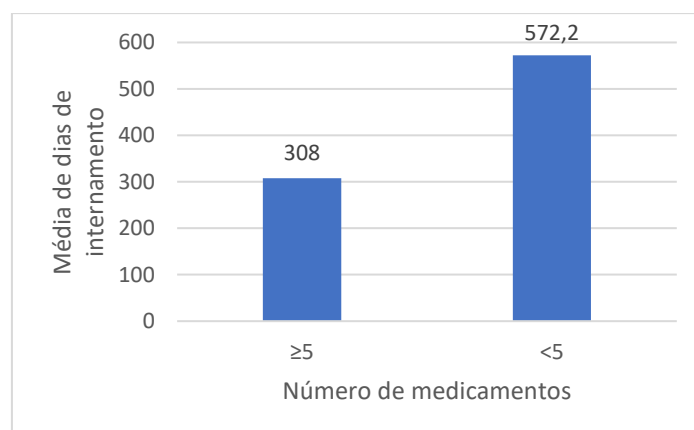
Na amostra em estudo, os resultados sugerem que ter filhos não foi preditivo de maior apoio por parte destes, uma vez que, em média, os utentes que não têm filhos ficaram internados por um período inferior após alta clínica (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com o número de filhos (n=67)



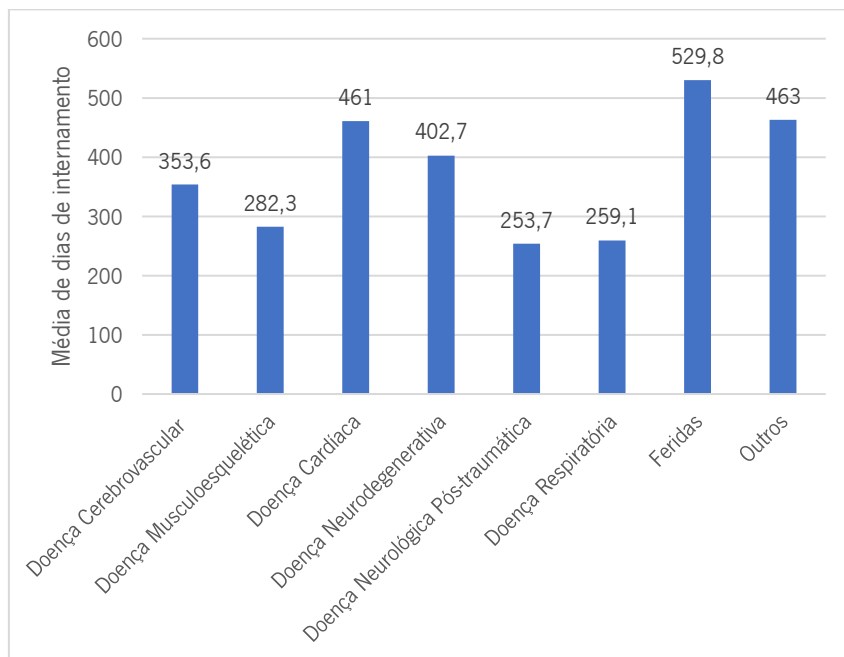
Relativamente às características clínicas consideradas na análise, os utentes polimedicados permaneceram, em média, mais 264 dias internados após a alta clínica, quando comparados com os restantes utentes (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com o número de medicamentos prescritos por dia (n=67)



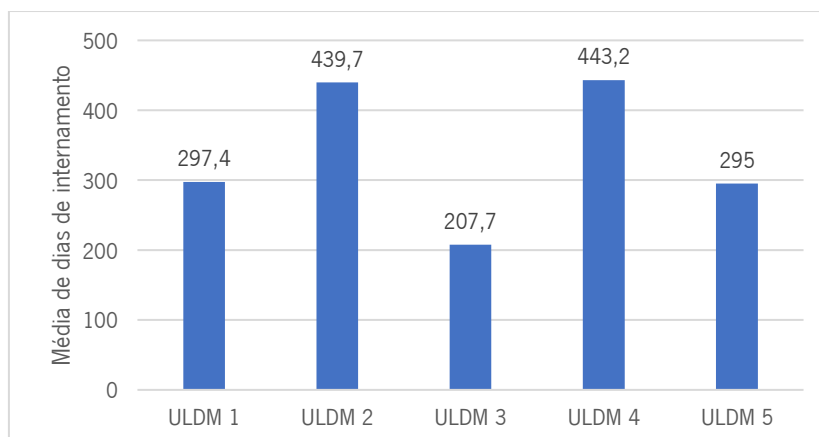
Comparativamente aos restantes grupos de diagnósticos, os utentes que foram admitidos por feridas mantiveram-se, em média, internados, após alta clínica, por mais tempo (Gráfico 20).

Gráfico 20 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos de acordo com grupo diagnóstico da admissão



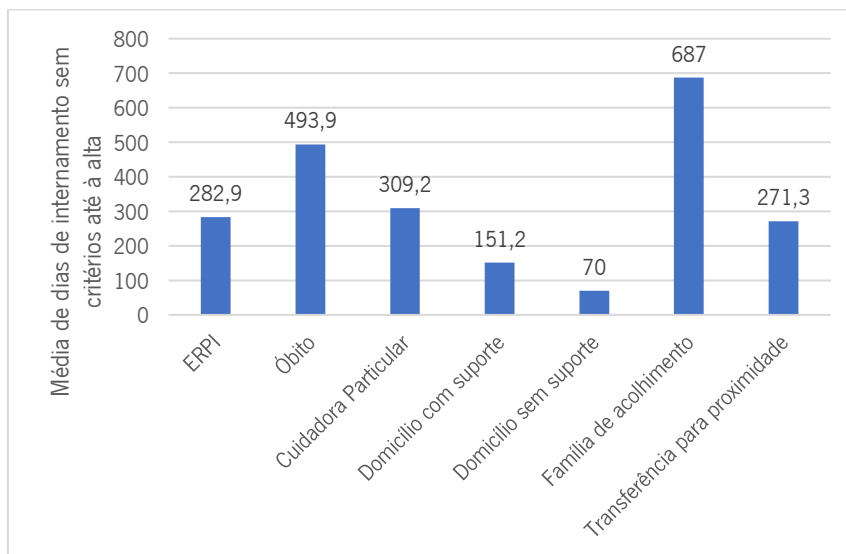
A ULDM 3 foi a unidade com menor média de tempo de permanência. As ULDM 2 e ULDM 4 foram as que apresentaram maior média, mais do dobro da ULDM 3 (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos em cada ULDM (n=67)



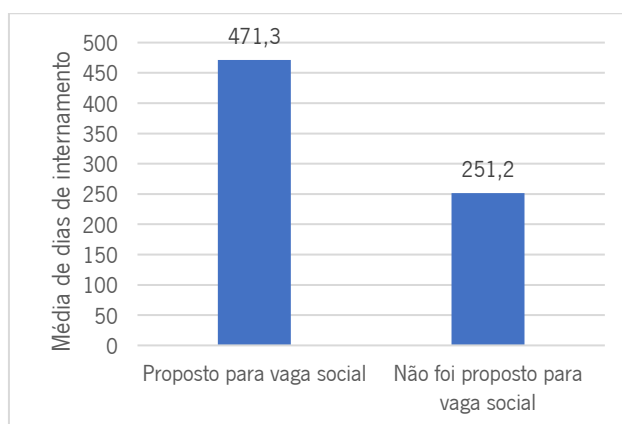
Os utentes que têm alta para o domicílio permaneceram, em média, menos dias internados após a alta clínica (Gráfico 21). Por outro lado, os utentes que se mantiveram internados por mais dias após alta clínica são os que tiveram alta para família de acolhimento (687 dias) e de seguida os utentes que faleceram antes de terem alta da instituição (493,9 dias).

Gráfico 22 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos até à alta de acordo com o destino pós-alta (n=67)



Os indivíduos propostos para vagas da responsabilidade da Segurança Social (vaga social) ficaram, em média, mais 220 dias após alta clínica (Gráfico 23), quando comparados com os indivíduos que não foram propostos para vaga social.

Gráfico 23 - Média de dias de internamento sem critérios clínicos tendo em conta se o utente foi ou não proposto para vaga social (n=67)



Os resultados sugerem que existem diferenças relevantes no número de dias de internamento, por característica dos utentes na nossa amostra. No entanto, a dispersão dos dados em torno da média amostral nos grupos considerados é também muito elevada (Anexo 4). À exceção do género dos indivíduos e da referência para vaga social, nenhuma outra diferença na distribuição dos dias de internamento após alta clínica, por característica sociodemográfica ou de natureza clínica dos utentes, se revelou estatisticamente significativa.

As diferenças de género, no número médio de dias de internamento sem critérios clínicos até à alta, são estatisticamente significativas para um nível de significância de 6% ($p\text{-value}=0.06$) tal como revelado pela aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Por fim, verificou-se que a diferença no número médio de dias de internamento sem critérios clínicos até à alta nos utentes propostos para vaga social e nos não propostos é estatisticamente significativa a níveis de significância convencionais ($P=0.000$), tal como revelado pela aplicação do teste Mann-Whitney.

7. CONCLUSÃO

O envelhecimento da população encontra-se associado ao aumento de doenças crónicas, à incapacidade e à dependência. Por força das mudanças na sociedade, é notório que as necessidades das famílias, no que concerne ao cuidar dos elementos da família com dependência, se alteraram (Giddens, 2010). Estas realidades suscitam a necessidade de novas estratégias de gestão em saúde.

A RNCCI foi criada em 2006 com o objetivo de oferecer cuidados de saúde e de apoio social a pessoas que se encontrem em situação de dependência, com critérios definidos para o ingresso e permanência em cada uma das tipologias de cuidados. O internamento em ULDM responde a questões de saúde temporária em indivíduos com necessidades de estabilização da situação clínica e na prevenção do agravamento da dependência. O utente tem alta clínica após o atingimento dos objetivos definidos, pela equipa multidisciplinar, no plano de intervenção. Após esse momento o utente deve ter alta e ser reintegrado na comunidade com o devido apoio.

O problema do protelamento das altas na RNCCI é conhecido dos profissionais, mas carece de um estudo mais aprofundado em Portugal. O presente trabalho pretende contribuir para ajudar a colmatar esta limitação.

Neste estudo, numa amostra das UDLM do Alto Ave para o ano de 2019, é evidente que a permanência após a alta clínica é um problema de elevada relevância, que contribui para uma gestão ineficiente dos recursos de saúde e do dinheiro público disponível para a saúde.

Foram apurados 79 utentes sem critérios clínicos no decorrer do ano de 2019 nas ULDM do Alto Ave, com uma permanência após alta clínica em média de 193,7 dias, que totalizou 27% da ocupação máxima destas ULDM nesse ano.

A percentagem de utentes em protelamento face ao número de utentes que foram admitidos nas ULDM do Alto Ave em 2019 foi de 18,1%. Denota-se uma diferença expressiva quando se compara esse valor com os 27% da ocupação de camas por utentes sem critérios clínicos nesse mesmo ano.

O custo estimado para o SNS ascendeu a 452 874€ pela permanência de 79 utentes internados sem critérios clínicos nas ULDM do Alto Ave em 2019, o que corresponde a um custo médio de 5740€ por cada utente. Se assumirmos que a nossa amostra possa ser representativa das UDLM do Norte, os resultados sugerem que cerca de 27% dos gastos são com utentes sem critérios clínicos, o que corresponderia a 4 685 488€ para a região Norte.

Os custos apurados neste estudo dizem respeito apenas a custos diretos do SNS (afetos ao MS) com o internamento destes utentes. No entanto, estes custos não se esgotam a esse nível. A ocupação sem critérios clínicos nas unidades da RNCCI tem impacto no aumento do tempo de permanência nos hospitais, com custos económicos e custos sociais relevantes. Existem ainda custos não mensurados relativos à saúde dos utentes.

Um dos objetivos do estudo foi identificar os determinantes com interferência direta nos dias de internamento sem critérios clínicos dos utentes que causam bloqueio de vagas. Esta caracterização é benéfica numa ótica de sinalização/identificação de casos de maior risco, o que permitiria posteriormente intervir de forma diferenciada e precoce, com o objetivo de minimizar os constrangimentos resultantes da manutenção de utentes em internamento sem critérios clínicos. Os resultados sugerem muita diferença nos valores médios, nas variáveis consideradas, mas igualmente muita variação dentro de cada grupo.

De particular relevância para a decisão pública, os resultados indiciam que os indivíduos propostos para vagas da Segurança Social têm maior tempo de internamento após alta clínica. Este resultado indicia que o problema reside fundamentalmente no sistema a jusante. A carência de respostas sociais, nomeadamente ERPI, cria bloqueios à alta de utentes institucionalizados na RNCCI.

Este problema tenderá a crescer com as maiores dificuldades das famílias em acolher dependentes. Na nossa amostra, apenas 13,1% dos indivíduos da amostra tiveram alta para o domicílio, a concorrer contra os 71,7% que tiveram alta para ERPI. O aumento de vagas na RNCCI deveria ser acompanhado pelo crescimento de respostas sociais, quer em contexto de institucionalização, quer em contexto domiciliário, permitindo a continuidade de cuidados após a alta da RNCCI. As necessidades das famílias e os apoios mais adequados para facilitar o eventual regresso ao domicílio dos utentes em ULDM requerem um estudo mais aprofundado.

Outros aspetos do sistema devem ser discutidos. Do ponto de vista do financiamento, importa referir que as instituições prestadoras da RNCCI não têm qualquer incentivo que motive os gestores destas unidades a promover a alta dos utentes, pois o valor que recebem é o mesmo por utente, tenha ou não critérios clínicos. Um utente sem critérios clínicos pode ser assumido como um indivíduo com menor complexidade e necessidades ao nível dos cuidados. Um trabalho futuro deve avaliar o impacto que os incentivos teriam nos resultados.

Ainda no que concerne ao financiamento, há a referir que quase metade dos indivíduos da amostra em estudo (48,1%) encontram-se propostos para, aquando da alta, integrar numa resposta social da

responsabilidade da Segurança Social. Estes utentes apresentam fragilidade a nível social ou económico, o que nos permite afirmar que encontram-se pouco implicados nos custos do internamento¹⁵. Ou seja, uma vez que o agregado familiar possui rendimentos reduzidos, o valor a pagar pelo utente é na maioria das vezes muito baixo ou nulo. Este facto confere a estes utentes e respetivas famílias uma posição de maior conforto a nível dos custos económicos que lhes são imputados durante o internamento nas ULDM.

Este trabalho tem limitações relevantes. Em primeiro lugar, trata-se de uma amostra de conveniência que limita a confiança na extrapolação dos dados. Um estudo mais abrangente ao nível desta problemática na RNCCI iria trazer mais conclusões e mais contributos. Assim justificar-se-ia o registo nacional das situações de protelamento da alta por critérios sociais para melhor perceção do número de utentes internados nesta situação.

Outro constrangimento prende-se com o processo de recolha de dados, uma vez que os registos não são feitos da mesma forma pelos diferentes profissionais nas respetivas ULDM. Não foi possível apurar quantos utentes tiveram, efetivamente, alta para uma vaga atribuída pela Segurança Social.

Sendo o Hospital Senhora da Oliveira (HSO) o hospital de área de referência das unidades de longa duração abrangidas pelo estudo, seria importante perceber qual o impacto que os utentes internados sem critérios clínicos nas ULDM têm na gestão de altas de utentes que estão em internamento hospitalar a aguardar vaga na RNCCI.

Propõe-se ainda a realização do estudo com um “desenho” diferente, através da análise de dois grupos distintos, em que um dos grupos teve alta após passar por um período sem critérios e o outro grupo teve alta sem passar por esse período de internamento sem critérios clínicos, assumindo que a situação social acompanhou a evolução da situação clínica.

Por último, mas não menos importante, face ao exposto neste estudo, julgo que seria pertinente avaliar também o impacto na qualidade da saúde e qualidade de vida dos utentes internados sem critérios clínicos nas ULDM.

¹⁵ Esta afirmação é feita tendo em conta o modelo tripartido de financiamento das ULDM em que a Segurança Social comparticipa parte do valor da diária de internamento de acordo com os rendimentos do agregado familiar.

8. BIBLIOGRAFIA

- Abrantes, M. (2018). *Qualidade de vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Dissertação de mestrado)*. Escola Superior de Saúde de Viseu Unidade de Enfermagem da Reabilitação (UER). Obtido em 10 de julho de 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.19/4860>
- Assembleia da República. (2019). *Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06*, 3-16. Obtido em 10 de julho de 2020, de <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Borges, H., Teodora, J., & Valente, R. (2006). *Planeamento da Alta Hospitalar do Idoso em Ortotraumatologia*. Obtido em 11 de março de 2021, de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/397>
- Comissão de Ética da UMinho. (2020). *Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, 2020, versão 2*. Universidade do Minho. Obtido em 19 de outubro de 2020, de https://www.uminho.pt/PT/uminho/Etica/Codigo-de-condutaetica/Documents/Conduta_UMinho_V01.3.pdf
- Correia, I., Ferreira, P., Pinto, L., Valente, M., & Veiga, P. (2017). *Growing older, unhealthy and unequal*. Working Paper NIMA 67, Braga, Universidade do Minho. Obtido em 10 de julho de 2021, de <http://www3.eeg.uminho.pt/publications/NIMAWp67.pdf>
- Costa, A., Dias, A., Coimbra, S., Marques, S., Dourado, A., Gonçalves, G., & Beltrão. (2016). *Estudo das dificuldades sentidas pelos Prestadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Conselho Nacional dos Cuidados Continuados- Ordem dos médicos. Obtido em 20 de julho de 2021, de https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estudo_FINAL_29NOV2016-1.pdf
- Costa, M. A. (1999). *Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros*. In *O idoso: problemas e realidades* (ISBN 972-8485-07-7 ed.). Coimbra: Formasau.
- Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S., & Vilaplana, C. (2018). Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? *Journal of Health Economics*, 58, 43-66. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002>
- DGS. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção Geral da Saúde - Ministério da Saúde. Obtido em 19 de setembro de 2020, de <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2017/04/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAdade-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- ERS. (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. Entidade Reguladora da Saúde. Obtido em 10 de julho de 2021, de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf
- Estevens, J. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*, 56, 2-24.
- Félix, M. (2014). *A Qualidade de Vida e a Satisfação dos Utentes em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Dissertação de Mestrado)*.

- Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa. Obtido em 10 de 7 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10362/14642>
- Ferreira, L. (2012). *O Efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto EPE (Dissertação de Mestrado)*. Universidade do Porto. Obtido em 20 de julho de 2021, de <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1363/1/Ferreira-L.pdf>
- Gaughan, J., Gravelle, H., & Siciliani, L. (2017). Delayed discharges and hospital type: evidence from the English NHS. *Fiscal Studies*, 38(3), 495-519. Obtido em 19 de setembro de 2020, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1475-5890.2017.12141>
- Giddens, A. (2010). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Granado, J. (2010). *Determinantes da qualidade de vida nos utentes das unidades de média duração e reabilitação (Dissertação de Mestrado)*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior. Obtido em 20 de Julho de 2021, de <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2994>
- INE. (2019). *Estatísticas Demográficas – 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2020). *Estatísticas Demográficas: 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido em 11 de março de 2021, de <https://www.ine.pt/xurl/pub/71882686>, ISSN 0377-2284. ISBN 978-989
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. Obtido em 19 de setembro de 2020, de http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/
- Instituto da Segurança Social, IP. (2017). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Lisboa.
- Instituto da Segurança Social, IP. (2021). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. Instituto Social da Segurança Social, IP, Departamento de Prestações e Contribuições,, Lisboa.
- Kim, E., & Yang, B. (2005). Cost-effectiveness of long-term care services in South Korea. *Arch Gerontol Geriatr*, 40(1), 73-83. doi:10.1016/j.archger.2004.05.007. PMID: 15531025
- Kruskal, W., & Wallis, A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47 (260), 583–621. doi:10.1080/01621459.1952.10483441.
- Leal, A. (2012). *Qualidade de vida dos idosos na Rede de Cuidados Continuados (Dissertação de Mestrado)*. Universidade do Algarve. Obtido em 10 de julho de 2021, de <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/5816>
- Lopes, H., Mateus, C., & Hernández-Quevedo, C. (2018). Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges. *Health Policy*, 122(3), 210-216. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.001>.
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *Annals of Mathematical Statistics.*, 18(1), 50-60. doi:10.1214/aoms/1177730491. MR 0022058. Zbl 0041.26103

- Martins, R., Henriques, T., & Carvalho, N. (2018). Impacto do internamento na rede nacional de cuidados continuados integrados na melhoria dos níveis da capacidade funcional dos utentes. *Gestão e Desenvolvimento*, 26, 179-193. doi:10.7559/gestaoedesenvolvimento.2018.661
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06*. Obtido em 10 de julho de 2021, de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Ministério das finanças. (2019). *Portaria n.º 17/2019*. (d. T. Ministros das Finanças, Ed.) Obtido em 10 de dezembro de 2020, de <https://data.dre.pt/eli/diario/1/10/2019/0/pt/htm>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019 b). *Rede de Serviços e Equipamentos 2018*. Gabinete de Estratégia e Planeamento; Ministério do Trabalho e Solidariedade.
- Monteiro, M. C. (2014). *Determinantes sociais condicionantes das altas clínicas dos doentes da rede nas UCCL: Um estudo de caso (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Lusófona. Obtido em 10 de julho de 2020, de <http://hdl.handle.net/10437/4714>
- Monteiro, M. C., Santos, O., & Costa, M. D. (2014). *Prorrogações dos internamentos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados por motivos não-clínicos: a percepção de profissionais de saúde sobre factores sociais no processo das altas*. Lisboa, Portugal: Instituto de Segurança Social IP.
- Moura, A. (2021). *Do subsidized nursing homes and home care teams reduce hospital bed-blocking? Evidence from Portugal*. Working Paper. Obtido em 10 de julho de 2021, de <https://anamoura.site/files/MouraJMP.pdf>
- MTSSS. (2019 a). *Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário*. Obtido em 26 de junho de 2021, de https://www.seg-social.pt/documents/10152/16410376/Protocolo_cooperacao_2019_2020.pdf/555fdcce-c89f-4820-aaab-9d2fb8b48b7f
- Natário, A. (2019). *Impacto económico do tempo de internamento prolongado na unidade de AVC (Dissertação de mestrado)*. Faculdade de Economia; Universidade do Porto.
- OCDE. (2020). *Spending on long-term care*. Obtido em 22 de julho de 2021, de <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>
- OECD. (2020). *Spending on long-term care*. Obtido em 22 de julho de 2021, de <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>
- OECD/Eurostat/WHO. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing. doi:<https://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer n.º12/2011*. Lisboa: MCEER. Obtido em 27 de junho de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave, Braga*.

- Universidade do Minho. Centro de Investigação em Enfermagem (CIE). Obtido em 7 de julho de 2021, de <http://hdl.handle.net/1822/42603>
- Pinheiro, E. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em unidades de cuidados continuados (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança. Obtido em 20 de 7 de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/153414405.pdf>
- Pinto, D. (2013). *Porque vão os idosos para lares? Determinantes o internamento de pessoas idosas (Dissertação de mestrado)*. Lisboa: Instituto Nacional de Ciências Sociais e Políticas; Universidade de Lisboa. Obtido em 20 de julho de 2021, de https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6622/1/Dora%20Pinto_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20para%20obten%C3%A7%C3%A3o%20de%20grau%20de%20Mestre_Vers%C3%A3o%20Final.pdf
- Pita Barros, P. (1988). The Black Box of Health Care. *Health Economics*, 4(7), 533–544. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199809\)7:6<533::AID-HEC374>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199809)7:6<533::AID-HEC374>3.0.CO;2-B)
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J., Cylus, J., Mackenbach, J., & Knai, C. e. (2013). Ageing in the European Union. *Lancet*, 381, pp. 1312–1322.
- RNCCI. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados-Relatório Final*. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Obtido em 19 de setembro de 2020, de http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Rel_Imple_Monit_RNCCI_
- RNCCI. (2020). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 2019*. Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados. Obtido em 19 de setembro de 2020, de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Sá, E. (2012). *Idosos em internamento hospitalar com dificuldades de reinserção sócio-familiar: análise multidimensional na Região Autónoma da Madeira (Dissertação de mestrado)*. Universidade da Madeira. Obtido em 2 de Julho de 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.13/473>
- Santos, R. J. (2019). *Participação social, satisfação com a vida e qualidade de vida: um estudo sobre programas públicos com pessoas mais velhas*. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Porto: Editora Lidel.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas- Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- UMCCI. (2009). *Guia da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Obtido em 19 de setembro de 2020, de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>
- UMCCI. (2012). *Manual de planeamento e gestão de altas*. Lisboa: Unidade de Missão para os cuidados continuados; Ministério da Saúde. Obtido em 12 de fevereiro de 2020, de http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: 2021-06-21
REFERÊNCIA: CE/2021/60

PARA: CONSELHO DIRETIVO

DE: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20200120 - Determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM

A - Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Administração Regional de Saúde do Norte I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T20200120, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pelo Investigador Carlos Manuel Santos Junco, Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) António Francisco Guimarães, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto, sobre o estudo intitulado "Determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM", a realizar no âmbito do projeto de dissertação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho (UM), sob orientação da Professora auxiliar do Departamento de Economia da Escola de Economia e Gestão da UM, Paula Alexandra Correia da Veiga Benesch.
2. Fazem parte do processo de avaliação o *curriculum vitae* do Investigador, o protocolo de investigação, com cronograma e menção ao orçamento, documento de recolha de dados, declaração de compromisso de confidencialidade dos dados, da utilização destes apenas neste projeto e de entrega a esta CES de uma cópia do resultado final do trabalho, parecer favorável da Enfermeira Ana Isabel Costa Magalhães, Coordenadora da Equipa Coordenadora Local (ECL) do ACES Alto Ave e declaração da Orientadora do projeto.
3. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, cujo objectivo é o de compreender os determinantes do protelamento da alta de utentes sem critérios clínicos internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM).
4. A população do estudo é constituída por todos os utentes internados nas ULDM do ACES Alto Ave e a amostra pelos doentes internados no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019 sem critérios clínicos.
5. Os dados estudados serão fornecidos pela ECL do Alto Ave e complementados pela consulta do Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (GestCare® - sistema informático de suporte).

B - Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Dada a natureza dos dados a utilizar, deverá o acesso aos mesmos ser objeto de apreciação e autorização pela entidade que os tem à sua guarda e/ou consentimento informado dos participantes e/ou anonimização.
2. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para investigação.
3. Estão garantidos os princípios éticos da igualdade, justiça e autonomia, com respeito pelos valores, interesses e opções pessoais dos participantes.

C - Conclusões

1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.

EXARADO NA ATA Nº 2021_29
REUNIÃO DE 2021-07-15

DELIBERADO AUTORIZAR
2021-07-15

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

Ponciano Oliveira
Vogal do CD

À consideração superior
2021-06-28

Pedro Teixeira
Vice-Presidente da CES



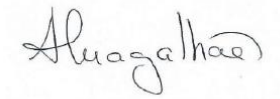
Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

Tel: 22041 1000
Fax: 22004 1005

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

Decisão aprovada por unanimidade em reunião do dia 27 de maio de 2021



Maria Assunção Magalhães
Enfermeira Gestora



ANEXO 2: PARECER DA ECL DO ALTO AVE

PEDIDO DE PARECER PARA RECOLHA DE DADOS

Eu, Carlos Manuel Santos Junco, aluno do 2º Ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade do Minho, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre, venho por este meio solicitar o seu parecer, para a realização de um Estudo de Investigação intitulado: "Determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM".

A população alvo deste estudo são todos os utentes internados nas ULDM do Alto Ave, no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2019.

Este estudo tem como objetivo calcular as determinantes e os custos para o Serviço Nacional de Saúde da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM. Neste sentido, pretendo efetuar uma colheita de dados utilizando o instrumento de recolha de dados que segue em anexo.

De referir que é garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Do estudo a realizar não resultarão, para nenhuma das entidades envolvidas, quaisquer encargos financeiros ou outros.

Findo a realização da tese proposta ser-vos-á disponibilizada uma copia.

Agradeço a atenção disponibilizada.

Com os mais respeitosos cumprimentos.

Data: 25/11/2020

O mestrando: Carlos Junco

(Carlos Junco)

A preencher pela entidade a que se destina

Tomei conhecimento do estudo, dos seus objetivos e dos dados solicitados. Este pedido é deferido:

Assinatura: Ana Isabel Costa Magalhães

Cargo que representa na entidade: Comandante da ECL Alto Ave

Entidade: Equipa Assistentes locais (ECL)

Data: 26/11/2020

ECL do Alto Ave

Rua Francisco Fernandes Guimarães
4810-503 Urgezes - GUIMARÃES

ANEXO 4: DIAS DE INTERNAMENTO SEM CRITÉRIOS ATÉ À ALTA – ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Variáveis	Dias de internamento sem critérios (valor aproximado)			Desvio-padrão	
	Média	Máximo	Mínimo		
Gênero	Masculino	283,6	1459	26	307,4
	Feminino	383,9	1206	36	286,9
Idade	≥85	385,4	1459	26	328,9
	<85	312,9	1206	36	265,5
ULDm	ULDm 1	297,4	602	80	191,4
	ULDm 2	439,7	1459	41	349,7
	ULDm 3	207,7	644	36	160,8
	ULDm 4	443,2	1206	45	384,8
	ULDm 5	295,0	559	26	222,2
Área de residência	Distrito de Braga	350,6	1459	36	293,6
	Outros distritos	327,4	1161	26	321,5
Estado civil	Não casado	329,4	1206	26	285,7
	Casado	366,3	1459	36	311,9
Dependência prévia	Previamente autónomo	323,7	1206	26	288,6
	Previamente dependente	364,9	1459	36	305,3
Proveniência	Hospital - Referenciação pela EGA	375	862	70	232,7
	Transferência para outra tipologia	267,8	703	74	200,4
	Transferência para proximidade	356,5	1459	26	378,0
Coabitante no domicílio	Tinha coabitante no domicílio	361,0	1459	36	293,9
	Sem coabitante no domicílio	309,7	1161	26	307,5
Vaga social	Proposto para vaga social	471,3	1459	75	328,1
	Não foi proposto para vaga social	251,2	1161	26	231,8
Destino após a Alta	ERPI	282,9	823	26	227,1
	Óbito	493,9	1161	75	303,5
	Cuidadora Particular	309,2	644	102	202,4
	Domicílio com suporte	151,2	252	92	61
	Domicílio sem suporte	70,0	70	70	
	Família de acolhimento	687,0	1206	168	734,0
	Transferência para proximidade	271,3	336	190	74,4
Filhos	Sem filhos	259,8	318	229	34,1
	1 ou 2 filhos	395,4	1161	45	298,0
	3 ou mais filhos	325,1	1459	26	314,0
Grupos de diagnósticos principais	Doença Cerebrovascular	353,6	1206	45	326,7
	Doença Musculoesquelética	282,3	748	26	202,7
	Doença Cardíaca	461,0	545	329	115,7
	Doença Neurodegenerativa	402,7	641	231	213,0
	Doença Neurológica Pós-traumática	253,7	602	41	304,1
	Doença Respiratória	259,1	703	36	212,8
	Feridas	529,8	1161	80	464,9
	Outros	463,0	1459	122	443,0
Polimedicado (n=64)	Sim	308,0	862	36	218,6
	Não	572,2	1206	26	567,5