



Implementação da Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Elsa Maria Cruz de Sá

Trabalho de Projecto apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde

Orientador: Professora Doutora Carminda Morais
Co-Orientador: Professora Doutora Manuela Cerqueira

Viana do Castelo, Dezembro de 2011



Implementação da Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Aluno: Elsa Maria Cruz de Sá

Orientador: Professora Doutora Carminda Morais

Co-Orientador: Professora Doutora Manuela Cerqueira

Viana do Castelo, Dezembro de 2011

Resumo

Este trabalho de projecto ultrapassa o seu sentido tecnicista original, adquirindo uma orientação construtivista e integrada que aponta para a capacidade de agir e reagir de forma pró-activa perante situações mais ou menos complexas, através da mobilização de conhecimentos, atitudes e procedimentos adquiridos no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão das Unidades de Saúde (MGO – GUS) no sentido de dar resposta a um projecto institucional, designadamente no que se refere à Implementação da Reforma da Saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde se premeia a formação de equipas em cuidados de saúde, como respostas mais efectivas aos problemas de saúde da comunidade. Pois, promove-se a abertura organizacional a novos modelos de cuidados, que incorporam novos paradigmas, orientados para uma intervenção multidisciplinar tendo como enfoque principal as pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. Todos os intervenientes neste sector do mercado percebem que a saúde e a sua protecção são um bem económico altamente dispendioso e não *gratuito*, ainda que frequentemente o seja no momento da utilização dos serviços. Estas premissas estão subjacentes ao objectivo preconizado para este trabalho: Implementação de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Para a sua consecução está implícita a necessidade inadiável, na conjectura económica e financeira actual, periodizada através da adaptação às necessidades do cidadão, de forma a garantir o acesso aos cuidados necessários e adequados, no tempo e locais certos, visando assegurar a continuidade dos cuidados, mediante intervenções coordenadas e articuladas entre os diferentes sectores sociais, constituindo uma estratégia que visa maximizar a prestação dos cuidados de saúde comunitários de proximidade, sendo um componente de Inovação no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes pressupostos conceptuais constituíram-se, em grande medida, norteadores da dimensão praxiológica do trabalho desenvolvido. Assim, foram planeados, desenvolvidos e validados os documentos que servem de suporte à implementação da ECCI, nomeadamente a candidatura, a carta de compromisso, o manual de articulação, o regulamento interno e vários documentos no âmbito da operacionalização, que permitiram a abertura da ECCI Norte. A monitorização e o acompanhamento, enquanto etapa fundamental do processo de controlo, das actividades desenvolvidas, no sentido da mudança se concretizar com o envolvimento de todos, deve também ser progressivamente estudado e adaptado de forma a permitir identificar os principais problemas, virtudes, estabelecer alertas e recomendações no apoio à gestão operacional. Neste sentido, procuramos que este projecto assegurasse uma intervenção marcada pela singularidade, unicidade e congruência interna.

Palavras-chave: Reorganização das políticas de saúde em Portugal; intervenção multidisciplinar; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; cuidados de saúde comunitários de proximidade.

Abstract

This project work goes beyond its original technician meaning, gaining an integrated and constructivist orientation pointing out to the ability of acting and reacting in a pro-active way when situations, in some way complex, arise, through the mobilization of knowledge, attitudes and procedures acquired in the Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão das Unidades de Saúde (MGO – GUS), in the attempt of answering to an institutional project, specially when it comes to Implement the health Reformation in Primary Health Care (CSP), where the formation of health care teams is awarded, considering them as more effective answers to the community's health problems. The organizational opening to new care models is promoted. Care that can incorporate new paradigms, oriented to a multidisciplinary intervention mainly focusing people in functional dependence, terminal illness, or in a recovery process, with a social support web, whose situation does not request admission to the hospital. Every intervenient in this market realize that health and its protection are an economic asset highly expensive and not free, although it's usually free when we use those services. These premises are underlying the main purpose of this work: implementation of an integrated and continued health care team. For that to be possible it's implied the urgent need in nowadays economic and financial forecast periodized through the adaptation to the citizen's needs, in a way that can guarantee the access to necessary and proper health care, in the right timing and right place, ensuring the continuing of the care, with coordinated and articulated interventions with the different social sectors, building a strategy that aims to enlarge the health care providing in communities. This is an innovation component in Serviço Nacional de Saúde (SNS) (National Health Service). These conceptual assumptions were built mainly guided by the praxeological dimension of the developed work. So, one planned, developed and validated documents that support the implementation of the ECCI, namely the application form, the commitment letter, the articulation manual, the internal regulation and several documents about the establishment that allow the opening of ECCI Norte. Monitoring and accompanying while fundamental stage in controlling all the developed activities, so that change can happen with everybody's involvement, should also be progressively studied and adapted, so that it can identify the main virtues and problems, to establish alerts and recommendations in the support of the operational management. In this line of thought, we tried that this project assured an intervention marked by singularity, unity and internal congruence.

Key- words: Reorganization of Health politics in Portugal; multidisciplinary intervention; Integrated Continued Care Team; proximity community health care.

Resumen

Este trabajo de proyecto sobrepasa su orientación originalmente tecnicista, adquiriendo una dirección constructivista e integrada que resalta la capacidad de actuar e reaccionar activamente frente a situaciones más o menos complejas, a través de la aplicación de conocimientos, posturas y procedimientos adquiridos durante el "Mestrado em Gestão das Organizações- ramo Gestão das Unidades de Saúde (MGO-GUS)". El objetivo sería el de responder a un proyecto institucional en lo que se refiere a la implementación de la Reforma de la Salud en el campo de la Atención Primaria, reforma esta que premia la formación de equipos en cuidados de salud como respuestas más efectivas a los problemas de la comunidad. Se promueve la apertura organizativa a nuevos modelos de cuidados, que incorporan nuevos paradigmas, dirigidos para una intervención multidisciplinar que tenga un enfoque orientado principalmente a las personas con dependencia funcional, enfermedad terminal o en proceso de convalecencia, con una red social de apoyo y cuya situación no necesite de ingreso. Todos los intervinientes en este sector del mercado social entienden que la salud y su protección son un bien económico muy costoso e no gratuito, aunque frecuentemente lo sea en el momento de la utilización de los servicios. Estas premisas sustentan al objetivo precognizado para este trabajo: Puesta en marcha de un Equipo de Cuidados Continuados Integrados. Para concretarlo se encuentra implícita la necesidad urgente, en la coyuntura económica actual, de adaptarse a las necesidades de los ciudadanos, para garantizar el acceso a los cuidados necesarios y adecuados, en el tiempo y el lugar correctos, orientándose hacia una continuidad de los cuidados, mediante intervenciones articuladas entre los diferentes sectores sociales, constituyendo una estrategia que busca una prestación de cuidados comunitarios de proximidad, constituyendo un elemento innovador en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Estos presupuestos conceptuales se constituyeron en gran parte como orientadores de la dimensión praxiológica del trabajo que fue desarrollado. De esta forma fueron planeados, creados y validados los documentos que sirven de base para la implementación de la ECCI, que serían la candidatura, la carta de compromiso, el manual de articulación, el reglamento interno y varios documentos relacionados con la puesta en práctica del proyecto, que permitieron la apertura de la ECCI Norte. La monitorización y el acompañamiento como etapas fundamentales de proceso de control de las actividades desarrolladas, en el sentido de la consecución del cambio con la participación de todos, deben ser también estudiadas y adaptadas progresivamente para permitir identificar los principales problemas o virtudes, establecer mecanismos de alerta y recomendaciones en el apoyo de la gestión operativa. En este sentido intentamos que este proyecto significara una intervención marcada por su singularidad y congruencia interna.

Dedicatória

Ao meu marido, aos meus filhos e a todos os meus amigos, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Agradecimentos

À Professora Doutora Carminda Morais, que nos momentos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

À Professora Doutora Manuela Cerqueira, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos vocês o meu sincero

Obrigada!

Acrónimos, abreviaturas e siglas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
MGO - GUS	Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão das Unidades de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidades de Saúde Familiares
USP	Unidades de Saúde Pública
SNS	Serviço Nacional de saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
SRS	Sub – Região de Saúde
EPE	Entidades Públicas Empresariais
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados
ECR	Equipa Coordenadora Regional
ECL	Equipa Coordenadora Local
EGA	Equipa de Gestão de Altas
UMCSP	Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UAG	Unidade de Apoio à Gestão
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SONHO	Sistema Integrado para Informação Hospitalar
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
Gestcare CCI	Sistema de Informação Centralizado, com suporte Web para os Cuidados Continuados Integrados
AVC	Acidente Vascular Cerebral
INE	Instituto Nacional de Estatística
n.	Número
DGS	Direcção Geral da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Resumen	iii
Acrónimos, abreviaturas e siglas	vi
Índice de tabelas	x
Índice de figuras	xi
INTRODUÇÃO	1
I PARTE - Pensar na criação e implementação da ECCI no contexto dos mercados em saúde	4
1 - CUIDADOS DE SAÚDE – OBJECTO DE TRANSACÇÃO NA ECONOMIA DA SAÚDE	5
1.1 - Mercados da saúde.....	7
1.2 - Necessidade versus procura de cuidados de saúde	8
1.3 - Desigualdades no acesso aos serviços de saúde	10
1.4 - Oferta de cuidados de saúde	11
1.5 - Mercados dos cuidados de saúde	13
2 - A REORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	19
2.1 - Perspectivando os cuidados de saúde na evolução do SNS	19
2.2 - A RNCCI na reorganização dos cuidados de saúde	22
2.3 - Reforma dos CSP	31
2.4 - ECCI no contexto da reforma dos CSP	36
II PARTE - ECCI : Consubstanciando um projecto	44
1 - ANÁLISE DE SITUAÇÃO	46
1.1 - A implementação da ECCI no contexto da realidade portuguesa	46
1.2 - Caracterização da população alvo.....	52
1.3 - Recursos	59
2 - PLANO DE ACÇÃO	62
3 - DO PLANEADO AO DESENVOLVIDO	66
4 - PERSPECTIVANDO A CONTINUIDADE	71
5 - CONCLUSÃO	73

BIBLIOGRAFIA	76
Anexos	83
Anexo I - Candidatura da ECCI e e-mail comprovativo da aprovação da candidatura	84
Anexo II - Carta de Compromisso	85
Anexo III - Manual de Articulação	86
Anexo IV - Preparação do Regulamento Interno	87
Apêndices	88
Apêndice I - Actividade 1: Planeamento da Implementação da ECCI.....	89
Apêndice II - Actividade 2: Operacionalização: transformar a ideia em acção.....	90
Apêndice III - Actividade 3: Monitorização e acompanhamento da implementação	91
Apêndice IV - Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho.....	92
Apêndice V - Satisfação	93
Apêndice VI - Cronograma de acompanhamento do desempenho dos objectivos.....	94
Apêndice VII - Definição de objectivos e indicadores para a ECCI	95
Apêndice VIII - Construção do Plano de Intervenção Individual.....	96
Apêndice IX - Delineação da organização do processo do utente em suporte de papel	97

Índice de tabelas

Tabela 1 – Número de utentes segundo o acesso a médico de família	53
Tabela 2 - Número de utentes segundo a unidade de saúde e o acesso a médico de família ...	53
Tabela 3 - População a ser abrangida pela ECCI	54
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais da ECCI, segundo o grupo profissional e número de horas a atribuir	59
Tabela 5 - Distribuição dos profissionais da ECCI por perfil profissional.....	60
Tabela 6 – Material existente.....	61

Índice de figuras

Figura 1 – Processo de referenciação de um utente para a RNCCI.....	30
Figura 2 - Diagrama de espinha de peixe	49
Figura 3 - Distribuição percentual dos utentes segundo o grau de dependência	56
Figura 4 - Distribuição numérica dos utentes segundo o motivo da dependência.....	56
Figura 5 - Distribuição percentual dos utentes segundo o risco de desenvolver úlcera de pressão	57
Figura 6 - Distribuição percentual dos utentes que desenvolveram úlcera de pressão.....	58
Figura 7 - Distribuição percentual dos utentes segundo a situação de cicatrização úlcera de pressão	58

INTRODUÇÃO

Na conjectura económico-financeira actual, pensar na criação de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) no contexto dos mercados da saúde é premente, uma vez que a nível da sócia economia deve competir o estudo dos problemas da saúde das populações onde os custos/benefícios devem ser analisados. Neste sentido, a saúde como um pré requisito para a manutenção do equilíbrio das pessoas e da sociedade, aparece como um elemento construtivo de ordem social, exigindo uma prática de cuidados de saúde que responda às mudanças ocorridas e que afectam negativamente a saúde, pelo que urge delinear estratégias nesse sentido. No entanto, o mercado da saúde não pode ser comparado a nenhum outro mercado, ou seja, ninguém vai a este tipo de mercado *encher o saco*, pois o seu objecto mercantil é os cuidados de saúde e neste sentido *ninguém compra nem vende saúde*. Não podemos negligenciar que se trata de um tipo de mercado com características muito peculiares de outros tipos de mercado.

A contextualização dos agentes envolvidos no mercado da saúde e as suas inerentes especificidades são a pedra basilar da análise efectuada aos cuidados de saúde na sua vertente económica, dado que os cuidados de saúde constituem um negócio definido como transacção mercantil entre as partes, em que o agente da procura é o utente e o agente da oferta são os profissionais de saúde. Neste processo dinâmico e contínuo, está subjacente os novos desafios colocados aos sistemas de saúde provocados pela evolução constante e cada vez mais rápida do seu ambiente externo, exigindo uma resposta efectiva a nível das políticas de saúde.

Se até há bem pouco tempo a gestão dos cuidados de saúde estava alheada das técnicas e ferramentas de gestão aplicadas a outros sectores da economia, o estado da arte dita uma obrigatoriedade emergente em aplicar essas técnicas/ferramentas aos cuidados de saúde, nomeadamente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A reforma dos cuidados de saúde primários apresenta, em termos gerais, como aspectos inovadores, o modelo organizacional aplicado às unidades prestadoras de cuidados e às unidades de gestão, entre muitos outros. Importa salientar que o trabalho nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) passa a ser executado por equipas multi-profissionais, compostas por regra por um pequeno número de médicos, enfermeiros, administrativos, podendo vir a ser integrados, de acordo com a contratualização de serviços, outros profissionais de saúde ou de apoio social, dependendo das necessidades da população da área em questão. Sobressaem assim, os cuidados de proximidade, visando a articulação entre prestadores, a complementaridade e coordenação dos recursos e o aproveitamento integral das capacidades existentes, assentes na negociação, colaboração e coordenação. Estes cuidados são operacionalizados pelas unidades funcionais do ACES, essencialmente as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Mediante esta panóplia de oportunidades de mudança, e fazendo parte integrante de uma equipa com grande capacidade técnica e relacional, com espírito aberto á inovação, extraordinariamente

motivada e com grande expectativa nesta reorganização das políticas de saúde, nomeadamente nos CSP e implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enfatizando a ECCI e premiando um nível intermédio de cuidados num contexto de proximidade, salientando-se uma abordagem multidisciplinar com previsíveis ganhos em saúde, são elementos imperdíveis para delinear um novo rumo, na caminhada para a criação da implementação da ECCI.

Optou-se fundamentalmente por um *modus operandi*, uma estratégia que implica um método de acção participado, solidário, tendo em vista objectivos realizáveis e estabelecidos de comum acordo, sustentados pelo contributo imprescindível da primeira componente do ciclo de estudos do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão das Unidades de Saúde (MGO-GUS), que impulsionou a operacionalização da unidade curricular de Dissertação, envolvendo a realização de um trabalho de projecto original, sua discussão e aprovação, pretendendo a obtenção conducente de grau de mestre.

É neste contexto que emerge a ECCI, pretendendo ir ao encontro de algumas das especificidades do mercado em saúde quando define os cuidados que deve produzir (prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social), como devem ser produzidos esses bens [estreita articulação com as Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP) e com a Equipa Coordenadora Local (ECL)] e quem os vai consumir (a pessoas em situação de dependência funcional, de doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma). Trata-se do relatório subjacente ao trabalho de projecto, que tem como meta principal “A implementação de uma ECCI”, no contexto da reorganização das políticas de saúde em Portugal, reflectindo nas tendências do mercado dos cuidados de saúde e da reforma dos CSP.

Neste sentido, o relatório assenta em duas dimensões: na primeira, perspectiva-se os cuidados de saúde na sua dimensão económica; na segunda dimensão centramo-nos na operacionalização da ECCI. Assim, no segundo ponto desta primeira parte do relatório será efectuada uma abordagem à reorganização das políticas de saúde na perspectiva da evolução dos cuidados de saúde em Portugal, pretendendo-se perceber de que forma as políticas de saúde em Portugal influenciaram a prestação de cuidados de saúde, tanto nos cuidados hospitalares, como nos cuidados de saúde primários. Considerou-se também a importância de salvaguardar o direito à saúde como condição necessária para adquirir direitos sociais, nomeadamente o acesso à RNCCI de forma a satisfazer as suas necessidades em cuidados de saúde.

Na segunda dimensão, no primeiro ponto, procede-se ao planeamento da sua operacionalização. Optou-se por iniciar a etapa primordial do planeamento com um diagnóstico de situação de saúde detalhada, em termos populacionais e socioeconómicos. Foi efectuada uma sucinta descrição em

termos de acessibilidade aos cuidados de saúde por parte da população e por último foi reservado um espaço para os recursos. No segundo ponto, perspectiva-se o plano de acção, que por razões de sistematização foi organizado em cinco grandes eixos: planeamento da implementação da ECCI; operacionalização: transformar a ideia em acção; monitorização e acompanhamento da implementação; formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho; e satisfação. Destes cinco eixos emergem as fichas projecto que são o fio condutor na criação implementação da ECCI. No terceiro ponto aborda-se a operacionalização do preconizado no ponto anterior. No quarto ponto perspectiva-se a continuidade. Num último ponto é apresentada a conclusão ao trabalho.

I PARTE - Pensar na criação e implementação da ECCI no contexto dos mercados em saúde

1 – CUIDADOS DE SAÚDE – OBJECTO DE TRANSACÇÃO NA ECONOMIA DA SAÚDE

O bem produzido no mercado da Saúde são os cuidados de saúde que constituem um negócio, definido como transacção mercantil entre partes, em que o agente da procura é o utente/utilizador/consumidor e o agente da oferta são os profissionais de saúde. Daí emerge, muito provavelmente, a afirmação proferida por Pedro Pita Barros “ não se compra nem se vende saúde” (Barros,2007,para.1). Talvez uma das marcantes diferenças observadas neste mercado seja o facto de o consumidor não *encher o saco de compras*, uma vez que o objecto da transacção são os cuidados de saúde. As escolhas relativamente à procura são completamente diferentes de outro mercado qualquer, assim como os agentes, que também, apresentam comportamentos diferenciados relativamente ao que acontece nos outros mercados. A sua decisão face à procura, está impregnada de subjectividade, incertezas e outras especificidades que caracterizam o mercado da saúde (tanto a nível da procura como da oferta) e portanto, presumivelmente sente-se tentado a consumir todas as alternativas que lhe são apresentadas.

A reflexão sobre as especificidades que caracterizam o sector da saúde, nomeadamente o seu objecto mercantil – os cuidados de saúde, que o tornam único em comparação com outros mercados é a proposta para iniciar a discussão na sua dimensão económica, pois as políticas de saúde e a sua reorganização têm que, obrigatoriamente, ter por base toda esta panóplia de especificidades que estão inerentes ao sector económico da saúde.

Perspectivar o mercado como mecanismo pelo qual compradores e vendedores de uma mercadoria se confrontam para determinar o seu preço e quantidade, pressupõe a existência da soberania do consumidor, que irá decidir com base no conhecimento da utilidade que lhe é oferecida pelo consumo. Assim “...o consumo de bens proporciona a quem os consome uma certa ‘utilidade’ e que esta utilidade é tanto maior quanto maior for o consumo do bem” (Mata,2009,p.81). A teoria da oferta e da procura demonstra como as preferências dos consumidores determinam a procura dos bens, enquanto que os custos das empresas são a base da oferta. Do equilíbrio entre a oferta e a procura resulta o preço e a quantidade transaccionada de cada bem. Quando o preço de um bem aumenta, mantendo-se tudo o resto constante, os compradores tendem a consumir menos desse bem. De forma similar, quando o preço de um bem diminui, mantendo-se tudo o resto constante, a quantidade procurada desse bem aumenta.

Quando existem alterações de factores, que não o preço do próprio bem, que afectam a quantidade procurada, denominam-se por deslocações da curva da procura. A procura aumenta (ou diminui) quando a quantidade procurada para cada preço de mercado aumenta (ou diminui). O equilíbrio de mercado ocorre no preço a que a quantidade procurada é igual à quantidade oferecida (Mata,2009).

Num mercado concorrencial, este equilíbrio resulta da intersecção das curvas da oferta e da procura e nele não há tendência para o preço descer ou subir. O preço de equilíbrio pode ser também chamado de preço de fecho do mercado, isto significa que todas as ordens de compra foram satisfeitas e a produção toda vendida, ou seja fecharam-se as posições de compra e de venda.

Para que o mercado forneça, tem de haver quem, havendo quem, temos de saber se é melhor e se é o melhor; e escolhendo o melhor, temos de avaliar se faz o melhor e como vamos coordenar os vários contextos do mercado, a partir de um conjunto de contratos definidos e independentes. Estas inquietações relacionadas com o mercado implicam custos de transacção. Estes são custos associados ao uso do mercado para organizar a actividade económica. São custos de procura, de informação, de negociação, de realização e cumprimento de contratos, de decisão, etc. Para isso “... duas características do comportamento humano contribuem decisivamente para que estas condições possam surgir: racionalidade limitada e comportamento oportunista” (Mata,2009,p.250). Há também, custos de oportunidade, no caso de a solução escolhida não ser a melhor. A racionalidade limitada está associada à incerteza e à complexidade: “mesmo que as pessoas queiram decidir de forma racional, existem limites à capacidade de processar informação e de resolver problema” (Mata,2009,p.251). O comportamento oportunista está associado à informação assimétrica – “normalmente, o vendedor sabe melhor o estado do objecto da transacção ou as suas reais potencialidades do que o comprador” (Mata,2009,p.252). Neste contexto, a selecção adversa reporta-se à tendência do indivíduo com informação privada sobre algo, que pode afectar os custos ou benefícios de um potencial parceiro com quem realize um contrato, apresentar uma proposta que pode ser prejudicial a esse parceiro. O risco moral existe quando não podemos à partida saber se, após a realização do contrato, a outra parte contratante cumpre ou não as suas obrigações. Existe quando a probabilidade de uma determinada actividade ocorrer é influenciada por uma das partes do contrato, mas quando o comportamento dessa parte não puder ser observado.

Uma empresa com reputação e imagem que subcontrate outras empresas para vender o seu produto, pode não ter da parte dessas empresas esforço para vender, divulgar e ser eficiente. Elas vivem à custa do esforço da empresa mãe e de outras mais interessadas. Podem ainda prejudicar o desempenho das outras contratadas. Isto tanto mais quanto os consumidores são esporádicos. Depreende-se assim que o efeito de uma actividade sobre outros agentes económicos, aumentando ou diminuindo o seu bem – estar é denominada de externalidade (Mata,2009).

Não podemos subscrever esta ideia quando falamos em empresas ligadas ao sector da saúde, uma vez que o objecto mercantil, os cuidados de saúde, estão impregnados de especificidades que só este sector do mercado comporta. Assim, importa abordar este mercado, na perspectiva dos cuidados de saúde, como objecto de transacção na economia da saúde.

1.1 - Mercados da saúde

Na área da saúde, o objecto de transacção são os cuidados de saúde, sendo que, as escolhas relativamente à sua procura são completamente diferentes de outro mercado qualquer, assim como os agentes nessa área também apresentam comportamentos diferenciados relativamente ao que acontece nos outros mercados.

Qualquer abordagem aos cuidados de saúde reflecte a importância de definir o conceito de Saúde.

A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (Ordem dos Enfermeiros[OE],2002a,2002,p.6).

A este processo dinâmico e contínuo, está subjacente o entendimento acerca dos cuidados de saúde proferidos por vários autores quando questionados acerca do negócio dos cuidados de saúde. “Não se compra nem se vende saúde. São os cuidados de saúde que constituem um negócio, definido como transacção mercantil entre partes” (Barros,2007,para.1). Pelas suas características, pela sua importância, pretende-se que todos tenham acesso aos cuidados de saúde, inclusivamente escreve-se na Constituição e em Leis. “A saúde não é um bem susceptível de consumo ou de permuta” (Béresniak & Duru,1999,p.72). Os cuidados de saúde constituem então um bem, em que a sua procura e consumo proporcionam saúde, daí que a procura desse bem tenha características muito peculiares.

Álvaro Matias, no ano de 1995, no documento de trabalho 5/95, aponta algumas características dos cuidados de saúde: esgotamento do consumo – a procura dos cuidados de saúde atinge o ponto de saciedade muito mais rapidamente que outro bem ou serviço, chegando mesmo a poder falar-se em desutilidade, enquanto, o consumo de outros bens e serviços a procura torna-se perfeitamente elástica. Outra característica é a inexistência de utilidade intrínseca no bem – o utilizador/ utente/ consumidor só procura cuidados de saúde com o objectivo de obter saúde e não pela utilidade em si dos cuidados de saúde. Ora, se fosse possível desagregar os cuidados de

saúde do objectivo destes, este bem poderia perfeitamente deixar de ser procurado. A não homogeneidade e eventual interdependência no consumo é outra das características apontadas pelo autor – a existência de vários mercados, nomeadamente medicamentos, tratamentos, consultas, entre outros, implica uma não homogeneidade nos cuidados de saúde, sendo que em muitas situações clínicas a sua interdependência é marcante, na medida em que por exemplo uma consulta médica é indivisível da terapêutica implementada.

Os cuidados de saúde revestem-se de características muito peculiares, as quais não deixam margem para outro propósito no consumo que não a obtenção de um melhor estado de saúde. Este estado de saúde representa benefícios actuais e benefícios de investimento, que vão influenciar a estrutura do mercado. Os benefícios actuais resultam da resolução do problema, permitindo ao indivíduo melhor qualidade de vida. Os benefícios de investimento advêm do facto de poderem aumentar a produtividade e ainda a redução das despesas em novos cuidados de saúde (Frederico,2000). Parece-me razoável afirmar que os benefícios para a obtenção de um melhor estado de saúde estão em consonância com a sua procura, resultado da identificação individual das suas necessidades.

1.2 - Necessidade versus procura de cuidados de saúde

Um dos primeiros passos numa análise da economia do sector da saúde é reconhecer que a procura de saúde e de cuidados de saúde são o resultado de um processo de escolha individual. A procura de cuidados de saúde ocorre apenas para satisfazer uma procura última, a procura de saúde. Eles tem a particularidade especial de “dar desutilidade a quem os consome, sendo só procurados pelo facto de curarem a doença (por necessidade) e por não existir um mercado onde a saúde possa ser transaccionada” (Frederico,2000,p.33). Assim, é razoável afirmar que a procura de cuidados de saúde é uma procura derivada da procura de saúde. Na procura de cuidados de saúde, tem-se em conta os efeitos em termos de saúde do consumo de cuidados médicos, bem como a satisfação decorrente do consumo de outros bens que poderiam ser adquiridos em alternativa. Nas suas escolhas, o indivíduo está condicionado pelo seu rendimento disponível e pelos preços dos diversos bens que pode comprar (por simplicidade, pense-se apenas em cuidados médicos e outros bens como as duas alternativas possíveis). Neste sentido, a procura de cuidados de saúde está directamente relacionada com a satisfação de necessidades. O conceito de necessidade gera, por si, problemas de definição e aplicação, pois é possível encontrar diferentes categorias e para a mesma categoria pode haver diferenças de pessoa para pessoa. Pode-se identificar esta concepção na taxonomia das necessidades sociais identificadas por Santana (1993), onde apresenta “as necessidades em quatro grandes categorias que se podem ou não interligar:

- 1) Normativa: onde um padrão desejável é estabelecido e comparado com o padrão que existe na realidade — se um indivíduo ou grupo não se inclui no padrão desejável, então são considerados como estando em necessidade.
- 2) Sentida: neste caso, a necessidade corresponde à aspiração ("want") (...). Está limitada à percepção do indivíduo.
- 3) Expressa (ou Demanda): é a necessidade sentida transformada em acção. É medida através da população que procura serviços.
- 4) Comparativa: este tipo de necessidade é o resultado da comparação com as características daqueles que recebem serviços. Se pessoas com características similares não os recebem, então estão em necessidade” (p.26).

Salientamos, que as necessidades em saúde reflectem-se, na prática, na identificação de intervenções e serviços de saúde considerados indispensáveis para alcançar um estado de saúde considerado desejável e possível.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo o contacto directo (consultas médicas, hospitalizações) ou indirecto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interacção do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contacto com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contactos subsequentes. São estes profissionais, em grande parte, que definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos indivíduos. Mas, a procura de cuidados de saúde pode ainda ser influenciada por factores relacionados: necessidade de saúde; morbidade, gravidade e urgência da doença; características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconómicas (salário, educação), culturais (religião); psíquicas; prestadores de cuidados (idade, sexo, formação, especialidade, experiência profissional; à organização (recursos disponíveis, características da oferta), acesso geográfico e social; à política (tipo de sistema de saúde, financiamento, seguro de saúde, distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema), entre muitos outros. Esta procura é ainda influenciada pelo tipo de serviços disponíveis: hospital, ambulatório, assistência domiciliária e da proposta assistencial: cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação). Poder-se-á dizer que existe uma hierarquia de factores contextuais (relacionados com as políticas de saúde e a oferta de serviços, que intervêm de forma directa ou indirecta, por meio de factores individuais, na procura dos cuidados de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais são essenciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em procuras e nem todas as procuras são atendidas, ou seja, “ é possível pedir sem consumir e consumir sem pedir” (Béresniak & Duru,1999,p.73). Neste contexto, é razoável afirmar

que a procura de cuidados de saúde depende de vários factores que podem condicionar o seu acesso. Assim, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde são uma premissa instalada neste sector do mercado.

1.3 - Desigualdades no acesso aos serviços de saúde

A desigualdade no uso de serviços de saúde pelo cidadão reflecte as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para os seus membros, sendo que “a procura de saúde é antes de mais proporcional à intensidade da exposição às doenças” (Béresniak & Duru, 1999, p.73). Neste contexto, poder-se-á acrescentar que “o critério da procura/utilização dos serviços de saúde baseia-se na aplicação de taxas de utilização dos serviços, por sexos e grupos etários, ao nível do continente, para estimar a procura potencial prevista ao nível distrital. Admite-se que será desejável, dentro de um princípio de equidade, que as taxas de utilização sejam as mesmas, para os mesmos estratos populacionais, em todo o país. Consideram-se as taxas de utilização por principais áreas de despesa: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento” (Giraldes, 2007, p.818). Algumas desigualdades são esperadas e fáceis de prever, sem necessariamente reflectirem inequidades. O acesso aos cuidados de saúde depende, em parte, da sua oferta e da disponibilidade de procura por parte dos utentes, embora esta procura esteja também condicionada por outros factores, como os culturais, económicos, organizacionais, entre outros. Neste sentido o acesso aos cuidados está indissociável da equidade dos sistemas de saúde. Assim, “a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Um aspecto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos” (Furtado & Pereira, 2010, p.4).

Neste contexto poder-se-á inferir que as inequidades no sector da saúde tem uma relação directa com as desigualdades sociais das populações, ou seja uma população com um nível económico mais baixo ou até com um nível de alfabetização muito baixo pode eventualmente ter as mesmas necessidades em saúde, só que a procura para a sua satisfação não é necessariamente igual a populações em que detém níveis elevados de alfabetização e condições económicas diferentes, embora a oferta em cuidados de saúde possa ser igual em ambos os casos. Como se pode verificar, estas desigualdades, não imputáveis apenas aos serviços de saúde, constituem um dos grandes problemas que se colocam aos serviços e profissionais de saúde bem como a toda a sociedade, como é o caso do nosso país onde subsistem diferenças distritais e regionais consideráveis. Corroborando Giraldes “a ‘igualdade de utilização para igual necessidade’ procede

a uma discriminação a favor daqueles que têm uma mais baixa propensão para a utilização de serviços de saúde, como acontece, por exemplo, com as classes sócio económicas mais baixas em relação à procura de serviços de carácter preventivo. Este conceito é empregado na perspectiva da procura de cuidados de saúde” (Giraldes,2005,p.23). Há várias orientações a nível nacional, nomeadamente nos CSP, dirigidas aos grupos de risco, na área da prevenção. Pode ser explanado o caso dos hipertensos e dos diabéticos, onde são preconizadas seis consultas anuais de vigilância. Trata-se portanto, de um tipo de oferta de cuidados estruturados e que estão em consonância com a reestruturação dos CSP.

1.4 - Oferta de cuidados de saúde

Nas sociedades modernas e evoluídas os cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Esta exigência obriga que os profissionais de saúde vão de encontro às necessidades reais e efectivas do cidadão o que implica ouvi-los acerca das suas percepções sobre os cuidados de saúde, necessidades e dificuldades.

A Constituição da República de 1976 estabelece que “o direito à protecção da saúde é realizado através de um SNS universal, geral e gratuito”. A Lei Constitucional n.º 1/81, na primeira revisão constitucional, acrescentou ao artigo 64.º a determinação de “a gestão do SNS ser descentralizada e participada”. A segunda revisão constitucional, introduzida pela Lei Constitucional n.º 1/89, afastou o princípio da gratuitidade, considerando o SNS, “tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Desta forma, “esta lei definia o tipo de cuidados de saúde que o Serviço devia prestar, a orgânica, o estatuto do pessoal, o financiamento e a articulação com o sector privado. Defendia os princípios de direcção unificada, gestão descentralizada e participada, visando a prestação de cuidados globais a todos os cidadãos de forma gratuita” (Campos,2002,p.1079). Poder-se-ia perfeitamente defender uma abordagem conceptual deste tipo ao nível da *utopia* quando todos os bens que afectam a saúde estivessem igualmente distribuídos, não existindo qualquer tipo de diferenciação de classe, de nível de rendimento, de educação, etc. No estadio actual de desenvolvimento, por um lado, conhecidas que são as diferenças de nível de saúde entre diferentes grupos socioeconómicos e a aptidão diversa para tomarem a iniciativa de recorrer a serviços de saúde e, por outro lado, dadas as características específicas do sector dos serviços de saúde, tão bem conhecidas, como a procura ser induzida pelo médico, o desconhecimento do mercado pelo consumidor, entre outros.

O conceito de oferta de serviços de saúde está relacionado com a disponibilidade, tipo e quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à prestação de cuidados de saúde. É influenciado pela sua localização geográfica, pela cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador. Como nos refere

Mónica Oliveira “a oferta de cuidados (pública e privada) tem sido influenciada por múltiplos factores como: a legislação que define o SNS português, e a macro estrutura do sistema de saúde português; o sistema de financiamento anual do orçamento do Estado; a evolução demográfica e as características da população; o crescimento económico, o investimento público e o investimento público no sector da saúde; a dinâmica do sector privado (influenciada por sua vez por políticas do sector público, pelo papel dos subsistemas públicos e dos subsistemas privados e pelo mercado de seguros de saúde voluntários); o progresso tecnológico que tem introduzido novas exigências e expectativas na prestação de cuidados; e as políticas sectoriais” (Oliveira,2010,p.272). Já o conceito de procura é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e de beneficiar com o atendimento recebido. No entanto, a procura nem sempre será a expressão de necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (ex: doenças assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, pela sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados. Esta visão peculiar entre a procura e a oferta, faz com que a sua relação não seja vista como um carácter dicotómico e até mesmo estático das duas categorias. Assim, os estudos realizados tendem a analisar os seus componentes separadamente, de modo que a procura seja relacionada apenas aos utilizadores/utentes/ consumidores, e a oferta seja associada somente aos profissionais e gestores dos serviços.

Os conceitos económicos, adstritos a este tipo de mercado, na vertente do consumo, acabam por manter uma distinção entre as categorias procura e oferta, e pela qual o consumidor/utente/ utilizador vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para outro, numa acção descolada do contexto em que estão inseridos. Numa lógica moderna de prestação de cuidados de saúde, com restituição do poder de escolha ao utilizador (utente), a qualidade do acto, do produto, ganha uma dimensão crescente. Nos sistemas de prestação gratuita ou tendencialmente gratuita, como é o caso do SNS português, apesar dos imperativos éticos na prestação de cuidados de saúde, impõe-se uma preocupação constante para a qualidade dos resultados desses cuidados e a satisfação dos utilizadores. F. Leal da Costa amplia essa visão, afirmando que “a gestão clínica de hoje, a governance, é mais do que gerir clínicos. Impõe a determinação e aplicação de normas, princípios, que regulem a efectividade e determinem a eficiência de forma responsável e transparente” (Costa,2005,p.50).

Numa coerência de qualidade eficaz, o resultado é obtido de acordo com o esperado ou com a norma. O profissional espera, naturalmente, o melhor resultado possível e define a sua acção em função da sua própria expectativa de efeitos desejados, de consequências benéficas. O médico deverá definir um objectivo e procurar a forma mais simples, rápida, com menos efeitos secundários e menos dispendiosa para lá chegar. Em suma, deverá ser eficiente no uso dos meios, incluindo o tempo necessário para atingir o objectivo.

Usualmente, os utilizadores/utentes/consumidores, reagem a extremos, ao muito bom e ao muito mau, mais do que à média. O estado da arte nesta matéria, e com o crescente consumismo dos

serviços de saúde, uma pessoa da classe média está mais disposta a aceitar que a sua televisão se avaria, do que esperar pela evolução natural de uma constipação. Para esta pessoa, um *bom* médico é aquele que lhe prescrever um antibiótico para uma suposta infecção viral, cuja cura dependerá da sua evolução natural e não do antibiótico. Na análise desta situação, podemos, desde já apontar para uma ineficiência do sistema, senão vejamos: apesar do bom resultado (supostamente) obtido na satisfação de uma expectativa do utilizador (utente), o factor de produção foi aumentado pelo custo do antibiótico mais os custos da indução de resistências e o objectivo da implementação destas medidas não passou de um simples tratamento de uma situação de doença, do que seria o seu decurso natural com recurso a medidas de controlo sintomático.

Deste cenário, podemos deduzir que, um dos pontos fulcrais a analisar seria a *falta* informação do profissional e do utilizador/utente, pois, se partirmos do princípio que a informação transforma o conhecimento e que reforça a capacidade crítica, o cenário exposto, estaria esvaziado de conteúdo. Assim, “a melhoria da eficiência não pode estar desviada da missão primária de quem cuida e o redesenho da prestação de cuidados terá de ter isso em conta” (Costa,2005,p.52). Ainda neste contexto, urge acrescentar que perante a crescente exigência e expectativas por parte dos utentes, impõe-se um maior nível da formação e conhecimentos traduzindo-se no desenvolvimento de boas práticas, onde a racionalização de recursos terá de ser uma constante.

1.5 – Mercados dos cuidados de saúde

O estudo da Economia da Saúde tem um efeito importante na definição da dimensão da contribuição do sector da saúde para a economia global, na preocupação da política nacional, e nas questões que contêm um elemento económico substancial. Porém, e não obstante as especificidades inerentes a este tipo de mercado (cuidados de saúde), em que os seus agentes ostentam comportamentos diferentes relativamente a outros mercados, reportam-se ao produto comercializado: cuidados de saúde. Todo e qualquer instrumento de análise neste mercado inspira-se nos instrumentos de análise da Economia, contudo, “estes devem ser adaptados, e as análises efectuadas devem reconhecer claramente as especificidades únicas do sector da saúde, tanto dos agentes como dos bens e serviços que se transaccionam neste mercado” (Lourenço,2007,para.4). Importa salientar que “o estudo de um qualquer mercado deverá atender a 3 componentes fundamentais:

1. O objecto de escolha, que neste caso consiste no bem cuidados de saúde;
2. O comportamento do agente da procura, que é aqui o doente;
3. O comportamento do agente da oferta, que serão aqui os profissionais do sector

da saúde, designadamente os médicos” (Matias,1995,p.4).

Num contexto de escassez de recursos, agravado pelo aumento da procura de cuidados de saúde e pelo custo do imperativo tecnológico, muitas vezes erroneamente confundido com um imperativo ético, a procura da eficiência é cada vez mais relevante. Para que, esta eficiência se atinja e mantenha é preciso um conhecimento profundo dos efeitos das medidas eficazes, a verdadeira efectividade, numa perspectiva sistémica, o que implica uma partilha de saberes e acções concertadas entre médicos e gestores. A lógica económica não substitui o juízo clínico, mas reforça a necessidade de compatibilizar as intervenções úteis com o custo pessoal e social exigido, uma vez que ” ... o sector da saúde é economicamente relevante e contém todos os elementos de qualquer sector de actividade, recursos, preços, procura e oferta, pelo que se pode concluir que a disciplina economia é um importante auxiliar na compreensão do comportamento dos agentes”(Lourenço,2007,para.3).

Uma insatisfação crescente dos cidadãos com a rigidez do funcionamento do sistema de saúde e a mudança de características sócio - demográficas e de morbilidade da população são factores que, do lado da procura, explicam o impulso para uma reforma na área dos cuidados de saúde. Por outro lado, na vertente da oferta, “procuraram-se desenvolver mecanismos de partilha de custos (racionalizando o financiamento) ou mesmo de estabelecimento de prioridades (ou até racionamento) no acesso a cuidados, a par, com um maior enfoque nas estratégias de prevenção de saúde e com a promoção dos cuidados primários enquanto *porta de entrada* no sistema de saúde. Relevantes têm sido também as reformas que visam o *empowerment* do utente, por vezes ligadas até a mecanismos de financiamento que dependem da sua procura e do seu grau de satisfação (*money follows the patient*)” (Oliveira,2010,p.278).

O sector da saúde pode ser considerado como um sector de actividade com características de organização económica e com princípios de análise partilhados com outras áreas, tendo vários factores que o tornam único em termos de problemas económicos.

O mercado de prestação de cuidados de saúde pode ser caracterizado por inúmeras imperfeições, factores cruciais que distinguem o sector de saúde dos restantes sectores, sendo a maioria provenientes da incerteza e de assimetria de informação entre os que compram e os que vendem o produto. Também podem ser enumerados outros factores, como: a proeminência de seguros de saúde, o papel das instituições sem fins lucrativos, as restrições a nível da concorrência, a participação do Estado, entre outras.

Incerteza no sector da saúde

Uma das particulares que subsiste, perdura e compreende o sector da saúde é a incerteza. “incerteza quanto ao momento em que se necessita de receber cuidados de saúde e incerteza quanto ao custo de repor o estado de saúde (quando isso é possível)”(Lourenço,2007,para.5). A sua prevalência ocorre essencialmente ao nível dos consumidores, em que estes sentem

incerteza quanto ao momento em que se necessitam de cuidados médicos, incerteza quanto ao custo desses cuidados médicos, incerteza quanto ao seu estado de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado, incerteza quanto ao efeito de um dado tratamento, entre outros. Álvaro Matias, no documento de trabalho 5/95, sumaria “dimensões várias da prestação de cuidados de saúde, as quais podem ser sumariadas da seguinte forma:

4. Desconhecimento quanto ao custo associado à prestação de cuidados de saúde;
5. Desconhecimento quanto à qualidade associada a esses cuidados de saúde;
6. Impossibilidade em segurar eficazmente o risco de doença;
7. Existência de risco moral no consumo de cuidados de saúde” (Matias,1995,p.9).

A incerteza no sector da saúde, está afincadamente estigmatizada, pelo que provavelmente não surgirão naturalmente mercados para cobrir todos os riscos presentes. Por exemplo: a função do mercado de seguros de saúde, quer privado ou público, evidencia a existência de tantos elementos de incerteza, pois este afasta de alguma forma o conceito de incerteza nos consumidores de cuidados de saúde (Barros,2009,2.ªEd.). Uma consequência da incerteza presente no sector da saúde é a possibilidade de assimetrias de informação entre agentes económicos que têm relações entre si, pois problemas de informação no mercado de cuidados de saúde, quer actuais como potenciais levantam muitas questões económicas.

Assimetrias de Informação

As assimetrias de informação resultam em problemas como a selecção adversa, risco moral e a relação de agência/delegação de decisões em mercados de cuidados de saúde. Diz-se que existe assimetria de informação quando uma das fracções envolvidas numa qualquer transacção tem informação superior que a outra parte sobre alguma variável que é indispensável para o valor económico da relação (Barros,2009,2.ªEd.). Num mercado a funcionar na perfeição os consumidores estariam perfeitamente informados e tomariam decisões acerca de como distribuir o seu rendimento de acordo com a utilidade dos produtos e a oferta relativa ao seu preço. Existe um desconhecimento, por parte do utente/utilizador dos cuidados de saúde que deve utilizar para enfrentar a doença, e também não conseguindo avaliar a qualidade dos tratamentos que lhe são prescritos, tende a maximizar a função de utilidade. O utilizador/utente não conhece a relação existente entre cuidados de saúde e o estado de saúde. É o prestador de cuidados, quem a esse nível se encontra melhor informado. O reconhecimento por ambos os agentes envolvidos no processo, de que o agente da oferta possui mais e melhor informação para tomar decisões quanto à prestação de cuidados de saúde adequados, leva a que se estabeleça uma relação de agência. Os utilizadores/utentes são ignorantes para fazerem escolhas sensatas, o que torna os prestadores *elementos chave* na orientação da procura de cuidados, em nome dos utentes. Os

economistas qualificam este papel por relação de agência.

A relação de agência é considerada como uma delegação de decisões por parte de um agente num outro agente económico que possui uma maior informação. No sector da saúde, o exemplo desta relação é dado pela delegação no profissional de saúde sobre o tratamento a ser seguido em caso de doença. A organização da relação de delegação de decisões é uma questão relevante em Economia da Saúde, realçando que a esta pode ser considerada como uma forma de assegurar os interesses e necessidades da população através da existência de um agente no processo decisório e de planeamento. A existência de uma delegação de decisões é devido ao facto de o doente não se encontrar informado sobre as decisões a tomar, pelo que é necessário a decisão por parte de um agente económico mais informado (Barros,2009,2.ªEd.). Relativamente à relação de agência ela “é imperfeita porque a decisão do médico tem por base a informação fornecida pelo doente, mas não tem conhecimento perfeito das preferências do doente, não conhece as suas restrições referentes a dinheiro, tempo e preferências relativas entre o consumo de bens e o consumo de cuidados de saúde, o que possibilita a introdução de alguma subjectividade na apreciação” (Frederico, 2000,p.32). A relação de agência permite aos profissionais de saúde comportarem-se no mercado dos serviços de saúde como se de uma empresa em regime de concorrência monopolística se tratasse, ajustando o preço e a quantidade produzida aos seus objectivos de rendimento independentemente da procura.

Risco Moral na Assimetria da Informação

O efeito de risco moral tem uma importante implicação na assimetria de informação no mercado de cuidados de saúde. Mesmo que os utilizadores/utentes soubessem aquilo que querem, o mercado dos cuidados de saúde é diferente, uma vez que, como não pagam um preço que reflecta o custo de oportunidade dos recursos utilizados devido ao facto de o volume de compra e venda de serviços de cuidados de saúde ser coberto pelo seguro ou pelo SNS, o consumidor paga apenas uma pequena fracção do custo do serviço prestado. Corroborando com Matias, relativamente ao consumo, “se os indivíduos se encontrarem protegidos dos riscos de saúde por um qualquer sistema (SNS ou Seguro), o seu comportamento pode tender a ser mais descuidado, o que levará a excessos de procura de cuidados de saúde que vêm onerar o funcionamento dos sistemas, podendo mesmo no caso do Seguro (...) conduzir a subidas nos prémios de seguro que levarão à saída dos melhores riscos da carteira, aumentando com isso o risco médio da mesma, (...)” (Matias,1995,p.11). O mesmo autor, defende, do lado da oferta que “o médico poderá incorporar algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente, abrindo-se assim a possibilidade de o bem fornecido, i.e., o conjunto de cuidados de saúde a prestar, virem a ser função não apenas das preferências do doente mas também do médico. Esta situação pode levar à indução da procura por influência da função de preferências do próprio médico: problema da indução de procura” (Matias,1995,p.11). Neste sentido, num regime de financiamento/pagamento de cuidados de saúde, se um profissional de saúde pretende aumentar os seus rendimentos deverá fazer uma de duas coisas: ou aumentar o valor dos preços

unitários, ou aumentar a quantidade de serviços prestados (número de consultas, exames laboratoriais, actos cirúrgicos, etc). Compete ao médico optar pela solução com maior utilidade marginal, após ponderar o custo de oportunidade de cada uma das soluções, segundo a sua função utilidade. De facto, o aumento do número de consultas poderá não ser suficientemente produtivo para o médico se simultaneamente tiver que abdicar de uma actividade que lhe dê igual ou maior utilidade marginal.

Relação de Agência

A relação de agência permite aceitar que em determinados contextos poderá ter lugar variações no volume de serviços consumidos, de acordo com o nível de rendimentos pretendidos pelo médico. O médico poderá considerar que o custo de oportunidade decorrente de uma visita extra de um doente, seja em tempo de deslocação, seja em custo com a manutenção do consultório, seja por não estar a realizar uma outra actividade alternativa, se justifica uma vez que os ganhos marginais são superiores aos custos marginais. Deste modo, admite-se que o médico racionaliza a sua tomada de decisão, sendo sensível a incentivos económicos e poderá sugerir aos seus clientes visitas extras ao seu consultório independentemente das suas necessidades de cuidados de saúde, mas antes devido a objectivos de rendimento que ele pretenda alcançar. Especialmente num sistema de financiamento de cuidados de saúde, em que existe uma entidade (seja um terceiro pagador, seja o próprio doente) que paga ao profissional de saúde os serviços prestados ao acto, ou seja, o pagamento é realizado cada vez que tem lugar um novo acto, há condições para o profissional aumentar o volume de actos praticados por doente, se desejar aumentar os rendimentos do trabalho. Embora vários agentes que actuam no sector de saúde possam não maximizar o lucro, pode-se admitir que são agentes económicos racionais e que têm objectivos que procuram alcançar, como o bem-estar dos consumidores, pelo que a análise económica será perfeitamente compatível com esses objectivos (Barros,2009,2.ªEd.). Desta relação de agência entre o médico e o utente emergem alguns problemas, nomeadamente o risco moral. O chamado risco moral (*moral hazard*) refere-se à mudança de comportamento do utilizador/utente em função de não ter que suportar o custo total do atendimento. Por exemplo, um indivíduo que possua total cobertura de seguro saúde poderá passar a visitar o médico com maior frequência (visto o custo marginal ser zero) do que faria caso não tivesse seguro ou a cobertura fosse limitada. Isto pode levar as seguradoras a oferecer seguros com prémios diferentes, assim os segurados que procuram uma cobertura maior terão também um prémio maior, estando assim perante um processo de selecção adversa.

As pessoas ao adquirirem um seguro de saúde sabem muito mais a respeito de seu próprio estado geral de saúde do que qualquer companhia seguradora possa ter esperança de saber mesmo se insistisse na realização de exames médicos e aplicação de questionários de auto-avaliação, mesmo os quais podendo inclusive conter requisitos sobre comportamentos de risco, como fumar, beber, hábitos desportivos, práticas sexuais, bem como sintomas psicológicos como depressão e ansiedade. Consequentemente, ocorre uma selecção adversa, ou seja, pode existir a

tendência do sistema de seguros de incorporar indivíduos de maior risco, significando que aqueles indivíduos com problemas médicos tendem a estar mais propensos a adquirir o seguro saúde, logo é esperado um gasto é maior. Por outro lado, a selecção das pessoas que compram o seguro não é uma amostra aleatória da população, mas “ fazem-no por considerarem o prémio de seguro excessivo relativamente ao seu risco de doença” (Matias,1995,p.19). Se a proporção de indivíduos de maior risco aumentar no grupo assegurado, tal facto faz com que o preço do seguro aumente, induzindo assim as pessoas de menor risco a não adquiri-lo, o que fará que cada vez mais aumente a proporção destes indivíduos e reduza a de indivíduos de menor risco até o ponto em que praticamente todos os indivíduos sejam de facto de alto risco, ou seja, os que provocarão maiores gastos. O resultado será um processo progressivo de aumento de preços, o que poderá levar a extinção deste mercado, pois os preços ficaram excessivamente altos (Matias,1995). Quando o bem - estar de cada pessoa é afectado pelo comportamento dos demais, a probabilidade de estar doente depende, tanto da decisão individual como da decisão da sociedade.”Diz-se que existem externalidades quando o consumo (ou produção) de um bem tem efeitos positivos ou negativos sobre outros indivíduos que não aqueles directamente envolvidos no acto de consumir (ou produzir)” (Pereira,1992,p.15).

As externalidades estão presentes na medida em que o nível de saúde individual depende não só do próprio estado de saúde do indivíduo, como também do estado de saúde médio da sociedade. Elas fazem com que a saúde afecte o crescimento económico, através da distribuição de saúde e acesso aos cuidados médicos pelos cidadãos. A imperfeição do mercado para distribuir adequadamente recursos na produção de cuidados de saúde, a assimetria de conhecimento e a relação de confiança dominante entre médico e doente constituem algumas das razões que explicam a enorme dificuldade em conseguir o desejado equilíbrio no mercado da saúde.

2 - A REORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas na área da saúde estão em consonância com as estratégias definidas pela União Europeia e incidem principalmente no esforço da cooperação e da coordenação, através do auxílio na troca de informações e de conhecimentos de evidenciada legitimidade e da assistência aos intervenientes nos processos de decisão a nível nacional.

Neste capítulo será abordado a reorganização das políticas de saúde na perspectiva da evolução dos cuidados de saúde em Portugal. Pretende-se perceber de que forma as políticas de saúde em Portugal influenciaram a prestação de cuidados de saúde, tanto nos cuidados hospitalares, como nos cuidados de saúde primários. Considerou-se também a importância de salvaguardar o direito à saúde como condição necessária para adquirir direitos sociais, nomeadamente o acesso à RNCCI de forma a satisfazer as suas necessidades em cuidados de saúde.

2.1 – Perspectivando os cuidados de saúde na evolução do SNS

O Sistema Nacional de Saúde rege-se pela Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto). Esta lei estabelece legislação completa sobre política de saúde, sistema de saúde e outras entidades, direitos e deveres dos cidadãos, responsabilidades do Estado, entidades prestadoras de cuidados de saúde, investigação, autoridades de saúde, formação do pessoal de saúde, actividade farmacêutica, Serviço Nacional de Saúde e iniciativas particulares de saúde. Tendo o SNS sido criado em 1979, é através do Decreto-Lei nº.11/93 de 15 de Janeiro que é legislada a criação de órgãos regionais de Saúde, unidades integradas de saúde e é estabelecido um quadro legal de incompatibilidades para os profissionais do SNS. São Criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), as unidades integradas de cuidados de saúde – unidades de saúde, a política de recursos humanos: quadros de pessoal, incompatibilidades, mobilidade profissional, licença sem vencimento, contrato de gestão, convenção e contrato-programa. Além disto, a referida lei preconiza também “ (...) através de contrato de gestão o Ministro da Saúde pode autorizar a entrega da gestão de instituições e serviços de saúde integrados no SNS, ou parte funcionalmente autónoma, a entidades públicas ou privadas, (...) o SNS não pode celebrar contratos ou convenção com pessoas colectivas privadas que sejam titulares de casas de saúde, clínicas, laboratórios farmacêuticos e unidades de diagnóstico, tratamento e reabilitação em que qualquer profissional do SNS detenha, directa ou indirectamente, por si mesmo ou conjuntamente com o cônjuge, ascendentes ou descendentes, participação superior a 10% no respectivo capital e exerça funções de gerência ou direcção”. Esta reforma nos

cuidados de saúde foi impulsionada, muito provavelmente pela crescente insatisfação das pessoas com a rigidez do sistema e as alterações a nível sócio - demográfico.

Neste contexto, estamos em condições de afirmar que a diversidade na oferta em cuidados de saúde, ainda que, numa fase muito embrionária começou a instalar-se para dar resposta à procura de cuidados. Intensifica-se a incerteza, nomeadamente a nível dos utentes, uma vez que há um desconhecimento dos cuidados prestados, nível da qualidade, custos, consumo, entre outros, proporcionados principalmente pelas entidades com quem o Estado estabelece os contratos. “Como resultado da remoção das barreiras ao acesso, assistiu-se a uma cada vez maior utilização dos serviços de saúde, que se reflectiu, por exemplo, no aumento da actividade hospitalar. Esta expansão no recurso aos serviços de saúde não é de estranhar, uma vez que o custo não monetário dessa utilização diminuiu acentuadamente” (Barros,1999,p.3). Em consequência desta incerteza, há uma possibilidade de assimetrias de informação, uma vez que os agentes envolvidos não possuem a mesma informação.

O SNS, Decreto-Lei nº.11/93 de 15 de Janeiro “é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde”. É universal quanto à população abrangida; presta integralmente cuidados globais ou garante a sua prestação, deve ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, garante a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados e deve ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. Uma das premissas subjacentes é a de se propor ultrapassar a dicotomia entre cuidados de primários e hospitalares. Para a sua efectivação foram criadas unidades integradas de cuidados de saúde com o intuito de articular grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, aplicando uma criteriosa gestão de recursos que fossem de encontro às reais necessidades das populações. Neste contexto:

Ao doente interessa poder percorrer o sistema de saúde – dos centros de saúde para os hospitais, destes para os centros de saúde e/ou para os cuidados continuados – sem demoras ou obstáculos desnecessários. A separação entre estes vários tipos de cuidados de saúde tem razões históricas, mas não favorece a qualidade dos cuidados prestados. Existem vários dispositivos possíveis para melhorar a continuidade, coordenação e integração dos cuidados de saúde. As actuais reformas não parecem contemplar nenhum em particular. O desfasamento entre uma reforma dos cuidados de saúde primários problemática e uma reforma hospitalar em curso pode resultar em sérias dificuldades para a continuidade, coordenação e integração dos cuidados de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS],2003,p.117).

A prestação de cuidados de saúde é assegurada em cada região pelos Hospitais e pelos Centros

de Saúde, no entanto, o que verificava na prática é que os Centros de Saúde tinham uma posição *debilitada* em relação aos hospitais, uma vez que estava incumbidos de realizar todas as tarefas de saúde e/ou doença da população, excepto cuidados hospitalares. Além disto o seu financiamento e afectação de recursos são também inferiores em comparação com os hospitalares, o que pressupõe variações a nível da prestação de cuidados. Uma das respostas encontradas para reajustar a prestação de cuidados hospitalares e CSP foi o Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de Maio, onde são criados os Sistemas Locais de Saúde, constituídos por unidades de saúde formadas por hospitais e centros de saúde. O estatuto da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de Junho) é o primeiro a ser criado com base no Decreto-Lei que criou a figura jurídica dos sistemas locais de saúde. O Decreto-Lei nº 284/99, de 26 de Julho é criado o regime aplicável aos centros hospitalares e grupos de hospitais do SNS, o qual irá posteriormente ser aplicado na criação de vários grupos hospitalares.

O regime jurídico da organização e funcionamento dos Centros de Saúde consta do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 39/2002, de 26 de Fevereiro, diplomas que foram ripristinados pelo Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho, após a sua revogação pelo Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, que criou a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Surgem, assim, ao abrigo do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, os designados Centros de Saúde de Terceira Geração, dotados de personalidade jurídica e de autonomia técnica, administrativa e financeira, mediante revogação expressa do nº 1 do art. 6.º do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, que fazia depender os Centros de Saúde, orgânica e funcionalmente, da respectiva ARS e, em concreto, das Sub-Regiões de Saúde (SRS).

São introduzidas alterações significativas na Lei de Bases da Saúde, pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, aprovando um novo regime de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (Entidades Públicas Empresariais - EPE). O Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Volvidos dois anos, este diploma será revogado, sendo ripristinado o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio. Através do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto, surgem as taxas moderadoras, com o objectivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde. No mesmo ano, nasce a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), por via do Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro. Traduz-se, desta maneira,

a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Durante vários anos o investimento efectuado em termos de organização dos cuidados de saúde não surtiu o efeito desejado como é apontado no Relatório Primavera 2004 “(...) desde 1983, há 21 anos, data da criação dos Centros de Saúde na perspectiva de unidades integradas de cuidados de saúde, não se verificou uma intervenção global e estruturante para o seu desenvolvimento e consequente adequação da resposta às novas necessidades e expectativas dos cidadãos em saúde” (OPSS,2004,p.90). Note-se, por outro lado, que no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de Junho, veio impor a “extinção progressiva, até ao final de 2006, das sub-regiões de saúde com a próxima reformulação de funções das administrações regionais de saúde e dos centros de saúde, bem como a criação de unidades locais de saúde onde existam condições para a imediata integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares” (alínea j) do ponto 5).

A falha contínua na articulação de cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários, os desafios que se apresentam com o envelhecimento da população, o aumento gradual da esperança média de vida, o agravamento de pessoas vítimas de acidentes ou com patologias de evolução prolongada, e potencialmente incapacitantes, a mudança de perfil das famílias, criando novas necessidades de cuidados de saúde em situação de dependência e de fragilidade exigem a reorganização dos cuidados de saúde e sociais em termos de respostas comunitárias intersectoriais.

2.2 – A RNCCI na reorganização dos cuidados de saúde

Neste contexto torna-se necessário uma reorganização das políticas de saúde que vão de encontro às necessidades identificadas e que passem pela implementação de uma rede de cuidados que vise dar respostas a alguns dos problemas identificados, ou seja, necessidade de reduzir os internamentos hospitalares e a ocorrência aos serviços de urgência, melhorar o apoio à reabilitação no pós – operatório, aumentar a capacidade de apoio à promoção da saúde e ainda implementar serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade e doenças crónicas e/ou em fase terminal.

Em 2006, na Reunião Internacional Sobre Modelos de Cuidados Continuados (18 de Outubro), demonstrou-se, através dos estudos apresentados nesse âmbito, que os modelos implementados nos diversos países europeus e norte – americanos, têm contribuído positivamente e de uma forma incisiva na definição de objectivos no âmbito das políticas de saúde. Assim, os objectivos

alcançados no âmbito desses projectos foram, a redução de internamentos hospitalares tardios, assim como o seu reinternamento e a implementação de cuidados hospitalares em regime de ambulatório conquistando, assim ganhos em saúde que até à sua implementação não passavam de fantasias.

Nessa Reunião ficou evidenciada uma das principais características que definem a atenção às pessoas idosas e com doença crónica, que são os diferentes níveis assistenciais a ter em conta na prestação de cuidados. Até aqui nada de novo, uma vez que já em 1974 a Organização Mundial de Saúde (OMS), preconizava a necessidade de um nível assistencial hospitalar intermédio, diferenciado de hospitais de agudos, em que fosse possível um tratamento a médio e a longo prazo para as pessoas idosas e com doença crónica, com o objectivo de os reintegrar na sua família/comunidade.

Em 2004, o Conselho da Europa e a OMS, “por questões éticas de garantir a acessibilidade aos cuidados e evitar a exclusão social, e pelos progressos técnicos já alcançados (...) ressaltam a necessidade de os doentes crónicos não serem discriminados por se encontrarem no domicílio”. Referem ainda que “este local surge como o mais privilegiado para a prestação dos cuidados...” (Ministério da Saúde [MS],2007,p.4).

Estes cuidados são e sempre foram prestados por equipas de visita domiciliária, no entanto a sua articulação e continuidade de cuidados, entre a *rede hospitalar e comunitária* nem sempre foi possível, por questões, talvez de ineficiência entre ambas as partes no que concerne às disponibilidades das equipas, quer em recursos humanos, quer em recursos materiais, entre outros.

É neste âmbito que o Governo, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 84 de 7 de Abril de 2005, criou a Comissão Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência (constituída por despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social) para desenvolver um plano de acção que garanta a prática integrada dos Cuidados Continuados, promovendo a criação de Serviços Comunitários de Proximidade e a indispensável articulação entre Centros de Saúde, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados, Unidades de Cuidados Paliativos e Instituições de Apoio Social.

Para esta comissão, uma das metas do Programa do Governo consiste na definição de Políticas de Saúde integradas no Plano Nacional de Saúde, as quais devem permitir:

- Desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos e das pessoas em situação de dependência;
- Promover de forma adequada e com equidade, na sua distribuição territorial, a

possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade;

- Humanizar os cuidados;
- Potenciar os recursos locais;
- Ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e à perda de funcionalidade.

Este modelo de intervenção multidisciplinar visa promover a autonomia das capacidades e competências das famílias, de forma a lidarem com estas situações. Privilegiam, como lógica de intervenção, a prestação de cuidados no domicílio, podendo no entanto, recorrer ao internamento em unidades residenciais, sempre que necessário, não esquecendo a educação para a saúde aos cuidadores e voluntários, bem como a outras pessoas da comunidade que assegurem cuidados ou acompanhem este tipo de situações.

Os grupos alvo são as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, podendo esta ser resultante ou agravada por:

- Isolamento social;
- Doença crónica;
- Situação de doença e ausência da família ou amigos para prestarem apoio;
- Deficiência Física ou Mental;
- Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e/ou de apoio social;
- Inexistência ou insuficiência de apoio diurno ou nocturno

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 realça a importância do grupo etário com mais de 65 anos, que está a crescer nos países mais desenvolvidos e, neste sentido esta Comissão propõe a criação de uma Rede de Cuidados Continuados, integrada e articulada no conjunto de sistema de saúde público e coordenada de forma intersectorial com o sector social, tendo sempre presente que o Governo continua a considerar os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde e a dar prioridade ao objectivo de promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida, de forma a aumentar a qualidade de vida das pessoas mais idosas.

Assim, e com o intuito de colmatar todas as dificuldades enumeradas anteriormente, é criada, em Portugal a RNCCI (Dec – Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho), assim como Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) - (RCM n.º 168/2006, de 18 de Dezembro), para que fosse possível a sua implementação e coordenação, a qual assume a articulação entre os diversos intervenientes e parceiros e também a elaboração e proposta de planos e normas para desenvolvimento e melhoria da Rede.

À estrutura de missão (UMCCI), compete a condução e lançamento do projecto global de coordenação da RNCCI e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em articulação com as Redes Nacionais de Saúde e de Segurança Social.

A RNCCI está assente num “modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: O Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados UMCCI],2009,p.5). Trata-se de um “um modelo descentralizado que se pretende sustentado e articulado pelos dois níveis dos serviços do SNS, cuidados primários e cuidados hospitalares, e complementando esses dois níveis com respostas diferenciadas consoante as necessidades de tratamento do doente, tipologias de cuidados continuados que prevêm diferentes cuidados às diferentes patologias e às diferentes complexidades que envolvem. Isto porque cada doente terá que ter um plano individual de cuidados adequados à sua situação” (Guerreiro,2006,p.22). Esta Rede pretende implementar um protótipo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Atendendo às necessidades emergentes do país, a RNCCI enaltece uma visão paradigmática diferente, através da superintendência do papel do hospital e reforçando o papel dos cuidados primários de saúde como pilar basilar do SNS.

Este modelo de cuidados de saúde premeia um novo nível intermédio de cuidados e de apoio social, entre, os de base comunitária e os de internamento hospitalar. Importa salientar a tentativa de inovação na evolução a partir do modelo clássico de cuidado de saúde baseado no *Modelo Biomédico Tradicional*, com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, para um modelo de avaliação e cuidado integral (*modelo funcional*) que incorpore, além dos cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças dos utentes, o cuidado com as funções físicas, relativas à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais, e os cuidados sociais (preocupação com o contorno familiar).

O desenvolvimento da Rede é um processo de evolução gradual em 3 fases predefinidas, uma implantação e crescimento que se estendem até 2016. A primeira centrou-se no ano de 2008, com implementação de um terço das respostas às necessidades identificadas. A segunda, no ano 2012, visa atingir dois terços das necessidades neste nível de cuidados e em 2016, então, poder-se-á prever a cobertura de 80% das necessidades da população portuguesa em situação de dependência. Desta forma, o ano de 2016 é a meta para a plena concretização desta inovadora e abrangente intervenção que é a RNCCI.

Na base dos pressupostos da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, criada pela RCM nº 84/2005 e sob a

tutela do Ministério da Saúde, o Programa do XVII Governo Constitucional, através do Dec-Lei no 101/ 2006, definiu como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de Segurança Social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento dos cuidados e longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionamento (D.R.;2006:3856).

O Decreto - lei nº 101/2006. DR 109 da Série I-A de 6 de Junho de 2006 que visa a criação de uma RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social que tem por objectivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento adequados à respectiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- O apoio aos familiares ou cuidadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados;
- Diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares;
- Diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares;
- Redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência;
- Redução dos custos das unidades hospitalares de agudos.

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social. Os mecanismos de articulação são a peça fundamental na prestação de cuidados e na sua continuidade. Neste

sentido, devemos destacar a importância de estabelecer procedimentos de coordenação entre as várias unidades de cuidados criadas no âmbito da RNCCI, equipas coordenadoras da RNCCI, hospitais e ACES. Desta forma, torna-se pertinente reflectir sobre as competências de cada equipa que constituem este fluxograma.

A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. Esta coordenação é definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. A coordenação da Rede a nível regional é assegurada por cinco equipas constituídas, respectivamente, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social. A coordenação da Rede aos níveis nacional e regional (equipa coordenadora regional -ECR) visa promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências. A equipa coordenadora local (ECL), estrutura de coordenação a integrar no ACES, na dependência funcional da coordenação regional da RNCCI e é constituída por: representantes dos cuidados de saúde primários (médico e enfermeiro), da segurança social. O coordenador desta equipa deverá ser, preferencialmente um profissional de enfermagem. Estas equipas que funcionam num terceiro nível, de maior proximidade, é garantido por 82 equipas de coordenação local (ECL). A ECL assume assim, um papel essencial na gestão dos recursos (humanos e institucionais), nas actividades e no circuito do utente em situação de dependência na Rede, sendo especialmente responsável pela avaliação das situações de saúde e sociais e pela verificação de cumprimento dos critérios de referenciação, implementação do plano individual de trabalhos e respectiva monitorização. As equipas de gestão de altas (EGA), são equipas hospitalares multidisciplinares (médico, enfermeiro e assistente social), cuja actividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. A esta equipa é incumbida a responsabilidade da referenciação de utentes através de um aplicativo informático desenvolvido pela UMCCI, que entrou em funcionamento em Janeiro de 2008, suportado em plataforma Web. Este sistema de informação distinto ou pelo menos com níveis de acesso diferenciados e segundo o Relatório Primavera 2009, justifica-se pela sua natureza interministerial do projecto RNCCI, não devendo ser impeditivo de a Administração Central do Sistema de Saúde, poder aceder à informação de saúde, para que com base nela possam concretizar as competências que lhe são atribuídas.

As equipas multidisciplinares referenciadoras dos ACES, ainda não legisladas, foram criadas recentemente com o objectivo de tornarem o elo de ligação com a ECL, no encaminhamento de utentes de âmbito domiciliário.

Segundo o Relatório Primavera 2008, há uma clara supremacia do número de utentes referenciados pelas EGA's comparativamente com os dos ACES, que provavelmente será atribuída a uma dinâmica mais lenta da operacionalização dos intervenientes. Depreendemos que

esta análise veio acelerar a formação destas equipas no âmbito da RNCCI.

Segundo o relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI de 2009 refere que quando comparado com o ano de 2008, verificou-se que os ACES referenciaram mais 10% dos utentes e que os hospitais diminuiram 4% os utentes referenciados.

Funcionamento da RNCCI

Importa caracterizar as várias tipologias de cuidados continuados. Constituem unidades de internamento: as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. Segundo o Dec. Lei nº 101/2006, artigo 36º que cria a RNCCI define estas unidades como “entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- c) Entidades privadas com fins lucrativos;
- d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde”.

O modelo de gestão preconizado assenta nas relações que se estabelecem entre as entidades prestadoras de serviços e a estrutura administrativa ministerial que compra e financia a prestação dos serviços.

A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.

As unidades de média duração e reabilitação visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.

As unidades de longa duração e manutenção têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, optimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.

As unidades de cuidados paliativos, tal como são definidas no âmbito da RNCCI, destinam-se a

doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

Constituem também resposta da RNCCI, as equipas domiciliárias, designadamente as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados.

Circuito de referência do utente para RNCCI

O circuito de referência da RNCCI, pressupõe a existência de quatro níveis operacionais, em termos de referência, correspondentes a: EGA e Equipas de Referência dos ACES, ECL, ECR e, por último, mas não menos importante, as unidades prestadoras de cuidados. Podemos dizer que existe um quinto nível, com enfoque na monitorização e regulação, assumido pela UMCCI.

A inscrição de utentes no sistema pode ser efectuada por duas entidades, as EGA e as equipas referenciadoras dos ACES. Desta forma, tanto os utentes com origem nos hospitais (EGA) como na comunidade (ACES) possuem as mesmas facilidades em termos de acesso à RNCCI.

O circuito de referência de um utente inicia-se com a sua inscrição no aplicativo informático, em plataforma Web, desenvolvido pela própria UMCCI (criação de episódio), responsabilidade assumida pelas EGA ou pelas Equipas referenciadoras dos ACES.

O processo do utente a referenciar terá de ser realizado por uma equipa multiprofissional (médico, enfermeiro e assistente social), no âmbito das suas competências procederão à avaliação total do utente e preenchimento dos respectivos formulários que constam do processo do utente.

Logo que se considere o processo do utente suficientemente documentado para que se possa proceder a uma avaliação, nos termos dos critérios de admissão à Rede e da correcta identificação da tipologia de cuidados adequados às necessidades do utente. O processo deve ser remetido, através da plataforma informática, à ECL de referência de cada ACES, para que a mesma possa avaliar a existência ou não, dos referidos critérios e a adequação da tipologia proposta pela EGA/Equipas de Referência.

Após a validação da proposta inicial, com ou sem correcções e na ausência presencial do utente, a função da ECL é referenciar o utente, caso haja vaga, para uma unidade de cuidados continuados ou, no caso de não haver, para a ECR. Quando existir uma vaga ao nível da ECL, o processo do utente é remetido, após angariação da documentação legal necessária junto do utente e família, para a unidade prestadora seleccionada a fim de se proceder ao internamento.

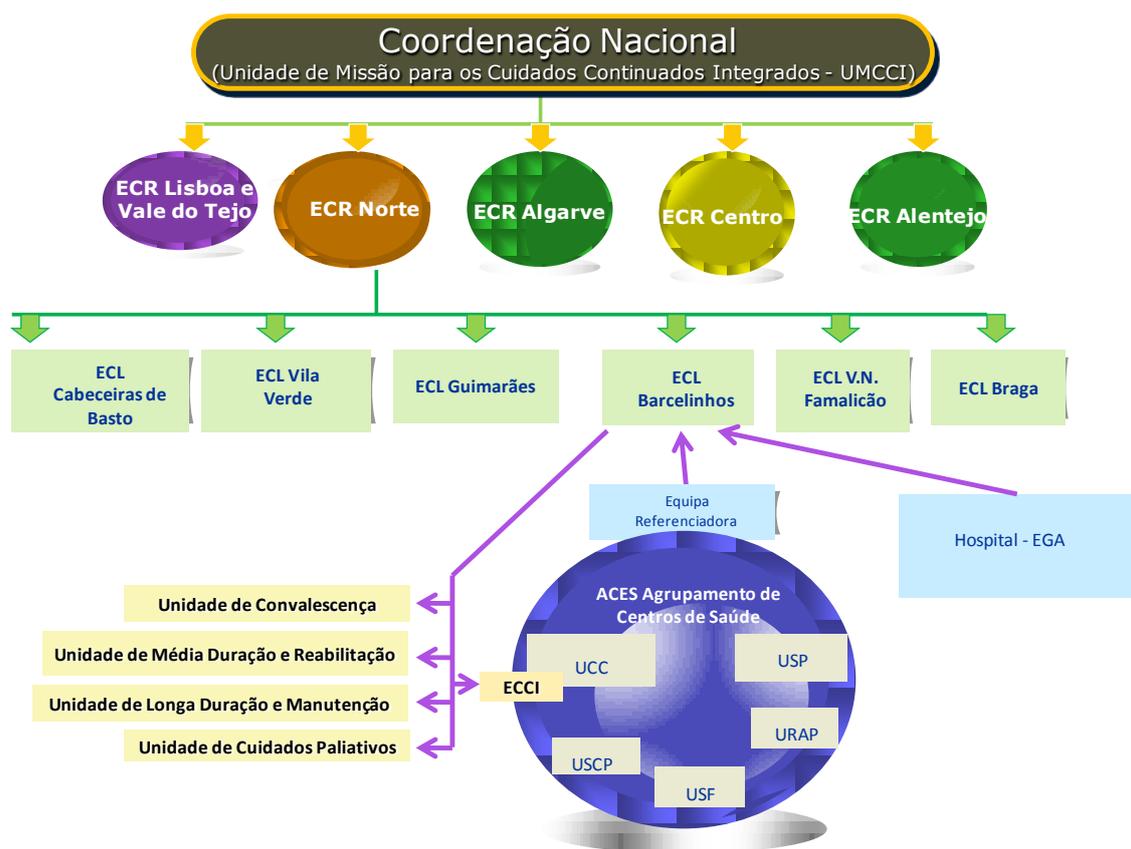
No cenário de não ser identificada uma vaga local o processo do utente deverá ser remetido à ECR que, em toda a região ou noutra em concertação com a respectiva ECR, deverá proceder à identificação de uma vaga. De referir que o utente é colocado preferencialmente numa unidade de

internamento da sua área de residência e deve ser referido no seu processo quais as unidades preferenciais, isto para evitar que o utente seja deslocado para uma unidade distante e recuse o internamento. Logo que esta situação ocorra, o processo do utente é remetido à ECL, que dialoga com a unidade prestadora identificada, para que se proceda ao internamento, à semelhança do que foi referido anteriormente.

A solução informática desenvolvida pela UMCCI não disponibiliza ou agrupa utentes em lista (s) de espera. É seu entendimento que este conceito pressupõe a existência de uma hierarquia e prioridade de acção. Assim, e uma vez que não existem critérios formalmente estabelecidos para a periodização, sendo a avaliação caso a caso uma das responsabilidades das ECL, prefere-se assumir o conceito de *pool* de utentes que estão a aguardar vaga ou, simplificando, o conjunto de utentes com critérios para cuidados continuados que ainda não foram internados em unidades da rede.

O Processo de Referenciação está traduzido graficamente na figura que se apresenta de seguida.

Figura 1 – Processo de referenciação de um utente para a RNCCI



Como referido anteriormente, utentes internados nas diversas unidades tem um tempo máximo de permanência, excepto na Unidade de Longa Duração, Manutenção e as Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas de Cuidados Continuados Integrados, após o internamento são enviados para o domicílio, acompanhados de uma carta de alta com necessidade ou não de continuidade de

cuidados no domicílio.

Este circuito inverso (internamento na RNCCI - domicílio) é realizado através do envio da unidade de internamento de uma nota de pré-alta (48 horas de antecedência da alta) para a ECL, que por sua vez envia para as equipas referenciadoras do ACES/Unidades de Saúde, a fim de se preparar a sua reintegração no domicílio e periodizar a continuidade de cuidados a prestar.

2.3 – Reforma dos CSP

O novo conceito da reconfiguração dos CSP, com a sua magnitude de abranger várias áreas de intervenção, premiando as populações com melhorias concretas para a sua saúde, ao mesmo tempo que envolve os profissionais de várias áreas da saúde num compromisso sério de responsabilização e inovação na gestão dos cuidados de saúde. Quando invocamos o termo inovação, a primeira reacção é pensarmos em nova técnica, novos sistema informático, novo procedimento ou então sugere-nos mudança. É nesta mudança que queremos centrar as nossas energias, ou seja a inovação/mudança que se pretende para os CSP centra-se em importantes rupturas na arte de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, aproveitando o potencial inovador das tecnologias de informação. “O conceito de inovação em saúde é um processo criativo que requer imaginação e interacção entre organizações. A sua aplicação deverá transformar o conhecimento na área da saúde em produtos facilmente alcançáveis, bem como em serviços e procedimentos, pelo menos em três domínios distintos:

- Promover a aplicação da saúde ao desenvolvimento social e individual;
- Facilitar a comunicação e interacção entre o público, as várias organizações de saúde e os governos;
- Fomentar o crescimento económico através do investimento na saúde em ambiente com suportes físicos e sociais e em centros de tecnologias da saúde” (OPSS,2008,p.75).

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários definiu algumas linhas de acção para a implantação e desenvolvimento dos ACES. No ponto seis, é assinalado o seguinte: “Desenvolvimento da governação clínica e técnica. A MCSP enquadrará e desenvolverá um quadro de referência e um conjunto de iniciativas para o desenvolvimento continuado de competências de governação clínica e técnica nos ACES” (Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP],2008,p.7).

O termo *Clinical Governance* foi introduzido pela primeira vez, em 1997, no livro branco da saúde do *National Health Service (NHS): The New NHS Modern, Dependable*, traduzindo uma estratégia

de modernização do sistema de saúde. O termo Governança foi importado do mundo económico, que definia a *Corporate Governance* como um sistema pelo qual as companhias são dirigidas e controladas. As intenções da *Corporate Governance* eram proteger os investimentos dos accionistas e minimizar os riscos de fraude e má prática. Para isso a Comissão *Cadbury* identificou três requisitos fundamentais:

- Controle financeiro interno através de auditorias regulares.
- Operações eficientes e efectivas.
- Concordância com as leis e regulações.

O Sistema Nacional de Saúde enfrenta novos desafios devido ao crescimento cada vez mais acentuado da despesa em cuidados de saúde, assim como à crise económico-financeira que se faz sentir quer em Portugal, a nível Europeu e também Mundial. Portanto, há necessidade emergente de implementar uma "gestão profissionalizada que garanta uma organização adequada, uma afectação eficiente de recursos e um processo de permanente avaliação" (Baptista, Santos, & Santos,2009,p.26).

Se até a bem pouco tempo a gestão dos cuidados de saúde estava alheada das técnicas e ferramentas de gestão aplicadas a outros sectores da economia, o estado da arte dita uma obrigatoriedade emergente em aplicar essas técnicas/ferramentas aos cuidados de saúde, nomeadamente aos CSP. Assim, " as unidades de saúde, como qualquer organização, necessitam de ser geridas tendo por base uma estratégia, e não apenas a mera administração diária dos seus recursos. Para tal é crucial desenvolver um enquadramento estratégico nestas organizações considerando prioridades de distribuição dos recursos disponíveis" (Lapão,2005,Vol. 2,n.4, 015-027,p16).

A apresentação publica, num seminário submetido ao tema "Reforma dos Cuidados de Saúde Primários" - 12.06.2007, efectuada pelo Ministro da Saúde Correia de Campos, em que apresenta a proposta de reconfiguração dos centros de saúde e da criação dos agrupamentos de centros de saúde, foi a pedra basilar para iniciar um nova etapa na reestruturação dos CSP." Trata-se de uma reforma que irá abranger oito grandes áreas de intervenção: a reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; a implementação de unidades de saúde familiar; a reestruturação dos serviços de saúde pública; outras dimensões da intervenção na comunidade; a implementação de unidades locais de saúde; o desenvolvimento dos recursos humanos; o desenvolvimento do sistema de informação; a mudança e desenvolvimento de competências" (Campos,2007,para.3). Embora a apresentação da reconfiguração do CSP tenha sido efectuada em Junho de 2007, a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (UMCSP) foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro com o propósito de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF, entre outros, uma vez que os cuidados de saúde primários

caracterizavam-se por uma ausência de autonomia, por uma forte estrutura hierárquica, centralista, por excesso de burocracia mesmo para as decisões mais simples e pelas limitações impostas na gestão local. Relativamente à reconfiguração dos centros de saúde, a UMCSP tem por premissa: coordenar o processo de lançamento e implementação das associações de centros de saúde, conduzir a sua transformação organizacional em unidades de gestão e definir um quadro de referência para o acompanhamento do exercício dos futuros gestores, contribuindo para a criação de uma cultura ética de transparência e de prestação de contas.

Esta matéria não é propriamente novidade para ninguém, uma vez que em 1997, Aloísio M. Coelho, refere "...em grande parte devido à acção de uma grande figura da saúde dos nossos dias, o antigo director-geral da OMS, Halfdan Mahler, pressupõe... duas coisas muito importantes: por um lado, que os problemas da saúde sejam tratados, quer em termos de estudo, quer em termos de intervenção, ao nível de toda a comunidade (ou partes dela, bem definidas) – isto é, ao nível das populações; e por outro, que a solução dos mesmos não pode assentar unicamente no sector da saúde, tendo obrigatoriamente de ser multidisciplinar e intersectorial e requerendo, para além disso, a participação activa das próprias populações"(Coelho, 1997, p.7).

De facto espera-se que haja um novo quadro de gestão descentralizada, criando os mecanismos que lhes permitam fazer de forma cíclica uma correcta avaliação das necessidades, planeamento estratégico, olhar para a prestação de cuidados e adequá-la às necessidades da população, avaliar e monitorizar o desempenho. "Neste domínio perfilam-se duas posições: uma mais preocupada com os resultados práticos da gestão (...), outra que acentua a dimensão plural da organização e se preocupa mais com a diferenciação da cultura no seio da sua organização (...)" (Neves, 2001, p.448). Ambas constituem um desafio que se perfila para os ACES com vista à sua própria sobrevivência e desenvolvimento e para que se tornem efectivas será fundamental que se dê às pessoas maior poder na tomada de decisões a fim de melhorar a responsabilização e o envolvimento, optando por modelos de gestão participativa (Armada, Direito, Malheiro, Amorim, Silva, & Rocha, 2007).

Os ACES devem estabelecer um contrato programa anual com a ARS, que define qualitativa e quantitativamente os seus objectivos, os recursos que lhe são afectos e as regras relativas à sua execução. Esta descentralização proporciona um envolvimento e uma maior motivação, por parte dos profissionais a nível local, para delinear objectivos comuns, de forma a adoptar as melhores estratégias/meios, lançando soluções concretas para os problemas identificados. "As unidades de saúde, como qualquer organização, necessitam de ser geridas tendo por base uma estratégia, e não apenas a mera administração diária dos seus recursos. Para tal é crucial desenvolver um enquadramento estratégico nestas organizações considerando prioridades de distribuição dos recursos disponíveis" (Lapão, 2005, Vol.2, n.4, 015-027, p.16). Esta reforma que está a ser implementada nos CSP " (...) ressaltam algumas áreas-chave: inovação, flexibilidade, consenso, experiência, competências, planificação, articulação, responsabilização, voluntariedade, qualidade, efectividade, eficiência, remunerações dependentes da produtividade e qualidade dos cuidados"

(Biscaia,2006,N.º22,p.72). Os ACES têm que se integrar numa coerente lógica de organizações flexíveis com capacidade de adaptação. Para ser possível esta nuance houve a preocupação de que os Directores Executivos e os membros do Conselho Clínico tivessem acesso a formação específica, direccionada para as funções que iriam desempenhar neste novo conceito. “Os centros de saúde nunca tiveram autonomia de gestão. O seu controlo administrativo foi sendo feito à distância a partir das sedes de distrito (pelos serviços sub-regionais das ARS). A reafectação dos recursos, meios e competências destes serviços de âmbito sub-regional é um processo que exige sensibilidade e visão estratégica. Esta reafectação será feita para os níveis local e regional consoante a natureza dos recursos e das competências em causa” (MCSP,2008,p.5), tudo isto é o resultado de várias reflexões baseadas na sua estrutura, nos processos e nos seus resultados. Esta (re)organização foi equitativamente redesenhada para ter a eficácia necessária, pois só desta forma os CSP terão efectividade, ou seja, chegar-se-á aos resultados desejados e com eficiência (óptima relação custo - benefício).”Nesta perspectiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a centragem nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares” (Ferreira & Raposo,2006,p.287).De facto,gestores e profissionais da saúde, devem compreender que qualquer serviço de saúde só tem uma razão de ser: o “utente” para o atendimento das suas necessidades de uma forma cada vez mais efectiva, dignificando-o ao torná-lo mais responsável, e mais assertivo no que diz respeito à satisfação das necessidades dos seus utilizadores/ utentes.”Desta forma, a boa governação na saúde significa considerar um conjunto de boas práticas que definem as regras do jogo relativamente à tomada de decisão, à implementação de soluções, à sua avaliação e monitorização e, conseqüentemente, à correcção no caso de eventuais desvios. Implicitamente estamos a falar da capacidade de implementar mudanças efectivas que permitam melhorar o sistema de saúde, respondendo às reais necessidades dos seus utilizadores e garantindo princípios de equidade e de igualdade” (Ferreira & Raposo,2006,p.287).

Esta nova arquitectura organizacional dos CSP inserida no quadro da reforma da administração pública, iniciada em 2005, assenta nas cinco vertentes resumidas a seguir:

Rede descentralizada de equipas

Equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas: - cuidados à pessoa e à família – USF; - UCSP em que também prestam cuidados de saúde à pessoa e à família, tem dimensão idêntica à prevista para as USF prestando cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo constituída por equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF e depende hierarquicamente do Director Executivo estando vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica; - cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade – UCC, em actuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária,

designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde -ECCI; - intervenções no meio físico e social e acções com alcance populacional – USP, coordenam intervenções orientadas para garantir o bem público comum no domínio da saúde, funcionando como observatórios de saúde local, unidade de administração de saúde populacional, de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário e responsável pela realização de estudos populacionais, vigilância epidemiológica e exercício da função de autoridade de saúde.

De Salientar que as USF distinguem-se das UCSP pelo nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos. Está regulamentada em legislação própria.

Concentração de recursos e partilha de serviços

Equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais) e de consultadoria às unidades funcionais e aos projectos de saúde comuns a várias unidades e ao ACES - unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Descentralização da gestão para o nível local

Criação dos ACES com nova matriz organizacional e funcional assente em unidades funcionais com autonomia gestonária, constituídas por equipas multiprofissionais, funcionamento em rede e compromissos assistenciais contratualizados, com directores executivos e conselhos executivos e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos - unidades de apoio à gestão (UAG) – obtendo economias de escala com a agregação de centros de saúde, fornecendo apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão, viabilizando o funcionamento adequado de toda a organização. A UAG é uma unidade de *back-office* que viabiliza que, em cada momento, existam condições materiais e objectivas para que todos possam cumprir a sua missão.

Governança clínica e de saúde

Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACES e dos conselhos técnicos das suas unidades.

Participação da comunidade

Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os gabinetes do cidadão e os conselhos da comunidade.

A reforma dos cuidados de saúde primários apresenta, em termos gerais, como aspectos

inovadores, o modelo organizacional aplicado às unidades prestadoras de cuidados e às unidades de gestão, entre muitos outros. Esta reforma tem sido um bom exemplo de inovação política, pois, representam uma grande mudança de sistemas de saúde institucional para cuidar da comunidade, de uma resposta segmentada e especializada para uma abordagem integrada e generalista às necessidades do paciente ao defender mais atenção à participação da comunidade (Sakellarides,2008). Importa ainda salientar que o trabalho nos centros de saúde passa a ser executado por equipas multi-profissionais, compostas por regra por um pequeno número de médicos, enfermeiros, administrativos, podendo vir a ser integrados, de acordo com a contratualização de serviços, outros profissionais de saúde ou de apoio social, dependendo das necessidades da população da área em questão.

Algumas das unidades dos ACES, nomeadamente a UCC e a ECCI foram formadas tendo por base a adesão voluntária, trabalho em equipa, existência obrigatória de sistema de informação, contratualização e avaliação, com objectivos de melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos profissionais e cidadãos.

2.4 – ECCI no contexto da reforma dos CSP

A acção dos profissionais de saúde que intervêm na área comunitária deve assentar num ambiente de co-participação com o utente - família/grupo - comunidade e de respeito mútuo na procura das soluções para as necessidades que ele apresenta, tendo em atenção as vertentes humana, científica e técnica sempre estritamente associadas ao aspecto relacional. De salientar que o trabalho na comunidade envolve o domicílio dos utentes e suas famílias, as associações, as instituições de solidariedade social, as escolas, os locais de trabalho, as comunidades étnicas e ainda as comunidades desportivas.

Sobressaem assim os cuidados de proximidade, visando a articulação entre prestadores, a complementaridade e coordenação dos recursos e o aproveitamento integral das capacidades existentes, assentes na negociação, colaboração e coordenação. Estes cuidados são operacionalizados pelas unidades funcionais do ACES, essencialmente as UCC.

Integrada nesta última tipologia surge a ECCI. Esta equipa está integrada, ainda, e dá resposta às solicitações da RNCCI, actuando no domicílio do utente e família. “A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, de doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma

autónoma” (Artigo 27º, Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Estas equipas são provavelmente a resposta incondicional a uma necessidade desde há longo tempo identificada e reconhecida pelos agentes que acompanham o sistema de saúde português. A área dos cuidados continuados tem vindo a ser consensualmente considerada uma das áreas prioritárias a desenvolver face ao impacto gerado, a médio e longo prazo, na resposta a um vasto campo de necessidades em saúde actualmente a descoberto no sistema de saúde português, mas também na promoção da sua eficiência e equidade.

Reportando-nos para o mercado em saúde, nomeadamente a questão da equidade na saúde, estas equipas de cuidados vão de encontro às necessidades de uma população em particular e estão distribuídas geograficamente na área onde foram identificadas as necessidades, logo as respostas em cuidados de saúde será efectuada de uma forma articulada, diminuindo algumas desigualdades intuídas nesta área, no entanto ainda persistem “alguns problemas na acessibilidade, quer devido à irregular distribuição geográfica, quer ao desigual número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), quer ainda no que respeita à fragilidade da multidisciplinaridade das equipas, o que requer esforços adicionais por parte dos ACES. De referir que uma das regiões com maior densidade populacional (LVT) é a que apresenta maiores dificuldades de cobertura” (OPSS,2010,p.51).

Os cuidados de saúde a prestar devem ser definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e centrar a sua organização numa coordenação efectiva entre programas em desenvolvimento. Os programas e projectos integram-se no plano de acção do ACES, em estreita articulação com as USF, UCSP, USP e ECL, no âmbito da RNCCI, de acordo com as orientações técnicas.

A ECCI pretende oferecer Cuidados de Saúde e Apoio Social Domiciliários a todos aqueles que, não necessitando de internamento, precisam do apoio de diversos técnicos de saúde. Actualmente existe apoio de enfermagem, médico, apoio social, psicológico, de reabilitação, terapia ocupacional, e higiene oral. A prestação de cuidados é realizada no domicílio, podendo ser cedido ajuda técnica de acordo com as necessidades e recursos da equipa.

Neste contexto, a ECCI pretende ir ao encontro de algumas das especificidades do mercado em saúde quando define os cuidados que deve produzir (prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social), como devem ser produzidos esses bens (estreita articulação com as USF, UCSP, USP e com a ECL) e quem os vai consumir (a pessoas em situação de dependência funcional, de doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma). Assim, os valores de equidade no acesso a cuidados de saúde, onde se defende que o acesso deve ser função da necessidade de receber tais cuidados e não de outras características como status social,

rendimento, local de residência, entre outros, diminuir a existência de externalidades no consumo de cuidados de saúde, uma vez que, os consumidores não vão extrair utilidade pelo facto de terem acesso a cuidados de saúde em função da necessidade, e não da capacidade de pagar. No entanto, vai continuar a prevalecer uma incapacidade do consumidor “encher o seu saco de compras”, porque não tem a informação necessária para a tomada de decisão. A doença fragiliza o consumidor e a tomada de decisão neste contexto está *impregnada* de subjectividade, provavelmente não vai hesitar em consumir todas as alternativas que lhe são apresentadas, neste caso, as da ECCI. Além disso, como está em situação de fragilidade a incerteza é uma presença marcante, quanto ao momento em que se necessita de receber cuidados de saúde e incerteza quanto ao custo de repor o estado de saúde (quando isso é possível). Geralmente os consumidores possuem aversão ao risco, pelo que se existirem mecanismos de transferência de risco por exemplo para a RNCCI, nomeadamente para a ECCI, estes optam geralmente por fazê-lo porque vêm diminuir o preço que o indivíduo tem de pagar pelos cuidados de saúde no momento do consumo. Esta diminuição do preço, que por vezes é nulo ou próximo disso, leva a que alguns indivíduos consumam acima do óptimo (risco moral), levando a uma afectação ineficiente de recursos (uma vez que a ECCI contratualizou uma lotação de 20 camas). Uma outra particularidade que a equipa encara é a assimetria de informação entre o consumidor e o prestador de cuidados de saúde (ECCI). Geralmente o prestador tem mais informação que o consumidor, pelo que naturalmente se estabelece uma relação de agência. Essa relação de agência dá o poder de decisão ao prestador, podendo haver lugar a fenómenos de indução da procura.

Esta “equipa de trabalho surge de um sistema organizacional (organização) como uma entidade, sendo a sua existência reconhecida quer pelos seus membros quer por todos aqueles que estão familiarizados com o próprio sistema” (Passos,2001,p.337). Quando alguém inicia voluntariamente um percurso desta índole, está indubitavelmente a pensar em si e nas pessoas que estão à sua volta, quer seja os membros da própria equipa, quer seja a pessoa que recebe cuidados. “Os recursos humanos, onde estão incluídos os enfermeiros, de uma instituição/organização são os agentes que potenciam a qualidade e a eficiência dos seus serviços. Mas essas potencialidades estão inteiramente dependentes da satisfação dos indivíduos no contexto de trabalho o que determinará o seu maior desempenho e eficiência” (Baptista,Santos, & Santos,2009,p.26). De facto, as organizações de saúde, nomeadamente os ACES, devem ser responsabilizadas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto, da equipa, para identificar aspectos que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Este último aspecto é importante, não bastando prestar bons cuidados, mas sendo necessário demonstrá-lo, para confiança de colegas e cidadãos.

O conceito essencial nesta equipa multidisciplinar (ECCI) é o de trabalho em equipa. O elemento

estrutural central é o de equipa. O trabalho em equipa não é uma inovação na reforma, uma vez que facilmente qualquer profissional em saúde refere que trabalho em equipa. Mas será que realmente o faz? Será que o trabalho não será somente desenvolvido por um grupo de profissionais com afinidades na área da saúde? Trabalhar num espaço que partilha com outros profissionais é trabalho em equipa?" Será que é apenas uma questão de palavras ou existe uma diferença substancial entre grupos e equipas?" (Passos,2001,p.337).

Muitos autores consideram o trabalho em equipa e o trabalho de grupo como sinónimos, outros há que fazem a sua distinção como é o caso de Andrew J DuBrin, em que refere que "Uma equipa é um tipo especial de grupo. Um grupo é caracterizado pela responsabilidade individual, enquanto que uma equipa tem responsabilidade individual e mutua (...) um grupo se empenha em conduzir reuniões eficientes, enquanto uma equipa encoraja a discussão com final em aberto e a participação total na solução de problemas" (DuBrin,Cook, & Leal,2003,p.234).

O trabalho de equipa na área da saúde pode ser visto como uma rede de relações interpessoais; - rede de relações de poderes e saberes, - provavelmente afectos, - interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Os processos grupais precisam de ser conhecidos pelos próprios elementos da equipas, para que, juntos, possam criar significados, problematizando suas acções, actualizando as suas relações entre si e entre os utentes, esclarecendo e revendo o que compreendem por problema de saúde definindo as suas metas e prioridades, traçando estratégias que vão de encontro aos objectivos traçados pela equipa, como possibilidade de *recomposição* do trabalho em saúde numa outra direcção, a da interdisciplinaridade. Neste sentido parece-me oportuno referir que o resultado de um efectivo trabalho em equipa corresponde necessariamente à satisfação, quer dos intervenientes do processo, quer com os utentes.

Satisfação nos Serviços de Saúde

Ao abordar a satisfação nos serviços de saúde, irremediavelmente estão contemplados os utentes e os profissionais que estão nos respectivos serviços de saúde. Sabemos que toda a reestruturação nos CSP, e nomeadamente na implementação da ECCI, o grau de satisfação dos utentes é um dos indicadores de qualidade, logo, de boa governação. "De facto, para além da complexidade das organizações de saúde, as mudanças em curso nos sistemas de saúde irão inquestionavelmente influenciar os exercícios profissionais em saúde, eventualmente com maior visibilidade a nível da prestação, mas com reflexos muito significativos do domínio da gestão" (Reis,2004,p.7).

Sabemos também que para a maioria dos utentes a satisfação está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à efectividade das terapêuticas e ao estado geral de saúde. O mesmo não podemos dizer acerca dos profissionais que lá trabalham, uma vez que a satisfação profissional é um fenómeno complexo e com muitas variáveis, vivenciado pelos indivíduos como um estado comportamental derivado de fontes internas e externas. Por seu lado, e numa visão integradora, a

satisfação profissional surge como sendo o resultado afectivo da motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho no trabalho e, portanto, sendo determinante para o desenvolvimento sustentado dos cuidados de saúde.”A qualidade de vida no trabalho, assenta no princípio da criação de oportunidades ao trabalhador, dando-lhe maior responsabilidade, autonomia, participação no processo de decisão e nos resultados, tendo o indivíduo maior oportunidade de realização pessoal e progressão no trabalho. Os novos sistemas de produção dependem de pessoas motivadas, de forma a evitar problemas como a alta rotatividade, o absentismo e os acidentes de trabalho, todos eles factores passíveis de comprometer o sistema de trabalho” (Batista & Ricardo Manuel da Fonseca Santos,2009,p.30).

As expectativas do profissional no ambiente organizacional referem-se, fundamentalmente, a ser tratado e respeitado como ser humano e a encontrar na organização oportunidades para satisfazer as suas necessidades e atingir os seus objectivos e expectativas por meio da própria actividade do trabalho. Quando o profissional de saúde entra numa organização/instituição para trabalhar, o seu interesse básico não é aumentar o lucro dessa organização/instituição ou empresa, mas satisfazer necessidades pessoais de ordens diversas. Se ele não encontrar no trabalho meios de satisfazer as suas expectativas e de atingir as metas principais da sua existência, ele não se sentirá numa relação de troca, mas de exploração. O profissional de saúde leva consigo para a organização/instituição as suas habilidades e conhecimentos, a sua experiência e criatividade, o seu entusiasmo, a sua energia e a sua motivação. Na sua bagagem inicial, leva também as suas limitações, particularmente ao nível dos conhecimentos e habilidades necessários para a execução do seu trabalho. Entre a profissional de saúde e a organização/instituição onde ele trabalha, existe uma verdadeira dinâmica que é fundamental para a obtenção dos objectivos tanto da organização/instituição como do profissional.”A configuração que uma organização toma é o que as pessoas acreditam que a organização é, e, o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e, o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, a estrutura da organização. (...) a estrutura de uma organização depende e muito dos profissionais que nela trabalham, por isso a necessidade de ter nas organizações da saúde profissionais motivados, empenhados e satisfeitos com o seu trabalho” (Batista & Ricardo Manuel da Fonseca Santos,2009,p.32).

A satisfação profissional nos serviços de saúde é considerada um elemento estrutural destes e está associada à sua qualidade e resultados, que, como se viu, estão relacionados com a satisfação dos utentes dos serviços.

Muitos são os passos que se podem dar para melhorar a Qualidade dos serviços de saúde. No entanto alguns aspectos podem ser objectivamente medidos, como o tempo de espera para ser consultado, outros, mais dificilmente, como por exemplo a qualidade da relação estabelecida com o doente. Infelizmente nem sempre os critérios mais facilmente mensuráveis são os melhores ou os mais adequados. Os critérios de qualidade são interdependentes e interagem entre si estando

por vezes em conflito uns com os outros

Muitas são as correntes de opinião sobre a melhor metodologia a seguir. Para obter ganhos em termos de satisfação dos clientes, de optimização dos recursos, de reconhecimento pelas comunidades envolvidas, pode-se começar por colocar a tónica na vertente conformidade, na engenharia de processos, nas características mais intangíveis do serviço, nos aspectos relacionais do atendimento, na modernização das práticas de gestão, na liderança dos recursos humanos, no planeamento estratégico – ou em todas elas.

Há quem advogue que a variabilidade e o carácter imprevisível que caracterizam os serviços de saúde representam uma desvantagem para a utilização dos modelos de garantia da Qualidade ISO 9000 nestes serviços. Mas é exactamente porque a área de imprevisibilidade é grande que há a necessidade de normalizar o que é repetitivo, rotineiro, comum. “actualmente, o desempenho de uma organização prestadora de serviços de saúde encontra-se mais centrado no “cliente”, dando grande enfoque a factores como o *empowerment* do paciente, a educação para a saúde, o conforto, os mecanismos de reclamação e a continuidade dos cuidados. Em termos governamentais a utilização destes mecanismos tem sido uma forma bastante expedita de avaliar o grau de informação dos utilizadores dos serviços de saúde em relação aos direitos de promover a sua divulgação e aumentar as expectativas/exigências” (Oliveira,Sousa, & Baylina,2007,p.4).

É exactamente por isso que há a necessidade de disciplinar processos e definir procedimentos padrão. Porque é a melhor forma de garantir que os colaboradores estão preparados para responder com segurança, flexibilidade e iguais padrões de qualidade a situações imprevistas e altamente variáveis de cliente para cliente. Não obstante, as normas de orientação clínicas podem, prevenir casos de má prática e podem conduzir a melhorias uniformes da qualidade mas o resultado da utilização de normas de orientação clínicas será sempre mais a prevenção de problemas do que a promoção da excelência. Poderia conduzir a que os médicos vejam a qualidade como o cumprimento de uma especificação, que se estiver cumprida, o médico cumpriu a sua obrigação mesmo que as expectativas do doente não tenham sido atingidas

Se perspectivamos a qualidade do ponto de vista do utente, sabemos que o bem estar e a satisfação dos utentes é essencial. Assim, a qualidade tende a ser uma perspectiva individual mais do que colectiva, pois as necessidades de cada utilizador podem ser diferentes e mesmo chocar com as necessidades de outros utilizadores assim como podem estar em conflito com a perspectiva dos profissionais.

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua. Em Portugal “as políticas de qualidade na saúde

são realmente descontinuadas e o movimento da segurança do doente, que surgiu na sequência do relatório do IOM em 1999, não teve eco em Portugal e nas políticas de saúde nacionais, apesar dos compromissos assumidos com a própria Organização Mundial de Saúde” (OPSS,2009,p.97).

Cria-se uma cultura de serviço que estimula o ambiente organizacional e promove o espírito de missão e a satisfação dos profissionais. Surgem alterações no sistema de informação, através da instalação de ficheiros electrónicos para a simplificação de procedimentos e desburocratização, sendo possível a marcação de consultas de especialidade, directamente para o hospital de referência, desde que exista a largura de banda adequada.

Sistemas de Informação

Considerando todas as mudanças já referidas anteriormente, a revolução tecnológica da última década impõe às organizações cada vez mais, a necessidade de se tornarem competitivas de forma sustentável, aperfeiçoando a qualidade da sua gestão e formação com objectivo de melhoria contínua do seu desempenho. Experiências de diversas organizações e literatura têm demonstrado que o sucesso destas mudanças depende, fundamentalmente, do modelo utilizado para a sua implementação. A crescente utilização das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde são, assim, uma realidade em Portugal. Esta tendência, evidenciada pelo potencial destas ferramentas tecnológicas é evidente e tem sido promovida e estimulada no nosso SNS.

No sector da saúde existe uma multiplicidade de sistemas de informação formais e informais que recolhem dados de extrema importância. Para além disso, muitas outras áreas interferem com o estado de saúde e também devem ser acompanhadas e analisadas. Assim, “até 2002, dadas as limitações dos sistemas de informação utilizados, optou-se por configurar uma camada de software, em tecnologia Web, sobre o SINUS e o SONHO, evoluindo para sistemas de informação, onde os profissionais registavam os dados clínicos, as prescrições electrónicas de informação, a par de outros dados clínicos dos utentes/ pacientes. Estas mutações, resultaram na implementação do SAM e do SAPE, em alguns estabelecimentos, a partir desta data” (Espanha,2010,p.2).

Abordar todos os sistemas de informação na área da saúde, seria imprudente e incongruente, dado complexidade que envolve a área da saúde e o propósito deste trabalho. Assim, serão referenciados somente os sistemas utilizados pela ECCI: SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e SAPE (sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e o GestCare (sistema de informação centralizado, o GestCare CCI, acessível a todas as unidades do país via Web).

A Universidade Nova de Lisboa e a ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) efectuaram, em 2009 um estudo com o objectivo de efectivar uma análise da viabilidade económico-financeira das aplicações SAM e SAPE em conformidade com o despacho do Secretário de Estado da Saúde com o nº 34/2008. Desta análise salienta-se: “No quadro de

implementação do Plano de Transformação dos Sistemas de Informação Integrados da Saúde torna-se necessário decidir sobre a evolução ou descontinuidade de duas aplicações provenientes do extinto Instituto de Gestão Informática da Saúde, o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Apesar do uso generalizado destas aplicações ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), as aplicações SAM e SAPE estão desactualizadas do ponto de vista tecnológico e funcional. A eventual continuidade destas aplicações exige ainda a sua conversão numa aplicação unificada de registo clínico” (Gomes, Paiva, & Simões, 2009, p.1). Ainda no mesmo documento, os autores do estudo ressaltam “Consideramos, no entanto, que o factor decisivo estará na expectativa sobre o grau de maturidade funcional das aplicações de gestão clínica. Caso a expectativa seja de grande dinâmica de aparecimento de novas necessidades funcionais ainda não respondidas pelas aplicações actuais (...). Com a presença ou não de uma aplicação do Ministério da Saúde, defendemos que deve ser garantido o funcionamento livre do mercado, seja para desenvolvimento de funcionalidade nuclear, seja para as referidas funcionalidades satélite. Torna-se, assim, necessário salientar o papel que a interoperabilidade da solução a desenvolver terá na criação de um mercado para desenvolvimento de funcionalidades satélite, onde a dinâmica concorrencial introduzirá maior pressão de inovação e maior potencial de criação de valor para as unidades de saúde”(Gomes, Paiva, & Simões, 2009, p.42).

Apesar de, o estudo estar concluído em 2009, as implicações na prática estão muito aquém das expectativas dos seus utilizadores. Como foi referido, a interoperabilidade dos sistemas, é um dos problemas apontados para o qual ainda não há soluções. A interoperabilidade é explicada como a congruência e apropriada conectividade entre os diversos subsistemas de informação e aplicações informáticas, planeadas com a capacidade dos vários actores (a pessoa, o prestador, a organização, etc.), disponibilizarem e receberem serviços de outros sistemas e utilizarem os serviços partilhados, de modo a auxiliar a efectividade do seu funcionamento conjunto (OPSS, 2009).

A existência de uma rede que permita a comunicação entre os diversos sistemas de informação, poderá ainda servir outros propósitos, beneficiando duplamente os profissionais de saúde, pois, ao permitir que aos a utilização das ferramentas que envolvam tecnologias de informação, permitindo que estes mantenham activa uma troca informal de experiências enriquecedora das estruturas da organização bem como os seus objectivos de produtividade. Estes processos tecnológicos tendem, gradualmente, a ser alvo de uma maior interoperabilidade e complementaridade, funcionando em rede, isto é, serem mais flexíveis e adaptáveis às mudanças. A total integração dos sistemas de informação é essencial para a redução do risco, da despesa e da duplicação de exames, promovendo um sistema de saúde mais ágil, célere e centrado no utente/paciente.

II PARTE - ECCI: Consubstanciando um projecto

A consubstancialização de projectos tornou-se a pedra essencial do desenvolvimento das organizações, mas não é a única maneira de conduzir e gerir uma organização ou instituição! É uma das ferramentas para organizar tarefas e para perseguir os objectivos concretos.

Este projecto tem como meta, a implementação de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em que o seu principal objectivo é solucionar vários problemas, baseado numa análise de necessidades. O seu crescimento e desenvolvimento é o resultado de uma reflexão comum, da observação das condições do ambiente onde se pretende que seja implementado e de uma abordagem que sintetiza a observação do futuro e o conhecimento do passado, identificando o seu significado.

1 - ANÁLISE DE SITUAÇÃO

O planeamento em saúde permite-nos optar pela solução mais vantajosa, isto é, aquela que permite alcançar os objectivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, alcançando os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos. O planeamento, num processo lógico, é um método dinâmico e contínuo, em que segue uma ordem de prioridades previamente estabelecida e uma racionalidade na tomada de decisão, implicando uma acção interactiva, em que o primeiro passo é a elaboração de uma análise de situação estruturada e concisa, para a implementação de intervenções.

É com esta linha de pensamento que vamos realizar uma análise de situação numa área geográfica da região norte do país. Iniciamos com uma breve abordagem à situação de saúde num âmbito geral, concretizando-se no passo seguinte uma análise detalhada da caracterização da população portuguesa, nomeadamente numa área da região norte onde vai ser implementada a ECCI. Numa fase inicial procuraremos sistematizar a análise da situação, com base num diagrama causa efeito no formato *espinha de peixe*, com o respectivo enquadramento, em que, o efeito desejado é a criação e implementação de uma ECCI. Tratando-se de um projecto no âmbito da prestação de cuidados em saúde, há enorme interesse em que ele seja implementado de uma forma eficiente, isto é, com ganhos efectivos em saúde para a população. Neste sentido, impõe-se a necessidade de avaliar o ambiente externo, no que se refere, às oportunidades e ameaças para a organização, as quais correspondem às perspectivas de evolução no meio envolvente, e são condicionadas pelas decisões e circunstâncias externas ao seu poder de decisão. Será ainda, elaborada uma análise swot, facilitando a análise do posicionamento da organização, a definição das suas estratégias e a tomada de decisões por parte dos seus dirigentes. No seguimento, proceder-se-á a uma análise pormenorizada da população alvo, e dos recursos existentes.

1.1 - A implementação da ECCI no contexto da realidade portuguesa

Por razões de sistematização de conteúdos perspectivaremos a nossa análise, tendo em conta dois aspectos fulcrais: as mudanças nas sociedades e os aspectos sócio - demográficos e de saúde.

Breve alusão às sociedades modernas

Nas sociedades modernas, a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos, a

promoção e a generalização dos cuidados de saúde levaram ao aumento da longevidade e, como tal, ao progressivo crescimento do número de idosos. Paradoxalmente, ampliou-se a par do aumento da esperança de vida, o número de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes. Estes factores incitam a uma reflexão sobre as implicações que trazem para os cuidados de saúde constituindo um desafio para a gestão das organizações. No século passado, assistimos a uma drástica redução na mortalidade provocada por doenças infecto-contagiosas; hoje confrontamos com a emergência das doenças crónicas, sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto. Os progressos na protecção materna e infantil permitem, hoje em dia, por seu turno, salvar crianças que sobrevivem com graves sequelas neurológicas ou outras lesões. Além disto, a evolução tecnológica e as alterações nos estilos de vida têm levado ao surgimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de doenças cardiovasculares, em idades cada vez mais jovens e produtivas. Assim, se mais pessoas vivem em idades mais avançadas, se as doenças crónicas se tornam mais frequentes com o envelhecimento, se o número de deficientes tem aumentado e se salvamos cada vez mais crianças com graves sequelas neurológicas, significa que, aumentará o número de pessoas a necessitar de um maior consumo de recursos e por conseguinte, uma mudança no desenho da oferta, mais e melhor coordenação entre os vários níveis de cuidados e superiores níveis de eficiência e efectividade.

Outra preocupação, será a “reafecção de recursos como alternativas ao internamento, resultando numa maior procura às unidades de ambulatório, favorecido por novas técnicas e formas de tratamento da doença. O ambulatório parece trazer melhorias ao nível da qualidade assistencial e um aumento da eficiência técnica e económica” (Dias & Queirós, 2010,p.5). Ao mesmo tempo, ocorrem alterações na estrutura sócio-familiar, isto é, as famílias tornam-se mais pequenas, dispersas e variadas, sendo afectadas pelo aumento das migrações, do divórcio e de pressões externas com degradação das relações patronais. Muito provavelmente, menos mulheres e homens serão capazes de disponibilizar tempo para providenciar apoio e cuidado aos seus familiares dependentes. Estas alterações na estrutura das famílias não significa, necessariamente que o custo dos cuidados de saúde irá assoberbar o financiamento dos serviços de saúde. Estudos internacionais ^{1,2}mostram que não existe relação directa entre a proporção de idosos e deficientes e os custos totais dos cuidados de saúde. Assim, os desafios que se apresentam com o envelhecimento da população e o aumento das sequelas neurológicas em várias idades, põem em causa não só a competitividade económica dos países afectados por este fenómeno, como a sustentabilidade do elo social, garantido por um relacionamento económico

¹ Ao envelhecimento populacional tradicionalmente associou-se uma carga maior de doenças crónico-degenerativas na sociedade, mais incapacidades e aumento do uso de serviços de saúde (Lubitz, Cai, Kramarow, & Lentzner, 2003).

² A prevenção é mais efectiva quanto menor o seu nível de complexidade. Entretanto, as intervenções a nível de cuidados de saúde primários e cuidados continuados na população idosa têm mostrado ser capazes não adiar, unicamente, a incapacidade como também de diminuir os custos finais para o sistema de saúde (Gillespie, et al., 7 OCT 2009).

inter-geracional. Este nexó geracional (centrado em sistemas de seguranga social que, até à data, têm garantido a redistribuição do rendimento dos indivíduos activos para os inactivos) pode, de facto, ruir, caso se mantenha a actual tendência de aumento do rácio de dependência das gerações. Todas estas alterações verificadas da população, exigem a reorganização dos cuidados de saúde e sociais em termos de respostas comunitárias intersectoriais.

Aspectos sócio – demográficos e de saúde

A população em Portugal encontra-se extremamente envelhecida, e com tendência a aumentar o número de idosos. De igual modo, é verdade que, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte no nosso contexto de trabalho, e a dependência em idades jovens é francamente significativa, provocando elevado grau de incapacidade e consequentemente, extrema dificuldade e instabilidade para o cuidador informal no seio da família. No nosso contexto de trabalho, e segundo os Resultados Preliminares dos Censos 2011 – (Instituto Nacional de Estatística (INE), o concelho da Região Norte é o maior município do país ocupando uma área de 378,9 Km² distribuídos por 89 freguesias e com uma população residente de 120.492 mil habitantes, e 38.168 famílias. É oportuno referir, que segundo as estimativas anuais da população residente do INE referentes ano 2010, o seu índice de envelhecimento³ se situa em 78,2%, o um índice de dependência de jovens⁴ 22,7%, enquanto que o índice de dependência de idosos⁵ se situa nos 17,8%, sendo o índice de dependência total⁶ de 40,5%.

Observa-se que é significativo o efeito da idade avançada, somado a certas condições causadoras de dependência muito frequente entre idosos, nomeadamente, a demência, fracturas do colo do fémur, acidentes vasculares periféricos, doenças reumatológicas, diabetes, entre outras. Estas situações reduzem a capacidade da pessoa em superar os desafios do quotidiano.

O SNS, desde 1979, data em que foi criado, no pressuposto que lhe está inerente de cobertura universal, conta com uma rede de hospitais públicos e centros de saúde. No entanto, a continuidade de cuidados foi tradicionalmente confiada ao sistema familiar, ou a organizações

³ 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 (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos).

⁴ Relação entre a população jovem e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 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).

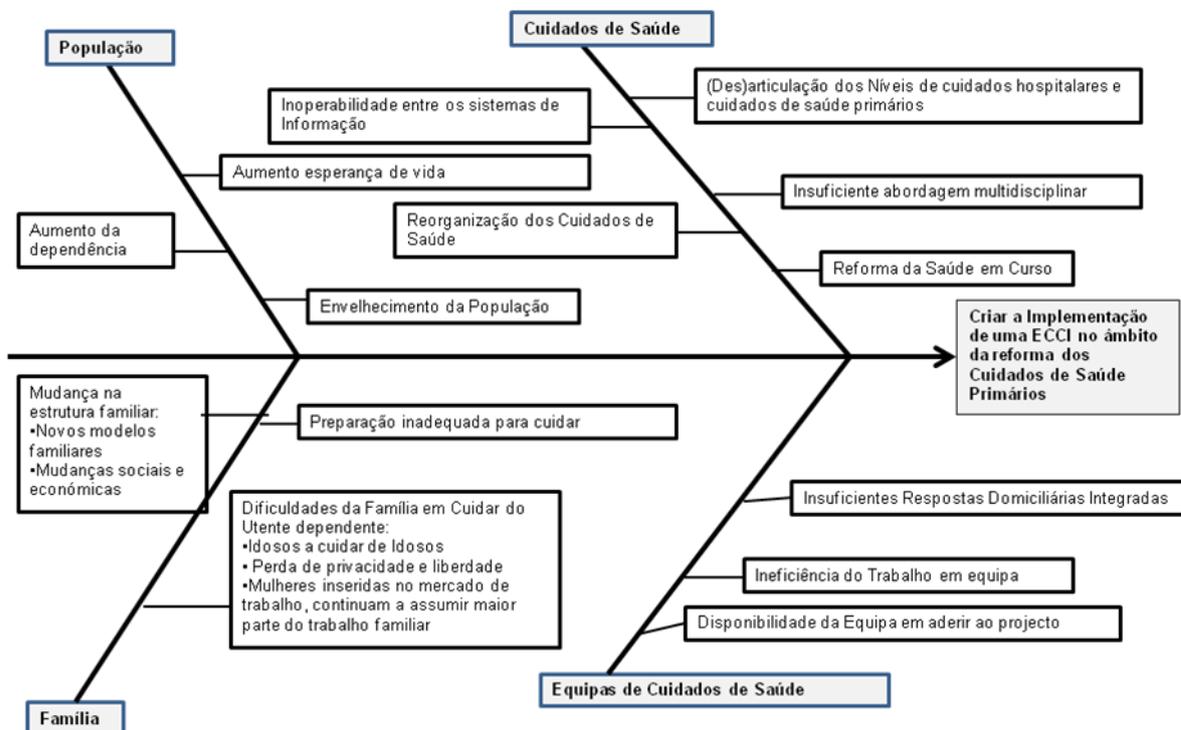
⁵ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos).

⁶ Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, 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).

caritativas. Com as alterações sociais que se tem vindo a introduzir nas sociedades, esta deixou de ser uma resposta eficaz. Neste sentido, foi aprovado em 2006 pelo Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho, consubstanciando a criação da RNCCI, com o propósito de dar respostas no âmbito da saúde e de apoio social às necessidades que tem vindo a ser identificadas.

Neste contexto foi elaborado um diagrama causa efeito no formato *espinha de peixe*, em que, o efeito desejado é a criação e implementação de uma equipa de cuidados continuados integrados. Foi efectuado um levantamento das causas que podem contribuir para gerar o efeito, apresentado no seguinte diagrama:

Figura 2 - Diagrama de espinha de peixe



Deste diagrama emergem quatro pontos fulcrais que podemos considerar serem as causas que explicitam a necessidade urgente de criar a implementação de uma ECCL. Podemos constatar que o envelhecimento da população muitas vezes associado a doenças crónicas, aliado a um aumento da esperança de vida e ainda um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de doenças cardiovasculares, em idades cada vez mais jovens e produtivas significa um aumento de pessoas dependentes a necessitar de alguém que possa ser responsável pelos seus cuidados. É neste contexto que nos surge a família como instituição social reconhecida, que ao longo dos tempos tem sofrido transformações na adaptação à dinâmica social. A mudança na estrutura familiar, emergindo desta, novos modelos familiares e consequentemente as implicações sociais e económicas é uma realidade observada actualmente. Estas modificações e

reestruturações na organização familiar apontam alguns desfechos, que apesar de ainda ser preponderante na sociedade actual, a família nuclear é um modelo idealizado e reproduzido culturalmente, mas que está permeando um período de transição. Observa-se também, que ao longo da história, os cuidados prestados aos idosos e a pessoas dependentes é exercido por mulheres, principalmente, as esposas, as filhas e as netas. No entanto com a sua inserção no mercado de trabalho, esta tarefa de cuidar é muitas vezes assumida em paralelo, levando a uma sobrecarga e, por vezes, a uma perda de privacidade e liberdade. Por outro lado, muitos dos cuidadores actualmente são idosos a cuidar de idosos, o que pressupõe um acréscimo de dificuldades, quer físicas quer psicológicas para atender às necessidades da pessoa a ser cuidada.

Outras das causas referidas no diagrama são os cuidados de saúde. Estes continuam a perpetuar-se numa dinâmica clássica, com o foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica da doença, em vez de uma abordagem integral que incorpore outras dimensões relativas à vida diária, funções cognitivas e emocionais e os cuidados sociais, indo ao encontro do diagnóstico de saúde efectuado. Para se ultrapassar estas dificuldades, é necessário que todos os intervenientes neste sector do mercado percebem que a saúde e a sua protecção são um bem económico altamente dispendioso e *não gratuito*, ainda que frequentemente o seja no momento da utilização dos serviços. A reorganização dos cuidados de saúde impulsiona a que se formem equipas de cuidados em saúde, de forma a promover a eficiência do ponto de vista económico através da adequada gestão dos recursos financeiros e dos meios humanos e materiais. Assim, surge um modelo organizado de cuidados que premeia um novo nível intermédio de cuidados e de apoio social, entre, os de base comunitária e os de internamento hospitalar, permitindo uma maior coordenação de esforços para melhorar a eficiência e a eficácia do sector do ponto de vista sistémico e garantir que a informação sectorial seja melhor distribuída entre unidades, prestadores de cuidados de saúde e utentes, com vista a reduzir os custos de transacção e aumentar a capacidade resolutiva do sistema.

As equipas de cuidados de saúde evidenciam a sua ineficiência quanto ao trabalho em equipa desenvolvido, tanto na área da saúde como na área social, repercutindo-se na falta de respostas integradas domiciliárias. Torna-se necessário a articulação entre estes dois sectores surgindo assim a interdisciplinaridade” (...) não indica apenas uma pluralidade, uma justaposição; evoca também um espaço comum, um factor de coesão entre saberes diferentes. Os especialistas das diversas disciplinas devem estar animados de uma vontade comum e de uma boa vontade. Cada qual aceita esforçar-se fora do seu domínio próprio e da sua própria linguagem técnica para aventurar-se num domínio de que não é o proprietário exclusivo” (Pombo, 2003,p.2) e a multidisciplinaridade “(...) orienta-se para a interdisciplinaridade quando as relações de interdependência entre as disciplinas emergem. Passa-se então do simples ‘intercâmbio de ideias’ a uma cooperação e a uma certa compenetração das disciplinas” (Pombo, 2003,p.8) como modelos de trabalho em equipa. Estes novos modelos de trabalho estão inseridos na reorganização das políticas de saúde, e em consonância com os princípios de funcionamento da

RNCCI que assentam na integralidade, globalidade, multi e interdisciplinaridade, equidade e inserção na comunidade.

Estas equipas inter e multidisciplinares, enquanto *gestores* dos cuidados de saúde numa parceria com o utente/família/cuidador deverão ser promotoras de relações interpessoais construtivas e duradouras. As relações interpessoais estabelecidas deverão incidir na troca recíproca de interações sociais e emocionais entre o utente, os elementos das equipas de saúde e do seu meio envolvente.

Este impulso na reorganização das políticas de saúde, nomeadamente a reestruturação dos CSP, incita a que todos os profissionais de saúde nesta área, redesenhem novos projectos no âmbito da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais eficiente e com ganhos efectivos de saúde para a população. Neste sentido, torna-se necessário avaliar o ambiente externo no que se refere às oportunidades e ameaças da organização, as quais correspondem às perspectivas de evolução no meio envolvente, e são condicionadas pelas decisões e circunstâncias externas ao seu poder de decisão. Apesar, de o não poder controlar, a organização deve procurar conhecer monitorizar o seu ambiente externo com frequência, de modo a aproveitar as oportunidades e a evitar as ameaças. No entanto, evitar ameaças nem sempre é possível, cabendo ao planeamento a definição atempada da forma de as enfrentar, de modo a tentar minimizar os seus efeitos.

Do ambiente interno resultam as forças e fraquezas da organização, constituindo estes os principais aspectos que os diferenciam dos seus homólogos. O ambiente interno pode ser controlado pelos dirigentes da organização, uma vez que resulta das estratégias de actuação definidas pelos seus próprios membros. Desta forma, os pontos fortes devem ser ressaltados ao máximo e os pontos fracos deverão determinar uma actuação conducente ao seu controlo ou, pelo menos, à minimização dos seus efeitos.

A combinação destes dois ambientes, interno e externo, e das suas variáveis (forças e fraquezas; oportunidades e ameaças) facilitam a análise do posicionamento da organização, a definição das suas estratégias e a tomada de decisões por parte dos seus dirigentes.

Pontos Fortes

Ambiente de trabalho.

Capacidade técnica.

Abertura à inovação.

Recursos científicos e alta capacidade de produção.

Alargamento da contratualização aos CSP em articulação com a RNCCI.

Liderança de enfermeiros na operacionalização da implementação da ECCI.

Trabalho em rede (ex.: ECCI).

Oportunidades

Reorganização dos CSP.

Inovação e desenvolvimento organizacional.

Crise económico-financeira como forma de obtenção de ganhos de eficiência operacional.

Disponibilidade de sistemas de informação no mercado.

Pontos Fracos

Implementação embrionária da nova estrutura organizacional (ACES).

Indefinição dos circuitos de articulação com os ACES.

Carência de recursos humanos.

Défice de sistemas e redes de informação.

Défice de comunicação nas organizações.

Contratualização muito assente em processos e não em ganhos de saúde.

Insuficiente articulação CSP/Hospitais/CC.

Ameaças

Restrições legais à contratação e manutenção de recursos humanos.

Crise económico-financeira e consequentes restrições orçamentais.

Alterações nas estruturas familiares.

De uma forma muito sucinta, podemos afirmar, que apesar das carências em recursos humanos, de sistemas de informação deficitários, da ineficácia da articulação dos diferentes níveis cuidados de saúde, da crise económico-financeira, da mudança nas estruturas familiares, entre outros, reconhecemos que com um bom ambiente de trabalho aliado a uma elevada capacidade técnica com espírito inovador, alicerçado em sólidos conhecimentos científicos existe um elevado potencial de engenho para efectivar com sucesso a implementação de uma ECCI.

1.2 - Caracterização da população alvo

O modelo de organização proposto não abrange toda a população inscrita num ACES da região Norte do País, ou seja, irá abranger somente a parte Norte. Assim torna-se necessário fazer uma referência ao número total de inscritos, com e sem médico de família, para posteriormente circunscrever aqueles que são o foco de atenção dos cuidados de saúde, quer na sua totalidade, quer na distribuição por unidades de saúde, assim como uma breve descrição dos aspectos sócio – demográficos e de saúde.

Tabela 1 – Número de utentes segundo o acesso a médico de família

	Com médico de família	Sem médico de família
Número de utentes	151.813	18.099

Fonte: (SINUS), em Março 2011

Nesta tabela fazemos referencia ao número total de utentes inscritos no ACES, com e sem médico de família.

Tabela 2 - Número de utentes segundo a unidade de saúde e o acesso a médico de família

Unidade de saúde	N.º de utentes com médico família	N.º de utentes sem médico
A	21.802	935
B	17.436	0
C	1.309	54
D	1.673	13
E	3.609	118
F	1.399	16
G	3.723	713
H	4.034	317
I	4.930	1.497
J	4.028	3.036
L	5.399	6
TOTAL	69.342	6.705
Total de utentes inscritos nas unidades de saúde a Norte	76.047	

Fonte: (SINUS), em Março 2011

Esta tabela reporta-se ao número de utentes inscritos nas várias unidades de saúde do ACES

(lado Norte), com e sem médico de família. O número de utentes inscritos em cada unidade de saúde permite-nos perceber onde se circunscreve a maior densidade populacional, facilitando o planeamento da gestão de recursos e a articulação com as respectivas unidades.

Tabela 3 - População a ser abrangida pela ECCI

Indicador	Descrição	Valor	Fonte
N.º de famílias na área geográfica da ECCI		20.194	a)
Índice de dependência de Idosos	População ≥ 65 anos / população com 15-64 anos * 100	16,81	a)
Índice de vitalidade	População com 65 e mais anos / população dos 0-14 anos * 100	58,37	b)
Taxa de mortalidade geral	N.º total de óbitos em dado local e período / população do mesmo local e período * 1000	6,26	c)
Área geográfica da ECCI		170,43 Km ²	a)
Densidade populacional	N.º de habitantes de uma área territorial determinada e a superfície desse território	372,65	a)
Índice de longevidade	População com 75 e + anos / população com 65 e + anos * 100	41,44	a)
N.º de dependentes motores		1072	

Fontes: (a) INE Censos 2001; (b) INE Inquérito Estatístico Anual de 2008 (Para todo o Concelho); (c) Câmara Municipal

Esta tabela revela-nos alguns dados sócio – demográficos e de saúde da população a ser abrangida pela ECCI. Da análise das tabelas podemos constatar que o Concelho da região Norte apesar de ter uma população residente de 120.492 habitantes, estão inscritos no ACES Norte 169.912 utentes, ou seja, há mais 49.420 inscrições no ACES do que população residente. Desta constatação somos levados a questionar da possibilidade de estarmos perante duplas inscrições, pois o referido ACES tem dois servidores sem interoperabilidade. Poder-se-á ainda explicar pelo facto de se tratar de utentes a residir no estrangeiro, mantendo a inscrição no ACES. Importa

referir, que a população a ser abrangida pela ECCI é referente a uma área geográfica específica do ACES com 76.047 de utentes inscritos. Estes utentes estão afectos a várias Unidades de Saúde da região, sendo que 69.342 adstritos a um médico de família e 6.705 estão sem médico de família.

Trata-se de uma área geográfica de 170,43 Km², com uma densidade populacional de 372,65% em que residem 20.194 famílias com 1072 dependentes motores. O Índice de dependência de Idosos é 16,81% sendo o Índice de vitalidade de 58,37%. A Taxa de mortalidade geral de 6,26%, porém o Índice de longevidade se situa em 41,44%.

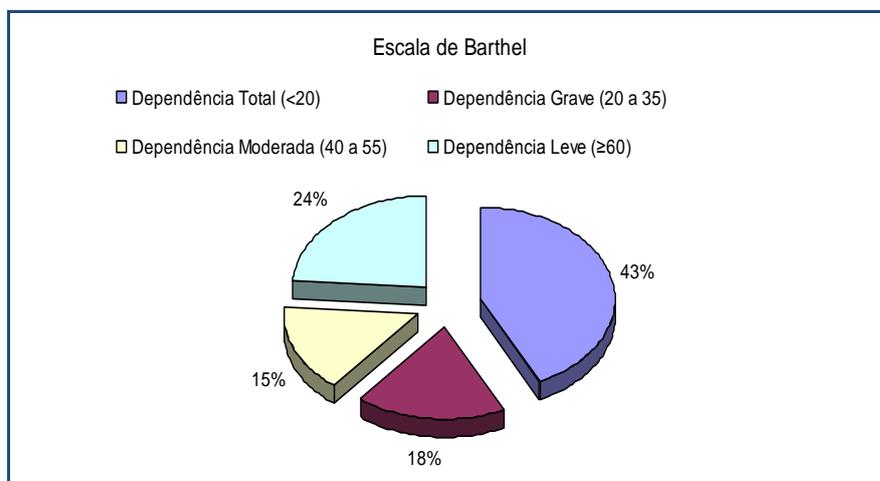
Embora o índice de dependência dos idosos se situe nos 16,81% o índice total de dependência é de 40,5%. Estes valores indicam claramente que se trata de uma população muito dependente de terceiros para a realização das actividades da vida diária. Esta é uma das grandes preocupações dos profissionais de saúde que estão alocados a esta região. As equipas de visita domiciliária do ACES em questão, organizaram a visita domiciliária de acordo com as necessidades em cuidados de saúde identificadas na população, planeando respostas efectivas para essas necessidades, uma vez que surgiram várias inquietações relativamente ao índice de dependência e incidência de úlceras de pressão. A equipa deparou-se com uma população com um elevado nível de dependência, onde a incidência de úlceras de pressão era uma constante. Assim, e tendo por base o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Circular Normativa N.º 13/DGCG de 02/07/04) as equipas de visita domiciliária implementaram algumas actividades, de acordo com três pilares fundamentais, descritos no referido programa:

- Promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Houve uma enorme preocupação em capacitar o cuidador para o auto-cuidado e para a adesão ao regime terapêutico, estabelecer parcerias com outras instituições da comunidade, informar dos recursos de saúde e a sua correcta utilização, prevenir as quedas, alertar para as ondas de calor e de frio, entre muitas outras. Contudo, as equipas de visita domiciliária, em consonância com a sua experiência de cuidar no terreno, definiram como área de prioridade para as suas intervenções, prevenção das úlceras de pressão. Assim foi elaborado um levantamento de dados para a sua consecução aplicamos a escala de Barthel - validada para a população portuguesa (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007), que avalia o índice de dependência, e a escala de Braden - também ela validada para a população portuguesa (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2011), para avaliar o risco do utente desenvolver uma úlcera de pressão. De salientar, que o levantamento de dados foi efectuado no ano 2009. Assim, no quadro 4 está representada a distribuição percentual

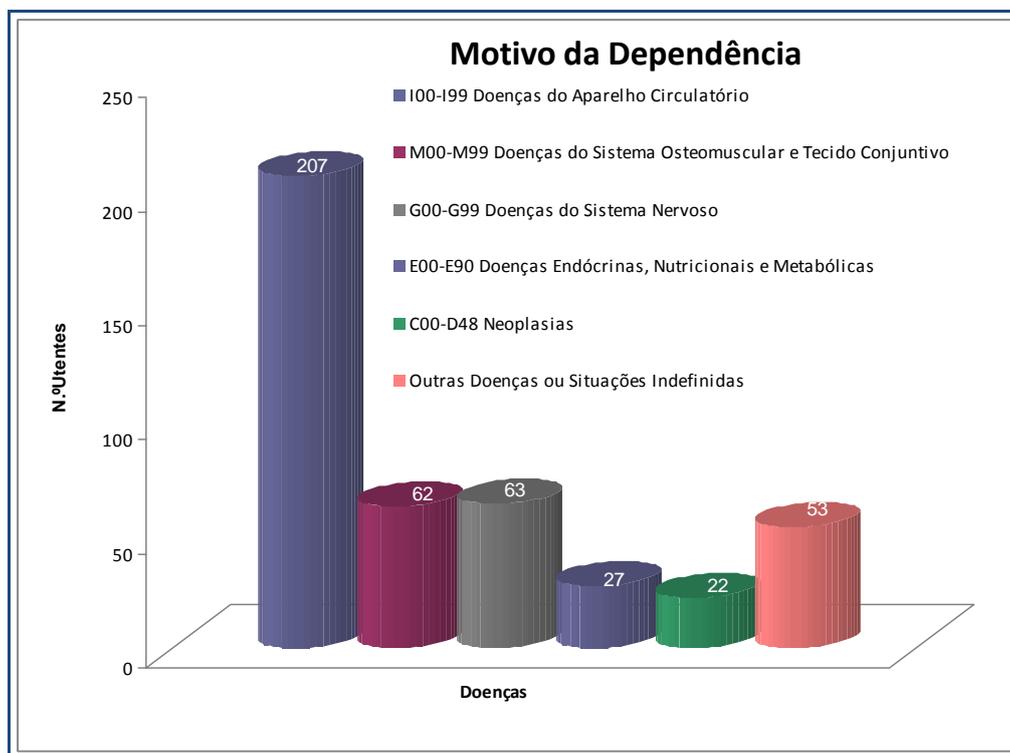
dos utentes com dependência segundo a escala de Barthel.

Figura 3 - Distribuição percentual dos utentes segundo o grau de dependência



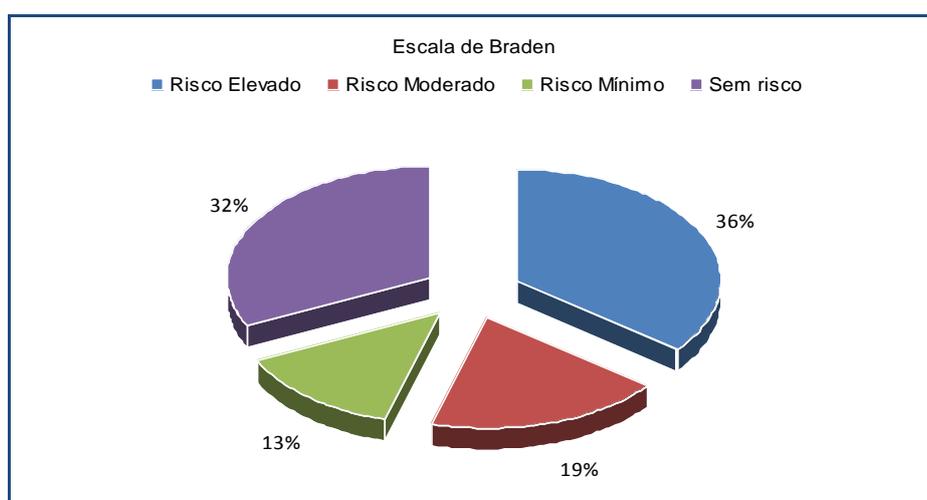
Podemos verificar que de um universo de 446 utentes (utentes vigiados pela equipa de visita domiciliária do ACES em questão), 43% (190) apresentaram dependência total, 18% (81) dependência grave, 15% (68) dependência moderada e 24% (106) dependência leve. De salientar que uma das avaliações que foi efectuada foi anulada por estar mal preenchida. Podemos concluir, que uma elevada percentagem de utentes não inicia, nem conclui nenhuma tarefa inerente ao auto-cuidado, ou seja necessita de um cuidador para as executar.

Figura 4 - Distribuição numérica dos utentes segundo o motivo da dependência



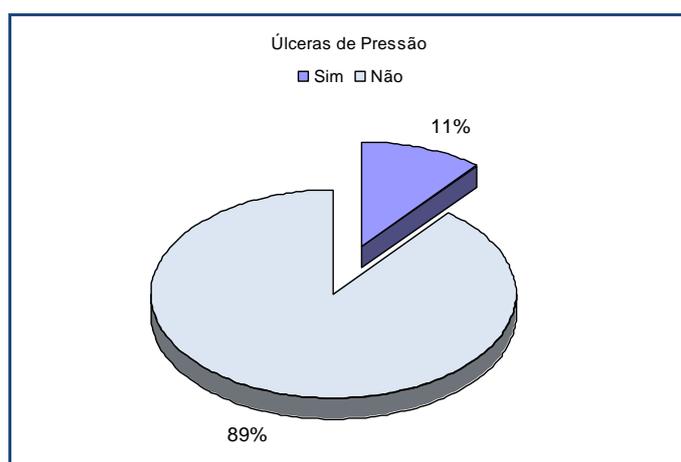
Da análise do quadro podemos constatar que 207 utentes são dependentes devido a doenças do aparelho circulatório, 63 utentes são dependentes devido a doenças do sistema nervoso, 62 utentes são dependentes devido a doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 53 utentes são dependentes devido a doenças ou situações indefinidas, 27 utentes são dependentes devido a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 22 utentes são dependentes devido a neoplasias. Nesta análise foram anulados 12 questionários, por apresentarem erros de preenchimento. De referir, que as doenças referenciadas no quadro foram agrupadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID versão 10). A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, que contém até 6 caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes. A CID é publicada pela OMS e é usada globalmente para estatísticas de morbilidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões automáticas de suporte em medicina.

Figura 5 - Distribuição percentual dos utentes segundo o risco de desenvolver úlcera de pressão



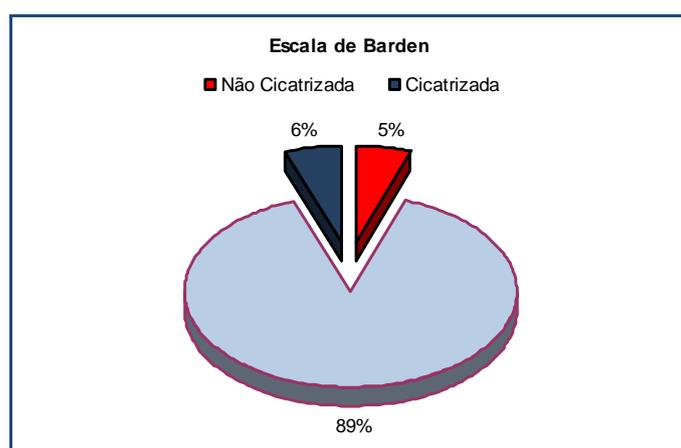
Relativamente ao risco de desenvolver úlcera de pressão verificamos que 36% (150) dos utentes apresentaram um risco elevado, 19% (80) um risco moderado, 13% (56) um risco mínimo e 32% (136) sem risco. A referir que foram anulados 24 questionários por estarem com erros de preenchimento. Este facto induz a uma atitude vigilante face à qualidade dos registos. Importa, ainda, referir que no ano 2009, na aplicação da escala estavam preconizados quatro níveis de risco, no entanto com a Orientação da Direcção Geral da Saúde (DGS) nº017/2011 de 19.05.2011, a escala preconiza dois níveis de risco: alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 e baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 .

Figura 6 - Distribuição percentual dos utentes que desenvolveram úlcera de pressão



Apesar de verificarmos que 36% (150) dos utentes avaliados apresentarem um risco elevado de desenvolver uma úlcera de pressão, destes, somente 11% (45) é que apresentaram úlcera sendo que a percentagem de utentes sem úlcera foi 89% (368).

Figura 7 - Distribuição percentual dos utentes segundo a situação de cicatrização úlcera de pressão



Em 11% (45) dos utentes que desenvolveram úlcera de pressão, 5% (22) essa úlcera foi cicatrizada. Podemos concluir que nesta população em concreto a dependência total prevaleceu face aos outros níveis de dependência e que o risco é elevado em desenvolver uma úlcera de pressão. No entanto, verificamos que a incidência desta é bastante baixa.

Desta pequena abordagem podemos reflectir que estes resultados se devem muito provavelmente ao investimento efectuado na organização e implementação de estratégias de cuidados de saúde prestados. Poder-se-á acrescentar que as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos utentes, uma vez que permitem

estabelecer correctamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes.

1.3 - Recursos

Um diagnóstico de qualidade é a primeira condição de um bom projecto, ao permitir determinar com precisão os problemas a resolver, os recursos disponíveis e os factores que serão determinantes no contexto. Existem aspectos da enumeração de recursos que igualmente afectam a eficiência geral de um projecto. Desde logo, podemos referir a correspondência entre a missão, objecto e prioridades da RNCCI e as intervenções a conduzir. Logo, sempre que o projecto envolva uma articulação em rede, exige-se uma atenção particular ao risco de sobreposição de recursos, para as mesmas acções, à integração de contribuições de modo a promover a complementaridade se os efeitos sinérgicos resultantes da articulação. Assim os recursos a alocar à ECCI são conforme indica tabelas seguintes:

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais da ECCI, segundo o grupo profissional e número de horas a atribuir

Grupo Profissional	Nome	Categoria Profissional	Horas Semanais	
			Semana	Fim-de-Semana
Enfermagem	A	Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica	35	A definir
	B	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35	A definir
	C	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35	A definir
	D	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35	A definir
Medicina Geral e Familiar	X	Médico Clínica Geral e Familiar	5	A definir
Assistente Técnico	Y	Assistente Técnico	10	A definir
Técnica Social	Z	Assistente Social	6	A definir

Esta proposta de alocação de recursos humanos à ECCI é baseada na disponibilidade dos profissionais, sendo que a sua constituição e dimensão tem por base as características sócio – demográficas, epidemiológicas e geográficas da área da abrangência, ajustada à realidade e

contexto local.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais da ECCI por perfil profissional

Grupo Profissional	Nome	Formação específica	Pós graduações	Cursos
Enfermagem	A	Licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica	Pós-Graduação em Ciências Cognitivas	Dor Crónica e cuidados Paliativos (14 horas) Multidisciplinar em Cuidados Paliativos (35
	B	Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação		Curso de Massagem Terapêutica (30 horas)
	C	Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	Pós-graduação em Enfermagem Gerontogerátrica	Curso de Massagem Terapêutica (30 horas)
	D	Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação		
Assistente Técnico	X	Licenciatura em informática da Saúde		
Medicina Geral familiar	Y e	Licenciatura em Medicina Especialista em Medicina Geral e Familiar		Multidisciplinar em Cuidados Paliativos (35 horas)
Técnica Social	X	Licenciatura em Técnicas do Serviço Social		

A pertinência de apresentar uma tabela com o perfil de cada profissional a alocar à ECCI, vai no sentido de integrar na sua carteira de serviços cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas tendo em vista a rentabilização de recursos e uma abordagem de proximidade, procurando responder à globalidade das necessidades dos utentes. A ECCI deve ainda incluir profissionais com formação e competência em cuidados paliativos, assegurando também acções paliativas.

Materiais e equipamentos

Apresentamos os materiais e equipamentos existentes, discriminados na seguinte tabela:

Tabela 6 – Material existente

<u>Materiais / Equipamentos</u>	<u>Quantidade</u>
<u>Impressora a laser</u>	<u>1</u>
<u>Máquina fotográfica (Min. 12 mp)</u>	<u>1</u>
<u>Secretárias (2 planos de trabalho)</u>	<u>2</u>
<u>Viatura</u>	<u>1</u>
<u>Esfigmomanómetro Digital</u>	<u>2</u>
<u>Estetoscópio</u>	<u>2</u>
<u>Sapatos Impermeáveis</u>	<u>2</u>
<u>Material Consumo Clínico Diário (material de penso, alqálias, sondas, ...)</u>	

Sendo o domicílio o contexto central da prestação dos cuidados no âmbito da ECCI, cabe à equipa multidisciplinar efectuar uma avaliação integral das necessidades do utente em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, de forma a proporcionar cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros. Mediante esta proposta de tipologia de resposta de cuidados, os recursos humanos a alocar á ECCI devem estar capacitados, tanto a nível técnico científico com a nível relacional para dar resposta às necessidades em cuidados de saúde preconizados. Relativamente aos recursos materiais existentes devem ser optimizados de acordo com as necessidades, assim como perspectivar a existência de diferentes materiais conforme a experiência o ditar.

2 - PLANO DE ACÇÃO

A satisfação das necessidades em cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa da população da Região Norte é, simultaneamente, a missão e o desafio da ECCI Norte.

O diagnóstico de saúde da referida população é uma etapa primordial do planeamento. A promoção dos ganhos em saúde pressupõe a identificação das necessidades em cuidados de saúde, em serviços e em recursos. Nesta linha de pensamento, urge prosseguir, e delinear um plano de acção, de forma a alcançar os objectivos previamente estabelecidos. De salientar que o plano de acção foi elaborado tendo por base as especificidades inerentes ao mercado dos cuidados de saúde. Assim, o mesmo, por razões de sistematização é apresentado em cinco grandes eixos:

- Planeamento da implementação da ECCI;
- Operacionalização: transformar a ideia em Acção;
- Monitorização e acompanhamento da implementação;
- Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho; e
- Satisfação, sendo que os dois últimos são transversais aos demais os eixos.

O planeamento detalhado das actividades revestiu-se de relevo incontornável no âmbito deste projecto. Porém, para não tornar o presente relatório demasiadamente exaustivo remeteram-se as fichas projecto, inerente a cada uma das actividades, para apêndices, mas que constituem parte integrante deste documento.

Retomando a explicitação acima, prosseguimos numa abordagem sistemática a cada eixo.

O planeamento da implementação da ECCI (primeiro eixo e actividade 1) é *chave* para que o projecto seja eficiente. (Apêndice I) Planear possibilita perceber a realidade, analisar os caminhos e construir um referencial de futuro. Assim, para a sua consecução será necessário um esforço colectivo, uma incontornável capacidade de liderança por parte do coordenador da equipa e o empenho e motivação de todos os elementos. Nesta etapa, as actividades a desenvolver serão sustentadas numa base lógica de acontecimentos dos factos, ou seja, iniciar-se-á com a construção da candidatura, nos termos preconizados pelas orientações políticas, que emergirá do terreno sob a proposta de profissionais motivados para uma adesão voluntária. Serão estes profissionais que definem compromisso assistencial que estão dispostos a assumir, tendo

estribados na definição da visão, missão e valores. A visão preconizada e partilhada entre a equipa, deve ser bem explícita no que se refere à possibilidade de se tornar real num futuro próximo. A missão descreve a finalidade da equipa, o motivo de sua existência, a razão pela qual se considera necessária e a maneira como quer ser percebida por todos. Os valores devem ser coerentes com as necessidades dos utentes e demais partes interessadas. São os que norteiam verdadeiramente a cultura da equipa e deverão orientar as acções de todos os elementos. Porém, a pretensão da equipa estaria comprometida se não houvesse um compromisso assumido entre as partes. Este compromisso assistencial é definido num documento legal, que determina um tipo de acordo no qual as partes envolvidas assumem as suas obrigações. Na validação deste compromisso, está subjacente a elaboração da carta de compromisso da ECCI, que determina o acordo entre a ARS Norte, Instituto de Segurança Social e o ACES (anexo II). A partir deste requisito indispensável, torna-se necessário a construção de um manual de articulação para otimizar a articulação entre os parceiros comunitários (Instituições Particulares de Solidariedade Social, Cruz Vermelha Portuguesa, Associação de Pais e Amigos das Crianças Inadaptadas, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Santa Casa da Misericórdia), unidades funcionais do ACES e outras equipas de saúde. Em consonância com a exposição efectuada, deve ser contemplado ainda, a preparação do regulamento interno, Este é reconhecido como um contrato interno estabelecido entre todos os profissionais da equipa, que permite o estabelecimento de regras simples e desburocratizadas, com o intuito de simplificar os procedimentos e facilitar a resolução de problemas de gestão corrente.

O segundo eixo integra a actividade 2 - operacionalização: transformar a ideia em acção. (Apêndice II) Procurar caminhos para converter boas ideias em práticas e resultados palpáveis é a proposta da criação da implementação da ECCI. Assim, torna-se necessário a definição de objectivos específicos e indicadores para a ECCI. Os objectivos a definir devem indicar o que se vai realizar, ou seja, constituem um enunciado claro e preciso dos indicadores, dos fins e dos resultados aos quais se aspira chegar com o projecto. Quanto melhor os elementos da equipa compreenderem e se comprometerem com os objectivos, mais fácil se torna obter o empenho, a motivação e a orientação. Tendo por pressuposto que a ECCI será uma unidade prestadora de cuidados domiciliários, capacitada para prestar cuidados de enfermagem e médicos, sustentada numa abordagem multidisciplinar, será imperioso identificar um elemento da equipa capaz de sistematizar, organizar e registar toda a informação e servir também como elo de ligação entre a equipa/utente/cuidador. Esse elemento será denominado de gestor de caso. Portanto, a designação e definição de competências do gestor de caso deverá ser periodizada de acordo com o preconizado na carta de compromisso, assim como a construção do plano de intervenção individual. Este plano deverá ser aplicado a todos os utentes a admitir na ECCI. Para facilitar a gestão de cada caso deverá ser efectuada a sistematização da organização do processo do utente em suporte de papel.

No decorrer deste plano de acção e conforme o referenciado acima, o terceiro eixo corresponde à

actividade 3: Monitorização e acompanhamento da implementação. (Apêndice III)

As linhas divisórias entre os diferentes eixos não são absolutas, podendo, na prática, variar entre as diferentes fases. A monitorização da implementação de um projecto significa conduzi-lo desde a ideia inicial ao remate final, adaptando-o à realidade, gerindo recursos e pessoas através dos vários eixos do projecto. Este não é um processo fácil, depende da concentração e de uma certa dose de empenho ao longo do curso de vida da implementação do projecto. Neste caso concreto, as várias actividades a serem delineadas não dependem unicamente do empenho da equipa, mas também de questões burocráticas e de âmbito político, tais como a reunião com a ARS Norte, a reunião com a ECR e a reunião com a ECL. Outras há, que são da responsabilidade da equipa como as avaliações intercalares a realizar semanalmente, o acompanhamento e ser efectuado pela ECR na plataforma, a colaboração com o ACES prestando esclarecimentos e informações que concorram para a melhoria contínua dos cuidados e serviços acordados e ainda as actas das reuniões.

O quarto eixo fará referência à actividade 4 - Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho. (Apêndice IV). A elaboração do plano de desenvolvimento profissional e formação contínua deve descrever os compromissos da equipa com a formação profissional contínua, definindo as prioridades formativas individuais e colectivas tendo em conta as necessidades e afinidades dos profissionais e os interesses da ECCI. Deve definir ainda a metodologia utilizada para efectuar o levantamento das necessidades formativas, as regras de participação em acções de formação dentro e fora da ECCI, os mecanismos de partilha interna dos conhecimentos adquiridos e a realização de reuniões de equipa temáticas. Importa que o modelo de diagnóstico de necessidades de/em formação se oriente mais para a resolução de problemas e necessidades que emergem do contexto das práticas do que para abordagens temáticas, na lógica de Barbier e Lesne (Canário, 1999).

O quinto, e último eixo contemplará a actividade 5: Satisfação. Ao abordar a satisfação, na perspectiva da implementação de uma ECCI, irremediavelmente estão contemplados os utentes e os profissionais da respectiva equipa (Apêndice V). De salientar que o grau de satisfação dos utentes é um dos indicadores de qualidade, logo, de boa governação. De facto, as mudanças em curso nos sistemas de saúde irão inquestionavelmente influenciar o exercício profissional em saúde, eventualmente com maior visibilidade a nível da prestação, mas com reflexos muito significativos do domínio da satisfação e da qualidade. Assim, torna-se necessário efectuar diligências no sentido da promoção da satisfação dos profissionais da ECCI, assim como a promoção da satisfação dos utentes a admitir na ECCI, e dos seus familiares/cuidadores.

É de referir que a presente planificação parte das necessidades/problemas identificadas à partida, sendo que as acções que venham a ser necessárias no decurso da implementação do projecto, serão igualmente alvo de planificação, designadamente no âmbito da monitorização. (Apêndice VI) Assim, e para facilitar a compreensão será descrito no seguimento as actividades implementadas

e a respectiva monitorização.

3 – DO PLANEADO AO DESENVOLVIDO

Um projecto é um empreendimento temporário realizado de forma progressiva para criar um produto ou serviço único. Por serem temporários, os projectos têm, obrigatoriamente, início e término definidos, diferenciando-se de operações contínuas. Esta característica não indica, necessariamente, que sejam curtos ou longos, mas apenas que são iniciados, evoluem e, por fim, são finalizados. A fase de implementação é onde todas as actividades planeadas são colocadas em acção. A adesão voluntária de um grupo de profissionais, aliada a uma grande força de vontade, sustentada em sólidos conhecimentos científicos e com visão futurista para *agarrar* esta oportunidade foi a chave mestra no impulso da criação deste projecto. Apesar das dificuldades relacionadas com a reorganização dos CSP, das especificidades que caracterizam este tipo de mercado, das carências de recursos humanos e restrições na sua contratação, da crise económico-financeira e consequentes restrições orçamentais, a equipa explorou vigorosamente as forças e oportunidades, salientando-se, a capacidade técnica, o ambiente de trabalho, a inovação e desenvolvimento organizacional, a abertura à inovação e a liderança de enfermeiros na operacionalização da implementação da ECCI, que nortearam o investimento neste projecto.

Neste contexto, foi iniciada a digressão para a consecução da implementação de uma ECCI. A primeira etapa foi consubstanciada à recolha e análise de documentação de suporte, nomeadamente normativos legais, circulares normativas e informativas, informações acerca da organização, funcionamento e implementação da RNCCI e contactos com experiências piloto. Desta etapa emerge a necessidade de sistematizar e organizar toda a informação e agendar reuniões para a distribuição de trabalho. Das reuniões efectuadas emergiu a construção da candidatura. Esta candidatura foi estruturada tendo por base um diagnóstico de saúde da população alvo (o sócio demográfico integra o diagnóstico de saúde), a definição de visão, missão e valores, plano de acção e compromisso assistencial, objectivos, indicadores, metas e actividades, carga horária, referenciação de utentes e recursos. Após aceitação da equipa, foi enviada à ECR. A candidatura foi rejeitada porque não obedecia aos requisitos impostos pela ARS Norte e pela ECR. Neste sentido houve necessidade de a reformular. Assim, foi elaborada nova candidatura de acordo com os itens preconizados e apresentados no anexo I, tendo sido aprovada de imediato. Remetemos para o anexo I, o e-mail, que confirma a aprovação da candidatura. Estamos convictos que os requisitos para aprovação da candidatura se basearam essencialmente na identificação dos elementos da equipa e respectiva intersubstituição, identificação do elemento responsável, a área geográfica de actuação e horário. Pese embora compreendamos a necessidade de adoptar um 'modelo tipo' de candidatura, também percebemos esta realidade como redutora. Apesar de todos os constrangimentos, foi agendada uma reunião na ARS Norte, onde estiveram presentes a equipa da ECCI e a ECR de forma a agilizar esforços no sentido de ser assinada a carta de compromisso, e por conseguinte iniciar funções. A carta de compromisso, como foi referido acima, não é da responsabilidade da equipa, no entanto foram desenvolvidos

esforços, em articulação com o Director Executivo do ACES, na sua construção. (Anexo II). De salientar que, por questões de salvaguardar o anonimato, a carta de compromisso apresentada em anexo não está completa nem assinada. No entanto será oportuno referir que, a mesma foi validada em Dezembro de 2010. Desejaríamos acrescentar ainda que, o progresso de todo este processo está dependente de orientações de âmbito político, e portanto, evidenciando alguma fragilidade em termos de concretização do planeado.

Após a validação da carta de compromisso foi agendada e efectivada uma reunião com a ECL, com o objectivo de definir o dia de abertura da ECCI, assim como a articulação e monitorização da equipa, uma vez que, embora integrada na UCC, a ECCI está na dependência directa da ECL. A ECCI iniciou as suas funções no dia 13 de Dezembro de 2010 e comprometeu-se definir o compromisso assistencial, a construir o manual de articulação e a preparar o regulamento interno no prazo de seis meses. Comprometeu-se ainda elaborar um manual de acolhimento para os utentes até um ano.

O compromisso assistencial é sustentado pela definição da visão, missão e valores. Assim a ECCI pretende ser uma equipa altamente qualificada e de referência no âmbito da prestação de cuidados para a região Norte do ACES. Define como missão: a promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, recorrendo a um suporte multiprofissional, baseando-se numa prestação individualizada e humanizada de cuidados e em normas que garantam a qualidade técnico-científica, com espírito de inovação, assumindo o seu efectivo compromisso na melhoria contínua da qualidade em saúde.

Esta será o fio condutor que guiará as intervenções dos profissionais da ECCI, em consonância com os seguintes valores:

- Responsabilidade;
- Respeito;
- Complementaridade;
- Equidade;
- Credibilidade.

Destes valores derivam alguns princípios:

- Focalização no utente e nas suas necessidades.
- Envolvimento das pessoas, desde o utente, família/cuidador aos colaboradores, de modo

a aumentar a motivação e o empenho.

- Liderança efectiva com capacidade diagnóstica, flexibilidade e entendimento.
- Eficácia dos resultados e eficiência do desempenho.
- Garantia da segurança e integridade daqueles a quem presta serviços, assim como dos seus colaboradores.

Para a construção do manual de articulação foram realizadas reuniões com as unidades funcionais do ACES, com outras equipas de saúde e ainda com os parceiros comunitários, já referidos, com o objectivo de apresentar a equipa, os seus propósitos e forma de articulação. Destas reuniões emergiu um documento base que foi trabalhado, no sentido de ser submetido a aprovação. De referir que a construção do manual de articulação da ECCI foi em articulação com a UCC, sendo uma das partes integrantes do manual de articulação da UCC. O manual da UCC já foi aprovado pelo Director Executivo do ACES. O manual de articulação construído para a ECCI encontra-se no anexo III. De igual forma, foram efectuadas reuniões para distribuição de trabalho com o intuito de preparar o regulamento interno. Foram criados momentos de reflexão e análise para propostas finais do referido regulamento e posteriormente agendada e concretizada uma reunião com a UCC, uma vez que, tal como o manual de articulação, o regulamento interno da ECCI (anexo IV) é parte integrante do regulamento interno da UCC. Uma vez terminado e aprovado por ambas as partes (ECCI e UCC) foi submetido a aprovação pelo Director Executivo do ACES. Salienta-se que, tanto o manual de articulação como o regulamento, referenciados nos anexos não estão assinados por questões de salvaguardar o anonimato, no entanto os referidos documentos estão aprovados e implementados na prática.

Relativamente ao manual de acolhimento para o utente/família/cuidador está em fase de construção, para ser apresentado um documento final e submetido a aprovação.

Com a conclusão da fase da planificação da implementação da ECCI, torna-se necessário enveredar esforços no âmbito da operacionalização. O eixo 2, remete-nos para que as ideias que foram preconizadas sejam colocadas em prática. No quotidiano a existência de um fio condutor é premente para que seja possível a todos os elementos da equipa seguirem uma orientação uniforme sem que haja muita margem para desvios. Foi neste sentido que foram formulados os objectivos específicos e indicadores para a ECCI, apresentados no apêndice VII. Salientamos que este documento foi construído em consonância com o ponto 19 da carta de compromisso assinada entre a ARS Norte, Segurança Social e ACES. Ainda com base neste documento, no seu ponto 9, alínea a), o gestor de caso é identificado entre os profissionais que constituem a ECCI, preferencialmente um enfermeiro responsável pelo acompanhamento do processo quer para a equipa, quer para o doente e família/cuidador. A atribuição de um gestor de caso a cada utente admitido na ECCI é efectuada com base no número de vagas acordadas na carta de compromisso. A equipa é constituída por quatro enfermeiros, com vinte vagas, o que implica que

cada enfermeiro seja responsável por cinco utentes. A esta responsabilidade acresce a obrigatoriedade do preenchimento do plano de intervenção individual (apêndice VIII) para cada utente admitido na ECCI, como está também preconizado no ponto 9, alínea c), da carta de compromisso. O modelo apresentado em apêndice foi construído com base na abordagem multidisciplinar preconizada para os utentes admitidos na ECCI, e deverá ser validado com a assinatura dos profissionais da ECCI, pelo utente/cuidador e ainda por outros, que de alguma forma contribuem para a satisfação das necessidades do utente, como por exemplo as instituições que prestam cuidados de higiene e conforto. Houve também necessidade de sistematizar e organização um processo do utente em suporte físico, para facilitar a sua consulta e arquivar toda a informação relativa ao utente. Assim, são apresentados no apêndice IX os itens a serem seguidos na organização do processo físico do utente.

A monitorização apresenta-se nesta fase como o controle daquilo que foi planeado e operacionalizado, pois garante o andamento do projecto conforme esperado. É um processo contínuo que deve ser colocado em prática antes do início da implementação. No entanto, as actividades de monitorização foram introduzidas no plano de acção, uma vez que se houver algum desvio, tomar-se-ão medidas para identificar o problema e corrigi-lo em consonância.

A monitorização também é importante para garantir que as actividades estão a ser implementadas conforme planeadas. A principal singularidade da gestão de projectos está no fato de que, o seu sucesso será medido, em última instância, pelo grau de alcance dos objectivos propostos, atendendo aos prazos e recursos previstos. A tarefa de gerir recursos e integrar actividades tem como foco atingir os objectivos esperados. No contexto do projecto, são os indicadores que permitem a interpretação dos avanços e dificuldades, possibilitando o processo de aprendizagem e correcção de métodos. Sem os indicadores, corremos o risco de avaliar o andamento e os resultados do projecto apenas por meio de opiniões e impressões. Relativamente à monitorização dos objectivos e indicadores propostos para a ECCI, ainda não temos dados para apresentar, uma vez que a sua avaliação está planeada para ser efectuada anualmente, no entanto foi criada uma base de dados interna, onde estão a ser compilados os dados para que no final do ano possam ser analisados. De salientar que, temos noção que a monitorização dos objectivos e indicadores preconizados poderá, eventualmente, ser efectuada semestralmente, contudo no primeiro ano de funcionamento, a equipa foi unânime, ao decidir que os primeiros seis meses de actividade da ECCI, seria essencialmente uma fase de integração ao novo modelo de trabalho, empenhando-se na organização, gestão e implementação do projecto.

Todos os eixos desenvolvidos até ao momento ficariam esvaziados de conteúdo, se não houvesse dois outros que lhes são transversais, tais como: o eixo quatro, o da formação e o eixo cinco, relativo à satisfação. Todas as actividades desenvolvidas até ao momento foram uma forma de aprendizagem, com a consequente aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para que fosse possível o desenvolvimento deste projecto. Estamos convictos que estas actividades foram uma mais-valia no incentivo à produtividade e melhor

adaptação à mudança. No entanto, situando-nos no centro de toda esta reestruturação a nível dos CSP, o imperativo de se formarem equipas para darem resposta às novas exigências em termos de cuidados de saúde, implica por parte das organizações respostas adequadas à mudança, implementando novos métodos de trabalho, que lhes permitam manter a relevância organizacional. A formação surge como uma ferramenta vantajosa para colmatar as necessidades de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. Neste contexto, a equipa criou um momento/espço de partilha e discussão dos casos clínicos, todas as terças-feiras entre as 14 e as 15 horas, onde todos os elementos devem estar presentes, e no seu término, devem ter assegurado a redacção da respectiva acta. Acrescentamos ainda, que esta metodologia tem sido deveras útil, pois possibilita que todos os elementos tenham um conhecimento global da evolução utente admitido na ECCI, permitindo efectuar os ajustes necessários no plano individual de intervenção e conseqüentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Contudo, os elementos da equipa têm participado em acções de formação promovidas pelo núcleo de formação da ARS, tendo em conta as necessidades formativas, tanto a nível pessoal com no âmbito da ECCI, agilizando depois, mecanismos de partilha interna dos conhecimentos adquiridos. Entretanto, a ECCI em articulação com a UCC está a trabalhar na metodologia para efectuar um levantamento de necessidades formativas, e posteriormente elaborar plano de formação anual.

A satisfação, incluída no quinto e último eixo, também é transversal a todos os outros. O trabalho não supera apenas as necessidades financeiras dos profissionais da ECCI, mas também as emocionais por ser uma forma de auto-satisfação, auto-valorização e realização pessoal. Nesse sentido, a satisfação do profissional da ECCI torna-se um indicador da qualidade da prestação de serviço, visto que quando este está satisfeito, envolve-se afinadamente no projecto. A importância de investigar o nível de satisfação profissional está vinculada à relação existente entre essa e o absentismo. Nesta linha de pensamento é quase intuitivo remetermo-nos à satisfação do utente/família/cuidador. Se temos profissionais satisfeitos podemos inferir que vamos ter utentes/família/cuidador satisfeitos. Na perspectiva do utente/cuidador/família a satisfação advém de um leque variado de reacções destes, face às experiências com cuidados de saúde. A avaliação da satisfação, tanto dos profissionais da ECCI como dos utentes/família/cuidadores está a ser trabalhada pela equipa, através da realização de reuniões e grupos de trabalho, para a construção de um instrumento de avaliação da satisfação. Após a conclusão do referido instrumento final será submetido a aprovação do Director Executivo do ACES para posteriormente ser implementado.

Somos da opinião que, estamos num processo contínuo de aprendizagem e de crescimento, no que concerne à implementação de uma ECCI. Temos um pequeno percurso delineado e concretizado, que corresponde à fase embrionária deste projecto e que, por conseguinte, é apenas o primeiro grande passo de uma longa caminhada que se nos depara.

4 - PERSPECTIVANDO A CONTINUIDADE

Na conjectura económica e financeira actual, as incertezas são o grande inimigo do futuro. A RNCCI foi criada para dar novas respostas à continuidade de cuidados a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia e ainda promover a articulação e coordenação dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação. A sua implementação foi faseada, estando ainda por concluir algumas das fases que foram preconizadas. Sabe-se, hoje, que a UMCCI foi extinta e foi anunciado que a estrutura iria passar para a tutela da ACSS, de acordo com do Plano de Redução e Melhoria da Administração Pública. A questão da sustentabilidade da rede não tinha sido equacionada em anos anteriores, uma vez que esta era assegurada pelo “Orçamento de Estado. Para este efeito específico, são cativadas verbas dos jogos sociais, explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que são divididas pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social (34,8%) e da Saúde 16,6% (Decreto-Lei n.º 56/2006). Por último é ainda financiado pela comparticipação dos utentes e/ou agregados familiares na medida dos seus rendimentos” (OPSS, 2011,p.14)., mas no entanto, reconhece-se, hoje que para o ano de 2011 seria necessário outras fontes de rendimento. Este desfecho de acontecimentos ligados à RNCCI, é justificado com a necessidade de reflectir o planeamento que foi feito em 2005, agravado pela crise económica e financeira que o país atravessa.

Esta necessidade de reflexão, está, talvez em consonância com o que foi referido no Relatório Primavera 2010, citando peremptoriamente que “não existem dados disponíveis que permitam perceber quais os ganhos que os outros dois níveis de cuidados do SNS tiveram com a implementação deste nível intermédio” (p.53). Ora, assim sendo, apesar de estar demonstrado haver ganhos em saúde, proporcionados pela implementação da RNCCI, não conseguimos provar que esses ganhos são transversais aos outros níveis de cuidados. Provavelmente a dificuldade em obter esses dados, pode estar relacionada com os sistemas de informação. A sua interoperabilidade ainda não foi conseguida, o que dificulta, ainda hoje, o acesso a um processo clínico único do utente. O utente acaba por ter várias informações clínicas em sistemas de informação não comunicantes.

Outro dos constrangimentos imputados ao sistema de informação utilizado na RNCCI reside no “Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), o qual carece de validação que permita a comparabilidade internacional. Para além disso, tal instrumento é suficientemente extenso para fazer perigar o rigor do seu preenchimento” (OPSS, 2010,p.52). Como tentativa de superar este constrangimento, sugeríamos a implementação do índice de barthel (validado para a população portuguesa). Saliente-se que, embora, este instrumento de avaliação da dependência não esteja preconizado para ser utilizado na RNCCI, ele é aplicado a todos os utentes admitidos na ECCI Norte, sendo uma mais-valia na complementaridade de informação relativa ao utente admitido, e

por conseguinte, os dados obtidos poderem ser comparados a nível internacional.

Apesar de estarmos cientes que há “uma baixa taxa de execução do Plano de Implementação (55,26%), principalmente devido à muito baixa utilização dos montantes orçamentados por parte das ECCI” (OPSS, 2010,p.52), consideramos que estas equipas são a resposta incondicional para a satisfação das necessidades crescentes em cuidados de saúde por parte da população dependente. Note-se que “ comparando os custos unitários por tipologia de prestação de CC (Quadro 2) são evidentes os ganhos financeiros, da passagem de cuidados institucionais para cuidados domiciliários, nos casos em que tal se afigure viável” (OPSS, 2011, p.17). Esta conclusão apresentada no Relatório Primavera 2011 vem confirmar que a implementação de mais ECCI, é uma resposta eficiente na perspectiva económica e financeira do sector da saúde. Acrescentamos ainda que “as estimativas da Comissão Europeia, sugerem que a institucionalização aumente os gastos em média na UE (EC, 2008) em cerca de duas vezes e meia mais que o aumento decorrente da passagem para cuidados formais no domicílio. Por sua vez, a OCDE (OCDE, 2011) diz-nos que cerca de 70% das pessoas dependentes recebem cuidados no seu próprio domicílio, o que é menos oneroso que o cuidado em instituições que, mesmo menos utilizadas, absorvem 62% dos gastos totais” (OPSS, 2011, p.17). Perante factos, não há argumentos...

É com enorme orgulho que afirmamos que todos os esforços enveredados na consecução deste projecto estão em consonância com as orientações nacionais e internacionais, perspectivando-se um percurso sumptuoso, concomitante com uma elevada dose de empenho e perseverança por parte de todos os elementos da ECCI Norte.

5 – CONCLUSÃO

Ao chegarmos a esta fase, torna-se importante lembrar a nossa finalidade: desenvolver um trabalho que permitisse simultaneamente a aquisição do grau de mestre e fosse susceptível de enriquecer e consolidar o projecto organizacional e o projecto pessoal que consistiu na criação da implementação de uma ECCI, assente numa reorganização das políticas de saúde com assento tónico na vertente dos Cuidados de Saúde Primários e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ao longo do trabalho fomos reflectindo acerca de várias questões inerentes aos cuidados de saúde no contexto dos mercados em saúde, realçando o seu objecto mercantil, perspectivando, a necessidade de todos os intervenientes neste sector do mercado perceberem que a saúde e a sua protecção são um bem económico altamente dispendioso e não *gratuito*, ainda que frequentemente o seja no momento da utilização dos serviços.

Esta reorganização dos cuidados de saúde induz a formação de equipas em cuidados de saúde, emergindo do terreno voluntariamente, cimentada em interesses comuns, promovendo e eficiência do ponto de vista económico, sendo capazes de efectuar uma gestão adequada dos recursos humanos e materiais. Logo, fomenta-se a abertura organizacional para novos modelos de cuidados, que incorporam novos paradigmas, orientados para uma intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. Pensar a criação da implementação de uma equipa de prestação de cuidados de saúde e apoio social (ECCI), implicou, necessariamente uma adaptação às necessidades do cidadão, como forma de garantir o acesso aos cuidados necessários e adequados, no tempo e locais certos, visando assegurar a continuidade dos cuidados, mediante intervenções coordenadas e articuladas entre os diferentes sectores e níveis, constituindo uma estratégia com intento de maximizar a prestação dos cuidados comunitários de proximidade, sendo um componente de inovação no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Na segunda parte deste trabalho apresentamos a operacionalização das diferentes fases do trabalho, designadamente planificação, execução e avaliação. No diagnóstico de situação de saúde enquanto etapa primordial do planeamento, procedeu-se a uma análise detalhada da população alvo, premiando indicadores sócio – demográficos e de saúde. Esta análise despoletou a necessidade de determinar a origem ou a causa última do problema identificado, aumentando o conhecimento sobre o processo. Assim, foi elaborado um diagrama de causa e efeito em forma de uma espinha de peixe. A sua elaboração permitiu compreender melhor os factores em presença, assim como as suas interacções, facilitando a identificação das áreas onde é preciso colher dados para aprofundar a sua contextualização. Esta opção, baseou-se especialmente na facilidade compreensão e de assimilação. Com o intento de facilitar a observação do posicionamento da

ECCL, foi efectuada uma análise swot, que permitiu sintetizar a análise interna e externa. Desta análise pudemos apurar quais foram os elementos chave a ter em consideração para estabelecer as prioridades de actuação, assim como, antever claramente quais são os riscos a ter em conta e quais os problemas a resolver, analogamente as vantagens e as oportunidades a potenciar e explorar. Nesta linha de pensamento, houve ainda necessidade de efectuar uma descrição sumária em termos de acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, tendo assento tónico na realidade contextual onde eles se inserem, atendendo aos recursos disponíveis.

A partir desta análise foi perspectivado o plano de acção, que por razões de sistematização foi organizado em cinco grandes eixos: Planeamento da implementação da ECCL; Operacionalização: transformar a ideia em Acção; Monitorização e acompanhamento da implementação; Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho, e Satisfação, sendo que os dois últimos são transversais a todos os eixos. Podemos afirmar de uma forma sucinta que o plano de acção foi exaustivo, procurando para além de cumprir os requisitos políticos e legais que lhe são inerentes construir um suporte sólido que se impõe nesta metodologia de trabalho.

No seu seguimento, foi feita uma análise detalhada dos desenvolvimentos desde a sua planificação à sua concretização. Estamos em condições de afirmar que todo o trabalho efectuado foi reconhecido com a validação da candidatura e carta de compromisso e conseqüentemente a abertura da ECCL. Salientamos que ainda não temos todos os requisitos planeados, concretizados, nomeadamente o manual de acolhimento para o utente, o plano de formação anual e o instrumento de avaliação do grau de satisfação dos profissionais e utentes/família/cuidador, no entanto, atendendo aos *timings* planeados e acordados, estes documentos estão em fase de conclusão pelos respectivos grupos de trabalho, para serem submetidos a aprovação.

Esta caminhada não termina com este projecto, no entanto foi ponderada a sua continuidade tendo por base o contexto de incerteza inerente à RNCCI. De acordo com discursos políticos recentes, todas as unidades de cuidados implementadas no âmbito da RNCCI são para continuar, no entanto, as que porventura ainda não estão no terreno desconhece-se o seu futuro. Neste contexto, queremos depreender que a ECCL Norte será uma das unidades de cuidados a manter no futuro.

Desta explanação, podemos afirmar que os objectivos a que nos propusemos no encetar deste trabalho foram atingidos, consubstanciando esse êxito a todos os conteúdos teóricos e práticos abordados no MGO – GUS, que permitiu uma aquisição de competências, no âmbito da gestão da saúde e da doença, adoptar uma atitude de aprendizagem permanente para enfrentar as situações de mudança que atravessam o sector da saúde, apropriar de capacidade de análise crítica das situações, aplicando os conhecimentos e as aptidões apropriadas em cada momento, destacando a capacitação para a intervenção em equipas multidisciplinares potenciando práticas que visem a melhoria da qualidade de saúde. De salientar que se estabeleceu uma dinâmica entre a teoria e a prática, em que foi possível interferir no próprio projecto, estando directamente ligados

às consequências da acção e intervenção, sendo um método que permitiu melhor conhecer a população em questão, e também uma melhor planificação implicando uma acção mais directa e dirigida para transformar e melhorar essa realidade, em oposição ao que foi proposto pela ARS Norte e ECR.

Podemos finalmente assegurar que, construímos uma base suficientemente sólida para sustentar a implementação de todo este projecto no terreno. Acresce referir que estão reunidas todas as condições, humanas e materiais para o sucesso da equipa, com particular ênfase na abertura a este novo paradigma de prestação de cuidados, integrado na reorganização das políticas de saúde do estado da arte actual.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2009, Julho 20). *Nos 30 anos do SNS - Governação dos hospitais*. Obtido em 1 de Setembro de 2011, de: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospitais_-Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf.
- Aleixo, S., Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, C., Ribeiro, I., Azevedo, V., et al. (2002). *Cuidados Continuados*. Coimbra: Formasau.
- Andrade, O. G., & Rodríguez, R. A. (2005; Vol.28,n.º12). La Familia, el Bastón del anciano con Accidente Cerebro-Vascular. *ROL*, pp. 57-66.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007, Julho/Dezembro, Vol.25, n.2). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, pp. 59-66.
- Armada, I. R., Direito, C. M., Malheiro, A. A., Amorim, E. M., Silva, R. M., & Rocha, S. L. (2007, Dezembro, n.228.). Gestão, Mudança e Inteligência Emocional. *Nursing*, pp. 18-22.
- Baptista, V. L., Santos, R. M., & Santos, P. M. (2009, Novembro). Contribuição das Teorias de Gestão nas Organizações. *Sinais Vitais*, pp. 25-32.
- Barros, P. P. (1999, Fevereiro 2). *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996*. Obtido em 3 de Outubro de 2011, de <http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/apesjan99.pdf>.
- Barros, P. P. (2007). *O negócio dos cuidados de Saúde*. Obtido em 1 de Outubro de 2011, de: <http://www.diarioeconomico.com>, <http://diarioeconomico.sapo.pt/edicion/diarioeconomico/opinion/columnistas/pt/desarrollo/1005843.html>.
- Barros, P. P. (2009, 2ª Ed.). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Lisboa: Almedina.
- Batista, V. L., & Ricardo Manuel da Fonseca Santos, P. M. (2009, Novembro, n.87). Contribuição das Teorias de Gestão nas Organizações. *Sinais Vitais*, pp. 25-32.

- Béresniak, A., & Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Biscaia, A. R. (2006,n.22). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento. *Revista Portuguesa Clínica Geral* , pp. 67-79.
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Caldas, C. P. (2002). *Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Campos, A. C. (2002,vol.36,n.161). Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social* , pp. 1079 - 1104.
- Campos, A. C. (2007, Junho 12). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 4 de Setembro de 2011, de: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/reforma+csp.htm>.
- Canário, R. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (1999). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa e Autor.
- Clarke, M. H. (1987). Cuidados de Enfermagem ao Idoso. *Enfermagem* , pp. 17-26.
- Coelho, A. M. (1997, Julho/Setembro, Vol. 15,n.3). A Saúde Pública no Limiar do século XXI. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 5-10.
- Costa, F. d. (2005, Maio). Efectividade e eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso. *Revista Portuguesa De Saúde Pública* , pp. 47-57.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-16 : Estudo Integração e Continuidade de Cuidados*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (BradenQ)*. Obtido em 2011 de Novembro de 1 , de: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=lqwwwve45ebvcyc55wl15vvup&cr=20377>.
- Direcção Geral da Saúde. (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Autor.

- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Autor.
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Autor.
- Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Autor.
- DuBrin, A. J., Cook, J. S., & Leal, M. M. (2003.). *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo : Pioneira Thomson Learning.
- Espanha, R. (2010, Novembro 11). *Adenda à Análise Especializada: Tecnologias de Informação e Comunicação*. Obtido em 10 de 09 de 2011, de:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/TIC-A31.pdf>.
- Felicíssimo, A. d., & Sequeira, P. M. (2007,Março,n.71). A Família Como Unidade de Intervenção em Enfermagem. *Sinais Vitais* , pp. 31-34.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006,n.22). A Governação em Saúde e a Utilização de Indicadores de Satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*,pp. 285-296.
- Frederico, M. (2000). *Princípios de Economia da Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010, Agosto 5). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Obtido em 1 de Outubro de 2011, de:
<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates, S., Cumming, R. G., et al. (2009,OCT 7). *The Cochrane Library*. Obtido em 2011 de Novembro de 1, de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub2/abstract>
- Giraldes, M. d. (2005, JULHO/DEZEMBRO Vol.23,n. 2). Avaliação do SNS em Portugal:equidade versus eficiência. *Economia da Saúde* ,pp. 21 – 44.
- Giraldes, M. d. (2007). *Distribuição dos Recursos num Sistema de Saúde Público*. Obtido em 1 de Outubro de 2011, de:
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223031726K4pGB4jc4We04GK4.pdf>.
- Gomes, P., Paiva, N., & Simões, B. (2009, Fevereiro 12). *Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE*. Obtido em 10 de 09 de 2011, de: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1AE381EA-E996-474F-9F39-5EC880733FD0/0/AnaliseViabilidadeEconomicav13.pdf>.

- Guerreiro, I. (2006, Janeiro, n.4). Cuidados Continuados e Paliativos – Desafios. *Gestão & Saúde*, pp. 21 - 26.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1986,2ª Ed.). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Resultados Preliminares dos Censos 2011*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE.
- Lapão, L. V. (2005, Vol. 2, n.4, 015-027). A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitetura de sistemas e de profissionais altamente qualificados. *Revista de Estudos Politécnicos*, pp. 15-27.
- Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da Família Nas Sociedades Contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lourenço, Ó. (2007, Dezembro 27). *Algumas especificidades da Economia na Saúde*. Obtido em 19 de Junho de 2010, de
<http://hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiadasaude/forum/topics/1967198:Topic:1139>.
- Lubitz, J., Cai, L., Kramarow, E., & Lentzner, H. (2003). Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 1048-1055.
- Marques, S. (2002, Vol.25, n. 7-8). La Familia al Cuidado del Anciano. *ROL*, pp. 23-30.
- Mata, J. (2009). *Economia da Empresa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Matias, Á. (1995). *O Mercado de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (Documento de Trabalho 5/95).
- Ministério da Saúde (2007, Maio 21). *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. Obtido em 05 de 10 de 2011, de Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf.
- Ministério da Saúde. (2007, Maio 21). *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. Obtido em 05 de 10 de 2011, de: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf.

- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008, Agosto 8). *Agrupamentos de centros de saúde (ACES) Linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento*. Obtido em 1 de Setembro de 2011, de: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008, Agosto 28). *Agrupamentos de centros de saúde (ACES) - Linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento*. Obtido em 1 de Setembro de 2011, de: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários.(2007). *A equipa de cuidados continuados integrados - Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*.Obtido em 25 de Julho de 2011, de:http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/ccintegrados_2009.pdf.
- Neves, J. (2001). Clima e Cultura Organizacional. In J. M. Ferreira, A. Caetano, & J. G. Neves, *Manual de Psicossociologia das Organizações*.Lisboa:McGraw-Hill,pp. 431-468.
- Nogueira, J. (Julho de 2009).*Cuidados Continuados – Desafios*. Obtido em 8 de Outubro de 2010, de: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *SAÚDE: que rupturas? Relatório de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2004). *Incertezas: Gestão da Mudança na Saúde Relatório Primavera* . Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2006). *Um Ano de Governação em Saúde:Sentidos e Significados Relatório Primavera*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Luzes e Sombras: Relatório Primavera*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2008). *Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas: Relatório Primavera*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2009). *10/30 Anos: Razões para Continuar: Relatório Primavera*. Coimbra: Mar da Palavra.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Desafios em Tempo de Crise: Relatório Primavera*. Lisboa: Autor.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2011). *Da Depressão da Crise Para a Governação Prospectiva da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Oliveira, M. D. (2010). Evolução da Oferta. In A. D. A. Lourenço, *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 271-295). Coimbra: Almedina.
- Oliveira, R. C., Sousa, A., & Baylina, P. (2007,Outubro). *Serviços de saúde e avaliação de desempenho: uma revisão da literatura*. Obtido em 31 de Agosto de 2011, de: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR570434_8828.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2002a,2002). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (Janeiro n. 5 de 2002b,2002). *Excelência do Exercício*.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca*. Lisboa: CISCOS - Centro de Investigação em Saúde Comunitária.
- Passos, A. (2001). Grupos e Equipas de Trabalho. In J. M. Ferreira, J. G. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: MacGraw-Hill.
- Pereira, J. (1992). *Economia da Saúde:Glossário de Termos e Conceitos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (Documento de trabalho 1/93).
- Petronilho, F. A. (2010,Fevereiro). A Transição dos Membros da Família para o Exercício do Papel de Cuidadores Quando Incorporam um Membro Dependente no Auto-Cuidado: Uma Revisão da Literatura. *Investigação em Enfermagem* , pp. 43-57.
- Poeschl, G., & Silva, A. (2001,Vol.15,n.1). Efeito das Crenças nas Diferenças entre Sexos na Percepção e no Julgamento das Práticas Familiares. *Psicologia*, pp. 93-113.
- Pombo, O. (2003, Julho 08). *Contribuição para um vocabulário sobre interdisciplinaridade*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/mathesis/vocabulario-interd.pdf>.
- Reis, V. P. (2004, Janeiro/Junho). Gestão em Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 7-17.

- Sakellarides, C. (2008). A Lisbon agenda on health innovation. *The European Journal of Health* , pp. 102-103.
- Salvage, A. V. (1996). *Qui Prendra soin d'eux? Perspectives d'avenir de l'aide familiale aux personnes âgées dans 'Union Européenne*. Luxembourg: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et travail.
- Santana, P. (1993). *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde*. Dissertação de doutoramento em Geografia Humana apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Santana, R., & Costa, C. (2008,Vol.7). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp.29-56.
- Saúde, O. P. (2011). *Da Depressão da Crise Para a Governação Prospectiva da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. Lisboa: Autor.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.(2007). *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. Lisboa: Autor.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.(2008). *O que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?* Lisboa: Autor.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.(2008). *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Autor.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.(2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados RNCCI*. Lisboa.
- WALL, K. (1998). *Famílias no Campo - Passado e Presente em duas Freguesias do Baixo Minho*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Anexos

Anexo I

Candidatura da ECCI e e-mail comprovativo da aprovação da candidatura

ÍNDICE GERAL

- 0- NOTA INTRODUTÓRIA
- 1- CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE...
- 2 – IDENTIFICAÇÃO DA ECCI
- 3 – LOCALIZAÇÃO DA ECCI
- 4 – RESPONSÁVEL PELA ECCI
- 5 – CONTACTO DA ECCI
- 6 – ENDEREÇO ELECTRÓNICO DA ECCI
- 7 – POPULAÇÃO ALVO DA ECCI
- 8 - RECURSOS HUMANOS DA ECCI
- 9 – REDE COMUNITÁRIA/PARCERIAS
- 10 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
- 11 – CARTEIRA DE SERVIÇOS
- 12 – RECURSOS
- 13 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

From: <mailto:ecr@arsnorte.min-saude.pt> ecr

To: <mailto:>

Cc: <mailto:director@cs-----.min-saude.pt> director@cs-----.min-saude.pt

Sent: Tuesday, November 23, 2010 2:32 PM

Subject: ECCI de -----

Exmos. Srs.

O Projecto apresentado pela Vossa Equipa obteve parecer favorável desta ECR.

Considerando a necessidade de transmitir algumas informações/orientações que permitam agilizar o início da actividade da ECCI como entidade prestadora da RNCCI, convocam-se os elementos da ECCI, nomeadamente, Médico, Enf. Responsável, Enf. fisioterapia e/ou Fisioterapeuta e Assistente Social, para estarem presentes numa reunião agendada para Dia 25 de Novembro, às 10.30 horas, nas instalações desta ARSN, sita na Rua de Santa Catarina, 1288, 4000-447 Porto, na Sala de Reuniões do Edifício Pré Fabricado. Agradecemos, também, a presença do Coordenador da UCC, se possível. Mais se solicita, a confirmação da presença com indicação nominativa dos profissionais que estarão na reunião.

Com os melhores cumprimentos

A Equipa Coordenadora Regional

Rua Santa Catarina, 1288

4000-447

Porto

Anexo II

Carta de Compromisso

CARTA DE COMPROMISSO

- Instalação de Equipa(s) de Cuidados Continuados Integrados -

A Administração Regional de Saúde do Norte (ARS), IP _____, representada pelo seu Presidente, Dr. _____, o Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS,IP), através do Centro Distrital do ISS, I.P. de _____ (CDist do ISS,I.P.), representado pelo seu Director, Dr. _____, e o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) _____, representado pelo seu Director Executivo, Dr. _____, assumem nesta data a presente Carta de Compromisso, nos termos dos artigos 27º e 29º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho e do artigo 11º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, com validade até ao termo do ano civil de 2009, que se rege pelas seguintes condições:

1. O ACES _____ compromete-se a constituir, até ao final do ano civil, ____ (número) Equipas de Cuidados Continuados Integrados, adiante designada(s) por ECCI, constituída(s) por uma equipa multidisciplinar, destinada(s) a prestação de serviços e cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença.
2. A(s) ECCI é(são) uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enquadrada na prestação de cuidados de saúde primários, e sempre que existam Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) no ACES são parte integrante destas unidades funcionais.
3. O ACES garante que cada ECCI assegura como compromisso assistencial cuidados a um máximo de _____ utentes, considerando-se utentes da ECCI, os admitidos após processo de referenciação, validado/ autorizado pela respectiva Equipa de Coordenação Local (ECL) da RNCCI.
4. O ACES assegura o funcionamento da ECCI todos os dias do ano, no período das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos Sábados, Domingos e Feriados, com o ajuste de horários que a experiência ditar.
5. O ACES deve garantir as condições de funcionamento adequadas, de modo a que cada ECCI cumpra as actividades previstas.
6. Cada ECCI é nomeada pelo Director Executivo do ACES, e a sua composição e dimensão, dependerá das características sócio-demográficas, epidemiológicas e geográficas da área de cobertura onde está inserida, ajustando-se a cada realidade e contexto local.
7. A(s) ECCI apoia(m)-se nos recursos locais disponíveis, na área de influência do ACES, articulados com outros serviços comunitários, nomeadamente a rede social e as autarquias locais, devendo esta articulação ser facilitada e promovida pelas ECL da RNCCI.
8. A(s) ECCI assegura(m) designadamente:
 - a. Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, regulares e ter por base as necessidades detectadas;
 - b. Cuidados de reabilitação;

- c. Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d. Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e. Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f. Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- g. Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
- h. Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

9. As ECCI prestam cuidados de saúde de acordo com as seguintes características inerentes ao modelo dos cuidados continuados integrados domiciliários:

- a. O domicílio como contexto central da prestação dos cuidados;
- b. A personalização do serviço, presente para cada utente/família através da identificação de um profissional entre os que constituem a ECCI, preferencialmente enfermeiro, que seja Gestor de Caso, sendo o elemento de referência, e responsável pelo acompanhamento do processo quer para a Equipa, quer para o doente e família/cuidador;
- c. O Gestor de Caso nas ECCI será o garante da comunicação com a equipa de saúde familiar do utente ou, pelo menos, com o seu médico de família. No caso em que o utente não tenha médico de família, o ACES deverá garantir um procedimento específico para resolução da situação, até 48 horas depois da admissão do mesmo na ECCI.
- d. Prestação de cuidados na perspectiva global (biopsicossocial) desenvolvida através da definição de um Plano Individual de Intervenção (PII). Este deverá evidenciar uma avaliação integral e multidisciplinar, com identificação das necessidades do utente e do cuidador principal, dos objectivos mensuráveis a atingir, dos recursos envolvidos, das actividades a desenvolver e respectiva atribuição de responsabilidades a cada área profissional.

O acompanhamento e actualização devem ser periódicos, considerando-se fundamental a interacção e complementaridade do cuidador/familiar no acompanhamento do processo de prestação de cuidados.

10. A(s) ECCI deve(m) incluir profissionais com formação e competência em cuidados paliativos, assegurando também acções paliativas e as funções das Equipas Comunitárias de Suporte de Cuidados Paliativos (ECSCP), tendo em vista a rentabilização de recursos e uma abordagem de proximidade, procurando responder à globalidade das necessidades dos utentes.

11. A ARS e o CDist do ISS,I.P. obrigam-se no geral a:

- a. Cumprir todas as obrigações previstas no Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho;
- b. Colaborar com o ACES prestando esclarecimentos e informações que concorram para a melhoria contínua dos cuidados e serviços acordados;

- c. Monitorizar e avaliar os processos e os resultados da actividade prestada pela(s) ECCI, no âmbito das respectivas áreas de intervenção;
- d. Colaborar na definição dos conteúdos formativos e garantir a formação do pessoal da(s) ECCI afecto à prestação dos cuidados e serviços objecto da presente carta de compromisso;

12. A ARS obriga-se ainda a:

a. Disponibilizar ao ACES a verba de adiantamento do orçamento da RNCCI, até 50.000 euros por ECCI, destinada a facilitar a instalação da(s) ECCI, nomeadamente no que diz respeito à aquisição de viaturas, equipamentos médicos ou serviços pontuais que o ACES não disponha para satisfazer as necessidades dos utentes.

13. O ACES deve elaborar um plano de actividades anual individualizado por ECCI, incluindo um plano de aplicação da verba disponibilizada pela ARS.

14. Os planos de actividades devem ser remetidos à ECR da RNCCI para análise e posterior encaminhamento para aprovação da ARS.

15. O ACES deve elaborar um Relatório de Actividades e Contas, focalizado no compromisso assistencial e respectivos custos directos das ECCI, a remeter até 15 de Janeiro de 2010, à ECR da RNCCI para análise e posterior encaminhamento para aprovação da ARS. Este relatório irá ainda suportar a determinação das reais necessidades de financiamento das ECCI.

16. O Relatório de Actividades e Contas servirá ainda para apoiar o acerto de contas entre a ARS e a RNCCI relativamente à verba referida na alínea e) do ponto 11.

17. O ACES, e respectiva(s) ECCI, comprometem-se a efectuar, rigorosa e sistematicamente, no Sistema de Informação disponibilizado pela RNCCI, os registos de todos os dados necessários à análise da sua actividade, nomeadamente os previstos no anexo I.

18. O acompanhamento do desempenho da(s) ECCI efectua-se de forma automática e por via electrónica, não sobrecarregando a ECCI com carga administrativa adicional. A monitorização é desenvolvida pela Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do ACES e pela UMCCI via ECR. No entanto, sempre que necessário, a ECCI deve disponibilizar-se para prestar os esclarecimentos considerados como relevantes e solicitados.

19. Como indicadores base de avaliação do desempenho das ECCI definem-se os seguintes:

- 1. Autonomia do utente à entrada e à saída da ECCI;
- 2. Incidência de úlceras de pressão;
- 3. Avaliação sistemática da dor;
- 4. Resposta da ECCI nas primeiras 24 horas;
- 5. Taxa de ocupação da ECCI.

20. O ACES aceita e disponibiliza-se para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e acções de acompanhamento que venham a ser determinadas pela ARS, RNCCI, ou outras entidades para tal mandatadas pelo Ministro da Saúde.

21. O não cumprimento do articulado deste compromisso, por parte dos ACES, poderá excluí-lo da atribuição de verbas da RNCCI, ou conduzir mesmo a uma reavaliação do processo de constituição e de desenvolvimento da(s) ECCI por decisão da ARS.

O Director Executivo do ACES _____

O Director do CDist do ISS, I.P. de _____

O Presidente da ARS _____

ANEXOS:

I – Registo mínimo obrigatório a ser efectuado pelas ECCI

ANEXO I

Registo mínimo obrigatório a ser efectuado pelas ECCI

ADMISSÃO

- Avaliação Biopsicossocial – Tipo de avaliação “ADMISSÃO”
- Avaliação Médica
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação Social
- Avaliação Risco de Úlceras
- Avaliação de UP – sempre que presente (s) – uma avaliação por Úlcera
- Avaliação Risco de Diabetes
- Avaliação da Diabetes – sempre que presente
- Avaliação Infecção – sempre que presente
- Outras avaliações

ACOMPANHAMENTO

- Avaliação Biopsicossocial – Tipo de avaliação “ADMISSÃO”
(1º mês, 2º mês, ...mensalmente)
- Avaliação Médica - actualizações
- Avaliação de Enfermagem - actualizações
- Avaliação Social - actualizações
- Outras avaliações – actualizações
- Avaliação de UP – 15 em 15 dias - sempre que presente(s) – uma avaliação por Úlcera

- Avaliação da Diabetes – sempre que presente - mensalmente

ALTA

- Avaliação Biopsicossocial – Tipo de avaliação “ADMISSÃO”
- Avaliação Médica – actualizações
- Avaliação de Enfermagem - actualizações
- Avaliação Social - actualizações
- Outras avaliações – actualizações
- Avaliação de UP – sempre que presente(s) – uma avaliação por Úlcera
- Avaliação Risco de Diabetes
- Avaliação Infecção – se presente
- Nota de alta

Anexo III

Manual de Articulação

ACES NORTE – ECCI NORTE

Manual de Articulação

MAIO DE 2011

Índice

0. INTRODUÇÃO

1. ÂMBITO DO ACORDO

2. POPULAÇÃO E ÁREA DE INFLUÊNCIA

3. RECURSOS HUMANOS

4. GESTÃO DE PESSOAL

5. RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AVALIAÇÃO DESEMPENHO

6. RECURSOS FÍSICOS E FINANCEIROS

7. APROVISIONAMENTO

8. UTENTES

9. ARTICULAÇÃO COM O GABINETE DO CIDADÃO

10. ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS/EQUIPAS/PARCEIROS COMUNITÁRIOS

11. SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

12. SERVIÇOS DE APOIO GERAL

13. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

0. INTRODUÇÃO

A Equipa de Cuidados Continuados (ECCI) Norte, integrada na UCC Norte do ACES Norte, é uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), *constituída por uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (D.L.101/2006 de 6 Junho, Artigo 27º).*

O presente manual regula o apoio do ACES Norte à ECCI Norte através da disponibilização de recursos para o seu funcionamento, bem como a colaboração nas actividades comuns e, como tal, é subscrito pelo Director Executivo do ACES, Coordenador da UCC e pelo Coordenador da ECCI.

1. ÂMBITO DO ACORDO

A ECCI Norte compromete-se a adoptar uma prática dirigida para a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de uma abordagem por processos de trabalho que satisfaçam as necessidades dos utentes, garantam a conformidade com as boas práticas e contribuam para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos.

O ACES deve garantir apoio à ECCI Norte, de acordo com os recursos existentes e com o preconizado na carta de compromisso.

2. POPULAÇÃO E ÁREA DE INFLUÊNCIA

A ECCI Norte exerce a sua actividade em 43 freguesias do concelho.

A ECCI Norte não poderá recusar a inclusão de utentes/famílias decorrente do crescimento natural da população, dando resposta ao compromisso assistencial cuidados, preconizado na carta de compromisso, sendo a equipa multidisciplinar ajustada às necessidades.

3. RECURSOS HUMANOS

A ECCI Norte aprovada, com a assinatura da carta de compromisso, pelo Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS), pelo representante do Director do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS,IP), através do Centro Distrital do ISS, e o Director Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Norte.

Durante os períodos de férias e ausências, até duas semanas, os profissionais da ECCI Norte intersubstituem - se no seu programa de actividades de prestação de cuidados de saúde e sociais, em particular naqueles que exigem a identificação de serviços mínimos a garantir. Em situações de ausência superior a duas semanas e até cento e vinte dias ou ausências por licença de maternidade os profissionais da ECCI Norte intersubstituem-se, em particular no programa de actividades em que existem serviços mínimos, com recurso a trabalho extraordinário.

A prestação de trabalho extraordinário pelos profissionais que integram a ECCI Norte deverá ser autorizada pelo Director Executivo do ACES. Em situações de ausência superiores a cento e vinte dias, sob proposta da ECCI Norte, o ACES deve proceder à substituição do profissional ausente.

4. GESTÃO DE PESSOAL

A gestão do pessoal integrante da ECCI Norte é feita pelo coordenador da UCC, nos termos da legislação em vigor. A ECCI Norte dá conhecimento, ao coordenador da UCC Norte, e esta, por sua vez, ao ACES dos horários dos respectivos profissionais. Até ao 5.º dia útil de cada mês, a coordenadora da UCC Norte remete ao Serviço de Recursos Humanos do ACES as folhas de ponto de presenças de trabalho normal ou trabalho extraordinário dos respectivos profissionais, referentes ao mês anterior, depois de conferidas e assinadas.

O mapa de trabalho extraordinário a realizar no âmbito das actividades da ECCI Norte tem que ser legalmente autorizado pelo Director Executivo mediante fundamentação apresentada pelo Coordenador da UCC.

A cópia da documentação relativa à assiduidade, depois de conferida e justificada, é arquivada na UCC Norte e na ECCI Norte.

Compete ao Coordenador da UCC validar o mapa de ajudas de custo devidas aos profissionais ECCI Norte no exercício das suas funções, em modelo próprio, e remeter aos serviços competentes do ACES, no 5º dia útil de cada mês, para processamento nos serviços competentes.

A ECCI Norte elabora o seu plano de férias em articulação com a UCC Norte, de acordo com a legislação em vigor, aprovado pelo Coordenador da UCC e posteriormente enviado ao Director Executivo para homologação.

5. RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AVALIAÇÃO DESEMPENHO

Compete ao Coordenador da ECCI Norte em articulação com o Coordenador da UCC, a orientação e coordenação das actividades desenvolvidas pela equipa, no respeito pela autonomia técnica dos diferentes grupos profissionais que a compõe.

Os profissionais que integram a equipa ficam abrangidos pelo sistema de avaliação das respectivas carreiras.

O coordenador da UCC Norte compromete-se a respeitar as orientações internas do ACES, relativamente ao Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP).

Para efeitos de avaliação do desempenho dos enfermeiros, mantém-se a dependência hierárquica, sendo o Coordenador da UCC Norte um dos avaliadores da equipa.

6. RECURSOS FÍSICOS E FINANCEIROS

A ECCI Norte utiliza instalações do ACES Cávado III Barcelos/Esposende localizadas na Rua_____, na freguesia de_____, sendo compostas por 1 gabinete, com dois planos de trabalho e vários armários para armazenamento de material de consumo clínico corrente, 1 sala na cave para armazenamento de material de reabilitação e outro de maiores dimensões e utiliza ainda espaços comuns do ACES como seja a Biblioteca/Sala de Reuniões, Bar, Garagem e WC.

A UCC Barcelos Norte, em colaboração com a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do ACES, efectua o inventário do equipamento que deverá manter, permanentemente, actualizado.

O ACES é responsável pela manutenção, reparação e conservação das instalações e equipamentos onde funciona a ECCI Norte, bem como à substituição destes quando necessário e em tempo útil, de forma a não colocar em causa a prestação de cuidados.

Cabe à ECCI Norte e aos seus profissionais zelar pela conservação das suas instalações e pela boa utilização do seu equipamento.

A ECCI Norte não pode ser responsabilizada pelo incumprimento do plano de acção decorrente da não disponibilização atempada dos recursos financeiros constantes da Carta de Compromisso.

7. APROVISIONAMENTO

O fornecimento à ECCI Norte de material de consumo consignado no Classificador I (medicamentos e material de uso clínico) é da responsabilidade do ACES, mediante requisição da ECCI Norte.

A ECCI Norte responsabiliza-se pela gestão de uma reserva (“stock”) de material que garanta as necessidades de pelo menos 30 dias de actividade da ECCI, devendo essa reserva ser acordada com o ACES e avaliada periodicamente.

A ECCI Norte faz as respectivas requisições de reposição dos gastos, até ao 8^o dia útil de cada mês, responsabilizando-se o ACES pelo seu fornecimento até ao 15^o dia útil do mesmo mês;

A ECCI Norte compromete-se a manter um registo actualizado do seu material de consumo, submetendo-se, sempre que necessário, a processo de auditoria externa.

O ACES assegura os meios de transporte adequados para os profissionais no exercício das suas funções, bem como, a manutenção da viatura que estiver alocada às actividades da ECCI Norte e garante o cumprimento de todos os procedimentos legais. O ACES deverá salvaguardar a guarda da viatura.

8. UTENTES

A ECCI NORTE disponibiliza a cedência de material (camas articuladas, nebulizadores, aspiradores de secreções, material do âmbito da reabilitação) mediante compromisso de responsabilidade por parte dos utentes/cuidadores do zelo e responsabilidade do material cedido, enquanto o utente estiver integrado na ECCI, mediante contrato escrito e validado por ambas as partes.

A Coordenadora da ECCI é a responsável pela gestão de todo o material.

9. ARTICULAÇÃO COM O GABINETE DO CIDADÃO

As reclamações, sugestões e louvores registados no livro de reclamações, caixa de sugestões ou outros, após a audição do visado e apreciação pelo Coordenador da ECCI Norte e do Coordenador da UCC, no prazo de cinco dias, são remetidas, imediatamente ao Gabinete do Cidadão do ACES.

O Coordenador da ECCI Norte e da UCC responde ao Gabinete do Cidadão a qualquer pedido de esclarecimento que lhe seja solicitado. Das diligências e respostas efectuadas pelo Gabinete do Cidadão é dado conhecimento ao Coordenador da ECCI Norte e da UCC.

10. ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS/EQUIPAS/ PARCEIROS COMUNITÁRIOS

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que integra a UCC Norte articula com a Equipa Coordenadora Local do ACES através do aplicativo informático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – *GESTCARE*, através de e-mail, telefone e pessoalmente no sentido da adequada coordenação de recursos e actividades para a resposta efectiva do dependente, família ou cuidador, no domicílio.

A ECCI articula com a equipa da Unidade de Saúde onde o utente está inscrito, no sentido de agilizar estratégias em consonância com os objectivos definidos.

A ECCI articula também com os parceiros comunitários que prestem cuidados ao utente integrado na ECCI.

No âmbito das suas competências, a ECCI Norte estabelece as medidas necessárias à adequada articulação/colaboração com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, Cruz Vermelha Portuguesa, Associação de Pais e Amigos das Crianças Inadaptadas, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Santa Casa da Misericórdia.

11. SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

A ECCI Norte é incluída em todos os circuitos de informação utilizados pelo Serviço de Documentação e Informação (correio interno, correio electrónico, ofícios – circulares, folhetos informativos e outros).

A ECCI Norte compromete-se a efectuar, sistematicamente, nos Sistemas de Informação Informatizados da Saúde: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, Sistema de Informação para as Unidades de Saúde, Sistema de Apoio ao Médico, Aplicativo da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e Plano de Intervenção Individual os registos de todos os dados necessários à análise e monitorização do desempenho da ECCI Norte.

O ACES disponibiliza à ECCI Norte os impressos identificados com os logótipos do ACES, da ECCI Norte, da ARSN e Ministério da Saúde, assim como uma avença com os CTT para “Porte Pago”, permitindo à UCC dispor de envelopes de RSF, para iniciativas a desenvolver junto da sua população.

12. SERVIÇOS DE APOIO GERAL

a) Serviços de Limpeza

Os serviços de limpeza e apoio ao funcionamento da ECCI são assegurados pelo ACES. A ECCI Norte acorda com o ACES o caderno de encargos envolvido e a sua carga horária diária e/ou semanal.

A ECCI Norte supervisiona os serviços prestados e informa o ACES da sua qualidade.

b) Serviço de Segurança

O ACES deverá garantir um sistema de segurança nas instalações, adequado às necessidades, durante o horário de funcionamento ou fora dele.

c) Serviços de Transporte e Distribuição

O serviço de distribuição e transporte de material entre a ECCI Norte e o ACES é da responsabilidade do ACES e assegurado com a regularidade mensal necessária e acordada.

d) Serviço de Esterilização

A recolha de material e equipamento para esterilização bem como a sua devolução é assegurada pelo serviço de distribuição e transporte, nos termos da alínea c) que antecede.

e) Serviço de Lavandaria

O serviço de lavandaria é assegurado pelo ACES, nos termos da alínea c) antecedente.

f) Recolha e Tratamento de Resíduos

A recolha e tratamento dos Resíduos Sólidos Hospitalares (RSH) são assegurados por empresa contratada, para o efeito, pela ARS de Norte, IP. A periodicidade da recolha é definida pela Comissão de RSH existente no ACES de acordo com as quantidades produzidas na ECCI Norte.

Cabe à ECCI Norte garantir o adequado manuseamento, triagem e acondicionamento dos RSH, segundo as normas em vigor, e informar a referida Comissão sempre que ocorram anomalias no processo, nomeadamente na periodicidade da recolha. A supervisão do manuseamento, triagem e acondicionamento do lixo doméstico é da responsabilidade da ECCI, que deve verificar da utilização devida de contentores municipais.

13. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A ECCI Norte colabora com o ACES, na formação pré-graduada e pós-graduada de profissionais de enfermagem, e outros, em termos e condições acordadas.

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

A participação dos profissionais da ECCI Norte em actividades gerais do ACES, de relevante interesse, será negociada entre o Director Executivo/Conselho Clínico, o Coordenador da UCC Norte e o Coordenador da ECCI Norte, salvaguardando o necessário cumprimento do Plano de Acção acordado em Carta de Compromisso.

Qualquer das partes pode propor a revisão do Manual de Articulação, num processo de mútuo acordo.

Em _____ de _____ de 2011

O Director Executivo do ACES

O Coordenador da UCC

O Coordenador da ECCI

(_____)

(_____)

(_____)

Anexo IV

Preparação do Regulamento Interno

ACES NORTE – ECCI NORTE

Regulamento Interno

MAIO de 2011

Índice

INTRODUÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

1.1. Logótipo

1.2. Identificação dos Profissionais da Equipa

1.3. Área Geográfica

1.4. População Abrangida

2. MISSÃO, VISÃO E VALORES

3. ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO

3.1 Estrutura Interna Geral

3.2 Coordenador da ECCI Norte

3.3 Organização Interna e Cooperação Interdisciplinar

3.4 Ausências Legais de Serviço

3.5 Áreas de Actuação com os Parceiros Comunitários

4 - COMPROMISSO ASSISTENCIAL

4.1 Horário de Funcionamento da ECCI e Cobertura Assistencial

5. FORMAÇÃO E COMPROMISSO PARA A QUALIDADE

5.1 Desenvolvimento profissional contínuo

5.2 Formação pré e pós-graduada

5.3 Investigação em Cuidados de Saúde Primários

5.4 Compromisso para a Qualidade

6. DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

INTRODUÇÃO

O presente documento, designado por Regulamento Interno, tem como finalidade enquadrar a organização e o funcionamento da ECCI Norte. É um instrumento que serve como código de conduta individual e organizacional e, ao mesmo tempo, servirá para operacionalizar os princípios da autonomia na construção de uma ECCI mais solidária, mais cooperativa, mais exigente e responsável.

É um documento dinâmico, e fruto da reflexão e envolvimento de todos os elementos da equipa de profissionais da ECCI Norte que se comprometem a cumprir o seu desígnio com excelência. O Regulamento Interno desta ECCI pretende ter um carácter regulador, de modo a que a liberdade de cada um não atropela a liberdade dos outros. Contudo, a sua mera existência não resolve os problemas nem vigorará por si próprio. É necessário que todos e cada um dêem um pouco do seu esforço para que este documento possa ser útil, possível e de aplicação eficaz. Constitui um compromisso entre todos os elementos da equipa e define a forma de articulação entre os diversos profissionais, as competências atribuídas a cada grupo profissional, bem como as regras para a atribuição de responsabilidades inerentes a cada profissional *per se*.

Todos os elementos desta ECCI devem promover um clima de harmonia, confiança e desempenho consciente, de forma a melhorar o trabalho em equipa multidisciplinar, traduzindo-se em ganhos de saúde da população abrangida pela ECCI.

A coordenação da elaboração do Regulamento Interno está a cargo da Coordenadora da UCC e da Coordenadora da ECCI, em articulação com todos os elementos que constituem esta equipa.

A metodologia utilizada será a descritiva e analítica sempre que se justifique.

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A Equipa de Cuidados Continuados (ECCI) Norte, integrada na UCC Norte do ACES Norte, é uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), *constituída por uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma* (D.L.101/2006 de 6 Junho, Artigo 27º).

Pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES, conforme o subscrito na Carta de Compromisso.

A ECCI Norte desenvolve a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde, adiante designado por ACES Norte, em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão.

A ECCI Norte utiliza as instalações na ala sudoeste (sector verde) do ACES Norte – UCC Norte, localizadas no Centro de Saúde _____, é constituída por 4 gabinetes (1 gabinete de trabalho/reuniões, um gabinete para a ECCI, um gabinete para o cantinho de amamentação e gabinete de trabalho para a UCC em “open-space”).

Tem como contactos:

Contacto telefónico: _____

Fax: _____

Endereço electrónico da ECCI: _____

Endereço electrónico da Coordenadora da UCC: _____

Endereço electrónico da Coordenadora da ECCI: _____

1.1. Logótipo

Por razões de anonimato não é exposto o logótipo, nem a sua justificação.

1.2. Identificação dos Profissionais da Equipa

A equipa da UCC Barcelos Norte é constituída pelos seguintes profissionais:

Grupo Profissional	Nome	Categoria Profissional	Horas Semanais	
			Semana	Fim-de-Semana (Horas Extra)
Enfermagem	A	Enfermeira Especialista Médico-cirúrgica	35	A definir
	B	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35	A definir
	C	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35	A definir
	D	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação	35	A definir
Medicina Geral e Familiar	X	Médico Clínica Geral e Familiar	7	A definir
Assistente Técnico	Y	Assistente Técnico	10	A definir
Técnica Social	Z	Assistente Social	3	A definir
	W		4	A definir

1.3. Área Geográfica

A UCC Barcelos Norte disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos residentes, , na área geográfica norte do Concelho _____ que inclui 43 freguesias.

A área geográfica de abrangência da UCC Barcelos Norte é de 170,43 Km² com uma densidade populacional de 372,65 habitantes/Km².

1.4. População Abrangida

De acordo com os dados do último Censos (2001) a população residente na área geográfica de abrangência da ECCI Norte é de 63.510 habitantes.

2. MISSÃO, VISÃO E VALORES

O compromisso assistencial é sustentado pela definição da missão, visão e valores pelos quais se vai orientar e ECCI. Quando é definida a missão pretende-se dar a conhecer o porquê da sua existência e quando nos referimos aos valores é no sentido daquilo em que acreditamos., ou seja a nossa missão e valores não só definem quem somos e o que fazemos, mas sobretudo como fazemos e para quê. Como valores fundamentais a preservar e a promover na nossa prestação de cuidados, elegemos, de entre outros:

- O respeito pela individualidade do utente (crenças; etnia; idade; sexo; etc.) e de toda a equipa multiprofissional da ECCI;
- O compromisso, a disponibilidade e a dedicação na satisfação das necessidades em saúde da população abrangida garantindo a acessibilidade e proximidade dos cuidados de saúde;
- A salvaguarda dos direitos da pessoa e a promoção a sua autonomia através do reconhecimento de que a saúde individual é da responsabilidade do utente e que este é responsável pelo seu projecto de saúde;
- A organização dos serviços em função das necessidades dos utentes, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados, orientando estes para outros profissionais de saúde, sempre que o pedido ultrapasse a competência dos profissionais da ECCI Norte;
- A cooperação e articulação com as outras unidades funcionais do ACES;
- O incentivo de parcerias com as estruturas da comunidade local promovendo a responsabilidade social;
- Promoção da solidariedade, partilha, transparência, equidade, e trabalho de equipa.

Assim, os profissionais da ECCI assumem-se, essencialmente, negociadores pró-activos de comportamentos de saúde, estabelecendo parcerias com os utentes, individuais e/ou em grupo, no intuito destes se aproximarem o mais possível das metas estabelecidas para o seu projecto de saúde, dadas as circunstâncias pessoais e sociais.

A ECCI Norte pretende ser reconhecida como uma organização de excelência que assume a saúde da população da sua área geográfica como o seu principal compromisso.

3. ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO

A estrutura organizacional e respectivo funcionamento serão descritos no seguimento.

3.1 Estrutura Interna Geral

A Estrutura Interna Geral da ECCI Norte engloba o Coordenador da ECCI, o Conselho Geral e o Conselho de Intervenção.

3.2 Coordenador da ECCI Norte

A Coordenadora da ECCI Norte é a enfermeira_____.

Compete-lhe:

- a) Programar as actividades da equipa, elaborando o plano semanal;
- b) Assegurar o funcionamento eficiente da Equipa e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
- c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da Equipa;
- d) Promover, ouvindo os profissionais da Equipa, a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas;
- e) Elaborar o regulamento interno da unidade, em articulação com a Coordenadora da UCC e com audição da equipa multidisciplinar em reunião geral, e propô-lo, para aprovação, ao director executivo;
- f) Elaborar o relatório anual de actividades e articular com o relatório da UCC;
- g) Informar todos os profissionais sobre a documentação relevante relacionada com a ECCI;
- h) Representar a Equipa perante o director executivo do ACES, ECL e ECR.

A Coordenadora da ECCI Norte é substituída nas suas ausências e impedimentos legais pelo Enfermeiro especialista detentor de maior antiguidade na categoria profissional.

3.3 Organização Interna e Cooperação Interdisciplinar

O trabalho em equipa multidisciplinar exige cooperação e comunicação entre todos os seus membros para que seja eficiente. As reuniões e a existência de um sistema de informação comum desempenham um papel fundamental na consolidação do mesmo.

Assim:

1. Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da ECCI Norte são responsáveis, solidariamente, por garantir os serviços mínimos durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas.
2. Em caso de ausência superior a duas semanas, os serviços mínimos são garantidos pelos restantes elementos da equipa, tendo em conta a área técnica de cada elemento, através do recurso a trabalho extraordinário.
3. A situação prevista no número anterior não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da ECCI Norte e da Coordenadora da UCC, o ACES Norte procede à substituição temporária do elemento ausente, até ao seu regresso ao exercício profissional.
4. Qualquer elemento da equipa multiprofissional da ECCI que pretenda cessar o exercício da sua actividade profissional na unidade deverá comunicá-lo ao coordenador com antecedência mínima de 60 dias.
5. Os profissionais que constituem a ECCI articulam de forma informal e autónoma entre si, asseguram, conforme as recomendações fornecidas, a complementaridade com a carteira de serviços das outras unidades funcionais. A equipa potencializará ao máximo o trabalho de todas as classes profissionais, ainda que respeitando as especificidades individuais e profissionais.
6. A equipa procederá à implementação das Orientações Técnicas da Direcção-Geral de Saúde, RNCCI e ARS Norte comprometendo-se a segui-las.

Admissão do utente

a) A integração do utente na tipologia ECCI é feita pela Equipa Coordenadora Regional (ECR/ECL) através da aplicação informática da RNCCI.

b) Os elementos destacados para cada turno de trabalho têm como responsabilidade de verificar no aplicativo da rede “Gestcare” se há utentes a admitir. Em caso afirmativo devem proceder à sua admissão no aplicativo e efectuar um primeiro contacto com o utente/família para agendar a

primeira visita domiciliária. São ainda responsáveis por comunicar esta admissão ao médico e técnico do serviço social para agendar a visita multidisciplinar.

c) As visitas domiciliárias podem ser programadas ou desencadeadas por intercorrências relacionadas directamente com o problema de base ou outros.

Gestor de Caso

a) O gestor de caso na ECCI é o enfermeiro, a designar por utente, de acordo com o objectivo da referenciação. Este garante a comunicação/articulação com a restante equipa da ECCI e com o Utente/família, sem prejuízo do papel dos outros profissionais.

b) O gestor de caso é também o responsável pela organização do processo em suporte de papel.

c) A periodicidade das visitas aos utentes da ECCI será determinada pelo gestor de caso em função das necessidades de cuidados do utente e deverá ser discutida com o utente/família, de acordo com os objectivos definidos.

Primeira Avaliação

a) Aos utentes admitidos na ECCI é feita uma primeira avaliação pela equipa até 48 horas, aos 8 dias e de 15 em 15 dias, conforme directiva nº1UMCCI/2010 de 03.03.2010.

b) Será aplicado a todos os utentes em ECCI (no máximo vinte utentes como consta no ponto 3 da Carta de Compromisso datada a 30 de Novembro de 2010) um Plano Individual de Intervenção.

c) O plano de intervenção Individual deverá ser elaborado pela equipa multidisciplinar após a primeira avaliação e negociado com o utente/cuidador na segunda visita.

Rede de Comunicação

a) A equipa multidisciplinar, parceiros comunitários, e utente/família devem ter acesso à rede de comunicação (telefone fixo _____, Fax _____, E-mail _____); de modo a facilitar a acessibilidade, rapidez e proximidade à orientação e resolução de situações.

b) A equipa e a família podem recorrer sempre que necessário à comunicação directa através dos telefones de serviço, que serão disponibilizados na primeira visita domiciliária, através do Manual de Acolhimento, de modo a facilitar o acompanhamento das situações crónicas em domicílio, proporcionando uma rápida e confortável situação de apoio, orientação e tranquilização dos doentes e familiares.

c) A equipa da ECCI é responsável pela valorização e monitorização de sintomas para despiste precoce de complicações e actuação atempada sobre os mesmos.

Reuniões

a) A equipa da ECCI realiza todas as terças-feiras., entre as 14 e as 15 horas uma reunião de trabalho para discussão de casos, organização do trabalho de fim-de-semana, articulação interprofissional, aferir métodos de trabalho, discussão e resolução de problemas e outros, que a equipa considere relevantes. No entanto diariamente a equipa faz uma reunião onde abordam as ocorrências mais significativas.

b) Nas reuniões semanais, deverão estar presentes, todos os elementos da equipa interdisciplinar.

c) No final de cada reunião deverá ser efectuada a respectiva acta, em livro de actas, da responsabilidade do profissional a nomear do inicio da cada reunião. A acta deve ser assinada por todos os presentes.

d) A equipa da ECCI realiza todos os meses uma reunião com a Equipa Coordenadora Local (ECL) para discussão de casos clínicos.

3.4 Ausências Legais de Serviço

- a) A planificação das férias e acções de formação dos elementos da Equipa devem ter em conta a prestação das actividades programadas da ECCI.
- b) Este facto implica a presença de pelo menos 02 elementos por turno na ECCI.
- c) Para que esta premissa possa ser cumprida, é aconselhável que não existam mais de 1/3 dos profissionais ausentes.
- d) Férias da Médica não coincidentes com os médicos referenciados para a inter-substituição.

3.5 Áreas de Actuação com os Parceiros Comunitários

A ECCI Norte pretende manter e/ou constituir parcerias com entidades públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta, na área da saúde e social, com a inerente adesão voluntária.

Parceiros comunitários:

- Município de _____
- Juntas de Freguesia

- Comissões Sociais Inter-Freguesias (CSIF)
- Comissão Local de Apoio Social (CLAS)
- Grupo de Acção Social Cristã (GASC)
- Comissão de Protecção a Crianças e Jovens (CPCJ)
- Núcleo Local de Inserção
- Associação de Pais e Amigos das Crianças (APAC)
- Associação de Pais e Amigos das Crianças Inadaptadas (APACI)

4 - COMPROMISSO ASSISTENCIAL

O compromisso assistencial será apresentado no seguimento, assim como o horário de funcionamento.

4.1 Horário de Funcionamento da ECCI e Cobertura Assistencial

A ECCI Norte tem horário de funcionamento das 8 horas às 20 horas de segunda a sexta-feira e alargado ao fim de semana e feriados das 9 horas às 17 horas, em horas extraordinárias, conforme o acordado com o Director Executivo do ACES. As actividades neste horário têm que ser programadas com 24 horas de antecedência.

A equipa compromete-se a gerir as horas extraordinárias de forma criteriosa e ajustar os horários mediante o que a experiência ditar nunca descorando a excelência do cuidar.

O horário de funcionamento da ECCI Norte, contacto telefónico, endereço electrónico, morada e nomes dos profissionais estão publicitados no site da UCC Norte.

5. FORMAÇÃO E COMPROMISSO PARA A QUALIDADE

Neste ponto será abordado o desenvolvimento profissional contínuo, a formação pós graduada, a investigação e o compromisso para a qualidade.

5.1 Desenvolvimento profissional contínuo

1. A ECCI Norte é um espaço de formação e inovação. O desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados
2. A ECCI Norte em articulação com a UCC obriga-se a elaborar um plano anual de formação dos seus profissionais que prestam mais de metade do seu horário semanal nesta Unidade, aprovado pela Coordenadora da UCC, tendo em conta o diagnóstico das necessidades da equipa e as necessidades individuais.
3. Para determinação das necessidades referidas no número anterior, serão utilizados instrumentos com entrevista, questionários, reuniões de equipa e conversas informais.
4. Os profissionais devem informar atempadamente a Coordenadora da UCC Norte e da Coordenadora da ECCI das acções de formação externa que pretendem frequentar.
5. O plano de formação deve ser aprovado pela Coordenadora da UCC, na última reunião do ano anterior.
6. O plano de formação deve incorporar obrigatoriamente acções em contexto de trabalho.
7. As acções de formação interna serão deferidas pela Coordenadora da UCC Norte.
8. Os elementos dispensados para frequentar acções de formação em serviço ficam obrigados a replicar essa formação aos restantes elementos da ECCI.

5.2 Formação pré e pós-graduada

1. Os profissionais da ECCI Norte asseguram, sempre que solicitados, a função de supervisão/ orientação clínica.
2. Os supervisores/orientadores e a Coordenadora da equipa devem ponderar as implicações desta formação no desempenho e desenvolvimento da ECCI Norte.

5.3 Investigação em Cuidados de Saúde Primários

1. A ECCI Norte garante a realização de pelo menos 01 estudo de investigação por triénio.
2. Os estudos propostos pelos profissionais da ECCI Norte ou pelos seus formandos devem ter sempre a supervisão da Coordenadora da equipa.

5.4 Compromisso para a Qualidade

1. À ECCI Norte compromete-se com o desenvolvimento de uma política da qualidade, através da avaliação do seu desempenho, em relação à comunidade e entre os profissionais, identificando os problemas e desvios das metas definidas no plano de acção, propondo correcções e medidas preventivas e de melhoria.
2. Os diversos profissionais da ECCI Norte devem incluir no manual de procedimentos e por projecto, as formas, os tempos de avaliação e os prazos de implementação das correcções das não conformidades.
3. A coordenadora da ECCI Norte, com o apoio dos restantes profissionais, promoverá anualmente uma avaliação da satisfação da comunidade e dos próprios profissionais, utilizando as metodologias adequadas para o efeito.
4. A coordenadora deve articular com a Coordenadora da UCC e com a Direcção do ACES, a resolução das não conformidades identificadas.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Apresenta-se no seguimento as disposições finais e transitórias.

6.1 Inibições decorrentes do cumprimento do compromisso assistencial da UCC Barcelos Norte

Os profissionais da ECCI Norte em actividade a tempo integral, comprometem-se que nenhuma actividade extra colidirá com o cumprimento do compromisso assistencial assumido por esta Unidade.

6.2 Dúvidas e Omissões

As dúvidas e omissões do presente regulamento serão resolvidas em reunião da ECCI Norte.

6.3 Produção de Efeitos e Revisão

O presente Regulamento Interno produz efeito a partir da data de homologação pelo Director Executivo do ACES.

O Regulamento Interno só pode ser objecto de actualização em reunião de Equipa, expressamente convocada para o efeito e aprovado por maioria de 2/3 dos seus elementos.

Subscrição

(Elemento A da ECCI)

(Elemento B da ECCI)

(Elemento C da ECCI)

(Elemento D da ECCI)

(Elemento E da ECCI)

(Elemento F da ECCI)

(Elemento G da ECCI)

(Elemento H da ECCI)

(Elemento I da ECCI)

Apêndices

Apêndice I

Actividade 1: Planeamento da Implementação da ECCI

Actividade 1:**Planeamento da Implementação da ECCI**

Fundamentação:

A ECCI é uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), constituída por uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (D.L.101/2006 de 6 Junho, Artigo 27º). A candidatura, nos termos preconizados pelas orientações políticas, emergirá do terreno sob a proposta de profissionais motivados para uma adesão voluntária, circunscrevendo-se numa metodologia que estimula o envolvimento dos profissionais, responsabilizando-os na tomada de decisão e na concretização dos compromissos assumidos.

O compromisso assistencial é sustentado pela definição da missão e valores pelos quais se vai orientar a ECCI. Quando é definida a missão pretende-se dar a conhecer o porquê da sua existência e quando nos referimos aos valores é no sentido daquilo em que acreditamos, ou seja a nossa missão e valores não só definem quem somos e o que fazemos, mas sobretudo como fazemos e para quê.

Para o seu processo de crescimento, a ECCI preconiza como requisitos fundamentais a intercomunicação entre os elementos, objectividade do grupo para seu funcionamento, responsabilidade interdependente de todos os membros, coesão adequada, habilidade do grupo de se informar e pensar claramente e decidir criativamente sobre seus problemas. Contudo, a necessidade de compatibilizar a criação da ECCI, como equipa prestadora de cuidados continuados integrados de saúde no âmbito da RNCCI com outras unidades funcionais do ACES, outras equipas de saúde e os demais parceiros comunitários, implica a existência de um manual de articulação. Pretende-se que este documento constitua um instrumento de modernização e desburocratização, simplificando procedimentos através do estabelecimento de regras simples e claras, reconhecidas como vantajosas por ambas as partes, que permitam facilitar a resolução dos problemas de gestão corrente. Para que seja possível a optimização da gestão da equipa, torna-se necessário a criação de um regulamento Interno que deve contemplar as normas de organização e funcionamento da ECCI, resultantes do contrato interno estabelecido entre todos os profissionais da equipa. É um documento dinâmico, em que todos os elementos devem participar na sua discussão e elaboração. A partir deste documento, torna-se necessário definir a criação de um manual de acolhimento, sendo este um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração dos utentes/família/cuidadores que pela primeira vez entram contactam

com a ECCI. O seu principal objectivo é fornecer informações sobre a ECCI que facilitem a sua integração com a equipa, bem como com a RNCCI. O referido documento irá permitir igualmente tomar conhecimento da estrutura organizacional da RNCCI e do funcionamento da ECCI aos mais variados níveis, devidamente enquadrados nos objectivos gerais RNCCI e nas suas áreas estratégicas de actuação. Esperamos ainda que este manual contribua para a criação de um bom ambiente de trabalho em equipa que, naturalmente, terá consequências benéficas para o utente e seu cuidador. Não obstante, todo este processo ficaria esvaziado de conteúdo se não houvesse um compromisso assumido entre as partes. Torna-se, pois, necessário a sua validação com a elaboração e assinatura da carta de compromisso. Assim, uma carta de compromisso é um documento legal, que determina um tipo de acordo no qual as partes assumem as suas obrigações. A carta de compromisso da ECCI é um acordo entre a ARS Norte, Instituto de Segurança Social e o ACES, nos termos dos artigos 27º e 29º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho e do artigo 11º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. A candidatura deve remetida à ECR da RNCCI para análise e posterior encaminhamento para aprovação da ARS.

Objectivos:

- Construir o processo de candidatura de acordo com os requisitos impostos pela ECR.
- Elaborar a carta de compromisso.
- Construir o Manual de Articulação.
- Elaborar a proposta de Regulamento Interno.
- Realizar manual de acolhimento para os utentes.
- Colaboração na elaboração da carta compromisso

Estratégias:

- Análise documental inerente ao processo de candidatura, designadamente:
 - ✓ Orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde e da Unidade de Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Circular normativas
 - ✓ Normativos legais: Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (criação de Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES) e Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI).
 - Reuniões da equipa com os potenciais parceiros comunitários (Instituições Particulares de Solidariedade Social, Cruz Vermelha Portuguesa, Associação de Pais e Amigos das Crianças Inadaptadas, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Santa Casa da Misericórdia) com o intuito de se identificarem áreas de complementaridade e de definirem as competências a assumir por ambas as partes.
 - Redacção da proposta do manual de articulação
-

-Submissão à aprovação do Director Executivo do ACES dos documentos:

- Contacto com os parceiros negociando as formas de articulação e negociar.
 - Construção de um manual, agendando reuniões para validação do manual.
 - Redacção da proposta do regulamento interno da ECCI.
 - Consulta de documentação no sentido de construir um manual de acolhimento ajustado ao utente da ECCI. Reunião com a equipa para selecção da informação a integrar no manual.
- Requerer autorização, junto do director executivo para a sua divulgação.

A carta de compromisso é da responsabilidade do ACES, e como tal, a equipa da ECCI colabora na sua elaboração.

Indicadores:

- Candidatura concluída até 12 de Novembro de 2010.
 - Manual de Articulação concluído até seis meses após da abertura da ECCI.
 - Regulamento Interno concluído até seis meses após a abertura da ECCI.
 - Carta de compromisso assinada até 31 de Janeiro de 2011.
 - Manual de acolhimento para os utentes concluído até um ano após a abertura da ECCI.
-

Apêndice II

Actividade 2: Operacionalização: transformar a ideia em acção

Actividade 2:**Operacionalização: transformar a ideia em acção**

Fundamentação:

A ECCI é uma unidade prestadora cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, em que as visitas médicas são programadas, regulares e tem por base as necessidades detectadas. Tem como premissas a prestação de cuidados de reabilitação, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio no desempenho das actividades da vida diária, apoio nas actividades instrumentais da vida diária e coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais. Contudo, todas estas actividades devem estar em consonância com a operacionalização dos objectivos que foram traçados pela equipa. Por seu lado, estes objectivos devem ser congruentes com os indicadores definidos na carta de compromisso. Nesta mesma carta está também preconizado que seja identificado um profissional entre os que constituem a ECCI, preferencialmente enfermeiro, que seja Gestor de Caso.

O gestor de caso deve ser o enfermeiro, na medida em que o que está em causa não é somente a prestação de cuidados enfermagem, no entanto, é este grupo profissional, dada a sua presença junto do utente/família/cuidador, é o que mantém maior continuidade e disponibilidade para o efeito pretendido, e dispõe de modelos teóricos adequados à sistematização. O gestor de Caso é o responsável por determinado utente, e está incumbido de sistematizar, organizar e registar as intervenções efectuadas, bem como servir de elo de ligação entre o utente/família/cuidador e restante equipa multidisciplinar. O registo das intervenções executadas é efectuado no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), no Gestcare (Aplicativo da RNCCI) e SINUS (Sistema de Informação para as Unidades de Saúde) e ainda no Plano de Intervenção Individual do utente. O plano de intervenção individual deverá ser elaborado pela equipa, após a primeira visita domiciliária, considerando as necessidades identificadas em cuidados de saúde e sociais, e pelo utente/família/cuidador para que seja possível negociar os cuidados e tratamentos que tem previsto, organização da prestação dos mesmos: definição de metas; identificação dos elementos da prestação dos cuidados ou serviços, esclarecimento de dúvidas e reforço de informação sobre direitos e deveres de doentes e familiares, bem como acesso a serviços ou bens. A necessidade de organizar um processo clínico do utente em suporte de papel é justificada pelo facto de haver muita informação (análises, relatórios de exames, entre outros) que não pode ser arquivada em suporte digital, por falta de um sistema de informação integrado. Assim, a organização do processo é da responsabilidade de cada gestor de caso e deve seguir uma orientação definida pela equipa, para facilitar a sua consulta pelos vários elementos da equipa.

A gestão de todo trabalho interdisciplinar depende dos instrumentos operacionais mencionados.

Estes servem também de instrumento de avaliação para a ECL e avaliações intercalares da equipa.

Objectivos:

- Definir Objectivos para a ECCI.
 - Identificar o Gestor de Caso.
 - Traçar o Plano de Intervenção Individual.
 - Descrever a forma de organização do processo do utente em suporte de papel.
-

Estratégias:

Identificação da necessidade de cuidados com a elaboração do plano de intervenção de enfermagem que deverá ser negociado com o cuidador. Designação do gestor de caso de entre a equipa de enfermagem disponibilização ao utente/família/cuidador de contacto telefónico de referência. Identificação da necessidade de cuidados e elaboração do plano de intervenção multidisciplinar. Realização de reunião da equipa multidisciplinar. Implementação do Plano de Intervenção. Identificação dos utentes com risco de úlcera de pressão e capacitação dos cuidadores no cuidado ao utente dependente. Avaliação do plano de intervenção. Aplicação dos inquéritos de avaliação de satisfação dos utentes e dos profissionais da ECCI.

Distribuir de forma sistematizada os utentes da ECCI ao enfermeiro, de acordo com a área de intervenção e formação específica (reabilitação, curativa, paliativa, entre outras).

Após a primeira visita domiciliária, na qual se efectua uma abordagem multidisciplinar, é necessário reunir a equipa multidisciplinar para construir o plano de intervenção individual para que no próximo contacto com o utente/cuidador se possa negociar as propostas de intervenção efectuadas.

Para facilitar a consulta do processo do utente, a equipa deve reunir e definir com quer que o processo seja organizado.

Indicadores:

- Objectivos definidos até 29 de Novembro de 2010.
 - Identificação do Gestor de Caso na primeira Visita Domiciliária da Equipa (VD).
 - Plano de Intervenção Individual concluído na Segunda VD.
 - Organização do processo do utente em suporte de papel na Primeira VD.
-

Actividade 3: Monitorização e acompanhamento da implementação

Actividade 3:**Monitorização e acompanhamento da implementação**

Fundamentação:

A monitorização e acompanhamento da implementação da ECCI baseia-se fundamentalmente nos objectivos e indicadores, em função de cada eixo preconizado no plano de acção, de forma a permitir acompanhar e gerir as actividades, possibilitando a adopção de medidas de correcção da mesma. A monitorização deverá ser feita pela ECCI no âmbito das suas competências, pela ECL enquanto equipa coordenadora local, pela ECR através da plataforma Web *gestcare* e pela Unidade de Apoio à Gestão do ACES, de acordo com as suas competências.

Objectivos:

- Reunir com a ARS Norte – Equipa Coordenadora Regional (ECR) e Equipa Coordenadora Local (ECL)
- Efectuar reuniões de equipa para avaliação intercalar.
- Disponibilizar informação no aplicativo *gestcare*.
- Prestar esclarecimentos e informações ao ACES
- Redigir actas das reuniões efectuadas.

Estratégias:

- Análise documental: processo do utente e circulares normativas e informativas da RNCCI.
- Realização de reuniões:
 - ✓ Da equipa recolha de informação, constituição de grupos de trabalho e análise dos casos clínicos.
 - ✓ Com a UCC para optimização de recursos.
 - ✓ Com ECL para acompanhamento dos casos clínicos.
 - ✓ Com os parceiros comunitários para delinear o plano de intervenção individual do utente admitido na ECCI.
- Criação de espaços/momentos para apreciação de propostas finais de documentos.
- Criação de espaços de análise dos objectivos e metas definidos.
- Redigir as actas das respectivas reuniões.

Indicadores:

- Reunir com a ARS Norte – Equipa Coordenadora Regional (ECR) e Equipa Coordenadora Local (ECL) até 25 de Fevereiro de 2011.
 - Reuniões mensais concretizadas.
 - Actas das reuniões redigidas e assinadas pelos presentes.
-

Apêndice IV

Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho

Actividade 4:**Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho.**

Fundamentação:

A ECCI pretende ser um espaço de formação e inovação. O desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados. A avaliação das necessidades formativas da ECCI será efectuada anualmente com base no compromisso assistencial da ECCI e no interesse e necessidades manifestadas pelos seus profissionais. Serão discutidas em reunião com a UCC e cada profissional indicará quatro áreas de interesse através do preenchimento de um formulário fornecido pela coordenadora da UCC. Mediante a informação recolhida, a ECCI em articulação com a UCC do ACES obriga-se elaborar um plano anual de formação dos seus profissionais que prestam mais de metade do seu horário semanal nessas unidades, aprovado pela coordenadora, tendo em conta o diagnóstico das necessidades da equipa e as necessidades individuais.

Objectivos:

- Elaborar um plano anual de formação.

Estratégias:

Para determinação das necessidades referidas no número anterior, serão utilizados instrumentos com entrevista, questionários, reuniões de equipa e conversas informais.

Os profissionais devem informar atempadamente a Coordenadora da UCC das acções de formação externa que pretendem frequentar.

O plano de formação deve ser aprovado pela Coordenadora na última reunião do ano anterior.

O plano de formação deve incorporar obrigatoriamente acções em contexto de trabalho.

As acções de formação interna serão deferidas pela Coordenadora da UCC.

Os elementos dispensados para frequentar acções de formação em serviço ficam obrigados a replicar essa formação aos restantes elementos da UCC e ECCI.

Indicadores:

- Plano de formação anual concluído até 15 de Dezembro de 2010.
-

Apêndice V

Satisfação

Actividade 5:

Satisfação

Fundamentação:

Relativamente à satisfação, sabemos que para a maioria dos utentes a satisfação está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à efectividade das terapêuticas e ao estado geral de saúde. O mesmo, não podemos dizer acerca dos profissionais que lá trabalham, uma vez que a satisfação profissional é um fenómeno complexo e com muitas variáveis, vivenciado pelos indivíduos como um estado comportamental derivado de fontes internas e externas. Por seu lado, e numa visão integradora, a satisfação profissional surge como sendo o resultado afectivo da motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho no trabalho e, portanto, sendo determinante para o desenvolvimento sustentado dos cuidados de saúde. A satisfação profissional nos serviços de saúde é considerada um elemento estrutural destes e está associada à sua qualidade e resultados, que, como se viu, estão relacionados com a satisfação dos utentes dos serviços. Para obter ganhos em termos de satisfação dos clientes, de optimização dos recursos, de reconhecimento pelas comunidades envolvidas, pode-se começar por colocar a tónica na vertente conformidade, na engenharia de processos, nas características mais intangíveis do serviço, nos aspectos relacionais do atendimento, na modernização das práticas de gestão, na liderança dos recursos humanos, no planeamento estratégico – ou em todas elas.

Objectivos:

- Construir instrumento de avaliação da satisfação profissional.
- Construir instrumento de avaliação da satisfação do utente/família

Estratégias:

- Realização de reuniões de equipa para recolha de informação no âmbito da satisfação profissional.
- Realização de reuniões com a UCC para constituição de grupos de trabalho.
- Elaboração de propostas de documentos para avaliar a satisfação profissional e a satisfação do utente/família.
- Criação de espaços/momentos para apreciação das propostas finais dos documentos.
- Submissão dos documentos a aprovação.

Indicadores:

- Instrumento de avaliação da satisfação profissional concluído até um ano após abertura da ECCI.
 - Instrumento de avaliação da satisfação do utente/família concluído até um ano após abertura da ECCI.
-

Apêndice VI

Cronograma de acompanhamento do desempenho dos objectivos

Actividade/Objectivos	Indicadores	Respon sáveis	Ano	2010	2010	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2012	
			Mês	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	
Actividade 1: Planeamento da Implementação da ECCI Construir o processo de candidatura de acordo com os requisitos impostos pela ECR. Elaborar acarta de compromisso. Construir o Manual de Articulação. Elaborar a proposta de Regulamento Interno. Realizar manual de acolhimento para os utentes. Colaboração na elaboração da carta compromisso	Candidatura concluída até 12 de Novembro de 2010.	A+B+C+ D+X+Y+ Z																	
	Manual de Articulação concluído até seis meses após da abertura da ECCI.																		
	Regulamento Interno concluído até seis meses após a abertura da ECCI.																		
	Carta de compromisso assinada até 31 de Janeiro de 2011.																		
	Manual de acolhimento para os utentes concluído até um ano após a abertura da ECCI.																		
Actividade 2: Operacionalização: transformar a ideia em acção Definir Objectivos para a ECCI. Identificar o Gestor de Caso. Traçar do Plano de Intervenção Individual. Descrever a forma de organização do processo do utente em suporte de papel.	Objectivos definidos até 29 de Novembro de 2010.	A+B+C+ D																	
	Identificação do Gestor de Caso na primeira Visita Domiciliária da Equipa (VD).																		
	Plano de Intervenção Individual concluído na Segunda VD.																		
	Organização do processo do utente em suporte de papel na Primeira VD.																		

Legenda: (A, B, C, D) – Enfermeiros; (X) – Médico; (Y) Assistente Técnico; (Z) Técnica social

Actividade/Objectivos	Indicadores	Respon sáveis	Ano	2010	2010	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2012	
			Mês	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro			
Actividade 3: Monitorização e acompanhamento da implementação Reunir com a ARS Norte – Equipa Coordenadora Regional (ECR) e Equipa Coordenadora Local (ECL) Efectuar reuniões de equipa para avaliação intercalar. Disponibilizar informação no aplicativo <i>gestcare</i> . Prestar esclarecimentos e informações ao ACES Redigir actas das reuniões efectuadas.	Reunir com a ARS Norte – Equipa Coordenadora Regional (ECR) e Equipa Coordenadora Local (ECL) até 25 de Fevereiro de 2011. Reuniões mensais concretizadas. Actas das reuniões redigidas e assinadas pelos presentes.	A+B+C+ D+X+Z																			
Actividade 4: Formação: factor determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho. Elaborar um plano anual de formação. Construir instrumento de avaliação da satisfação profissional. Construir instrumento de avaliação da satisfação do utente/família.	Plano de formação anual concluído até 15 de Dezembro de 2010.	A+B+C+ D+X+Y+ Z																			
Actividade 5: Satisfação Construir instrumento de avaliação da satisfação profissional. Construir um instrumento de avaliação da satisfação do utente/família.	Instrumento de avaliação da satisfação profissional concluído até um ano após abertura da ECCI. Instrumento de avaliação da satisfação do utente/família concluído até um ano após abertura da ECCI.	A+B+C+ D+X+Y+ Z																			

Legenda: (A, B, C, D) – Enfermeiros; (X) – Médico; (Y) Assistente Técnico; (Z) Técnica social

Apêndice VII

Definição de objetivos e indicadores para a ECCI

Objectivo	Indicador	Avaliação	
		Quem	Quando
1 - Realizar VD de enfermagem, 24 horas após admissão na ECCI	N.º de utentes com VD 24 H após admissão na ECCI / N.º total de utentes x 100	Enfermeiro	Anual
2 – Monitorizar o risco de úlcera de pressão (escala de Braden) em todos os utentes admitidos na ECCI	N.º de utentes com risco de desenvolverem úlcera de pressão / N.º total de utentes x100	Enfermeiro	Anual
3 – Monitorizar a evolução da úlcera de pressão em situação que já existe em todos os utentes admitidos na ECCI	N.º de utentes com úlcera de pressão / N.º total de utentes x 100	Enfermeiro	Anual
4 - Avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da admissão na ECCI	N.º de utentes com dependência elevada na admissão na ECCI / N.º total de utentes	Enfermeiro	Anual
5 – Avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da alta da ECCI	N.º de utentes com dependência elevada no momento da alta da ECCI / N.º total de utentes	Enfermeiro	Anual
6 – Monitorizar a dor a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da admissão	N.º de utentes com dor após admissão na ECCI / N.º total de utentes x 100	Enfermeiro	Anual
7 - Monitorizar a dor a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da alta	N.º de utentes com dor no momento da alta da ECCI / N.º total de utentes x 100	Enfermeiro	Anual
8 – Monitorizar a ocupação da ECCI	N.º de utentes admitidos / N.º total de vagas x 100	Enfermeiro	Anual

Apêndice VIII

Construção do Plano de Intervenção Individual

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE			
N U:		Nome	

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO (PII)

Data da admissão:		Origem:		Contacto:		Período do PII:	
----------------------	--	---------	--	-----------	--	-----------------	--

Área Profissional	Necessidades	Objectivos	Frequência de visitação	Avaliação	Compromisso/Tomada Conhecimento
Enfermagem/ Reabilitação					Prestador / Utente: <hr/> Técnico: <hr/>

Área Profissional	Necessidades	Objectivos	Avaliação	Compromisso/Tomada de Conhecimento
Social				Prestador / Utente <hr/> Técnico <hr/>

Apêndice IX

Delineação da organização do processo do utente em suporte de papel

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DO UTENTE EM SUPORTE DE PAPEL

1 – Ficha de Utente do Aplicativo Gestacare

2- Plano de Intervenção Individual.

3 – Cópia da última Avaliação de Enfermagem (Gestacare) e toda a informação relativa à avaliação de enfermagem.

4 - Cópia da última Avaliação Médica (Gestacare) e toda a informação relativa informação médica.

5 – Cópia da última Avaliação Social (Gestacare) e toda a informação relativa informação social.

6 – Outras Avaliações pertinentes.

7 – Notas de Evolução Clínica.

8 – Cópia do Consentimento Informado.

