

Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

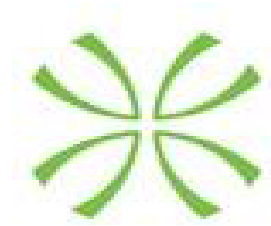
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
(RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e
eficiência do seu desenho e funcionamento
nomeadamente em Cuidados de Reabilitação

Dissertação de Mestrado

Rita Isabel Robalo Lourenço de Oliveira

Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde

Tomar, novembro de 2018



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
(RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e
eficiência do seu desenho e funcionamento
nomeadamente em Cuidados de Reabilitação

Dissertação de Mestrado

Orientada por:

Professor Doutor Eduardo Fontão Mont'Alverne Brou

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

Mestre Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde

Dedicatória

Dedico este trabalho indiscutivelmente aos meus filhos e marido. Aos meus filhos porque são crianças pequenas, mãe só têm uma e muitas vezes foram “deixados de lado” para que o *terminus* do mesmo fosse conseguido. Ao meu marido, porque sem ele nada disto seria possível.

Resumo

A RNCCI surge em Portugal como tentativa de resposta às alterações demográficas e de saúde que se verificam ao longo dos anos. Para um usufruto adequado desta, cada indivíduo submete-se a um processo de referenciação criterioso de origem e fins distintos. Nesta dissertação realiza-se um estudo aprofundado do referido processo e do funcionamento da RNCCI. Por conseguinte, este trabalho teve objetivos que passaram por analisar aprofundadamente o processo de referenciação de doentes para RNCCI, forma de ingresso dos mesmos na referida e prestação de cuidados na mesma. Para atingir os objetivos de análise processual e operacionalização do ingresso dos doentes na RNCCI, realizou-se uma revisão da literatura, pesquisa documental e processual e ainda uma análise processual através de técnicas de gestão. Para analisar a implementação prática do processo de referenciação e a funcionalidade da RNCCI a nível de cuidados prestados, realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa, recorrendo-se à entrevista semi-estruturada como técnica de recolha de dados e à análise de conteúdo dos mesmos. Da análise processual foi possível verificar que embora parecesse que o processo de referenciação e ingresso na Rede se encontra teoricamente em conformidade com as diretrizes existentes para esse fim e congruente, foi possível identificar pontos de melhoria tanto a nível da constituição das equipas intervenientes no referido processo como a nível da utilização do aplicativo Informático GestCareCCI. Os resultados obtidos através do estudo de caso revelam que na implementação prática do processo de referenciação e na operacionalização dos cuidados na RNCCI existem dificuldades associadas a aspetos como Recursos Humanos, Recursos Materiais, Recursos Institucionais, Tempo de Espera para Ingresso na RNCCI e Utilização de aplicativo GestCareCCI. Este estudo e a análise do processo permitiram sustentar sugestões de melhoria desta realidade.

Palavras-chave

RNCCI, ECCI, Reabilitação, Reengenharia de Processos

Abstract

The National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI) emerges in Portugal as an attempt of response to the demographic and health changes occurring over the years. In order to get the adequate care, each individual must undergo a thorough referencing process to determine the causes and specific goals to achieve. In this dissertation, a detailed study of the referencing process and functioning of the RNCCI will be presented. Hence, the aim of this study is to analyse the referencing process of RNCCI patients, how they became eligible to enter the programme and the health care provision provided. To achieve the process analysis aims and admission of patients to RNCCI, documental and process research has been done along with process analysis employing management techniques. To analyse the fulfilment of the referencing process and the functioning of the RNCCI as far as healthcare provision is concerned, a case-study, based on a qualitative approach, has been carried out, applying semi-structured interviews, enabling the collation and analysis of data.

Theoretically, the referencing process and admission of patients to RNCCI comply with the existing guidelines and is congruent. Nevertheless, after analysing and studying the process, improvements may be undertaken, namely in the constitution of the care staff teams involved in the process and usage of the computer programme GestCareCCI.

The results compiled show that there are some problems in the effective implementation of the referencing process and healthcare provision in RNCCI. These issues arise in different areas such as Human Resources, Material Resources, Institutional Resources, Waiting Time to be admitted in RNCCI and Usage of the Computer Programme GestCareCCI. This study and the process analysis revealed improvement suggestions for this reality.

Keywords

RNCCI, ECCI, Rehabilitation, Reengineering of Processes

Agradecimentos

Depois deste percurso algo doloroso e difícil, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas em especial por toda dedicação e disponibilidade que manifestaram para me ensinar a realizar todo este caminho. Neste sentido, nomeio aqui duas delas:

Professor Doutor Eduardo Fontão Mont'Alverne Brou da Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar meu orientador nesta dissertação;

Mestre Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, minha coorientadora neste trabalho;

De um modo mais genérico agradeço a todos os profissionais que permitiram a realização do estudo de caso e principalmente àqueles que se disponibilizaram para participarem no mesmo. Para além disso, agradeço aquelas pessoas que foram de extrema importância em todos os momentos deste percurso porque se mantiveram sempre ao meu lado procurando motivar-me e acarinhar-me - os meus amigos e familiares.

Um agradecimento muito especial à minha família por tudo o que conseguiu suportar para que eu aqui chegasse.

Muito obrigado a todos!

Índice

Índice de Figuras	XV
Índice de Quadros	XVII
Lista de Abreviaturas e Siglas	XIX
Capítulo 1: Introdução	1
Capítulo 2: Enquadramento teórico	5
2.1 Breve Contextualização da Saúde em Portugal	5
2.2 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	8
2.2.1 Constituição e objetivos.....	9
2.2.2 RNCCI como rede inter-organizacional	13
2.2.3 Gestão, coordenação e controlo.....	16
2.2.4 Processo de referenciação de doentes	22
2.2.5 Cuidados de saúde prestados.....	29
2.2.5.1 Cuidados de Reabilitação.....	35
Capítulo 3: Análise da congruência processual da referenciação de doentes para a RNCCI	41
3.1 Análise da Congruência do Processo Geral.....	41
3.2 Análise aprofundada do processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI desde o Hospital até à ECCI	43
3.2.1 Breve Revisão da Literatura sobre Reengenharia de Processos.....	44
3.2.2 Análise aprofundada do processo de referenciação desde o CHMT até à ECCI – Aplicação da Reengenharia de processos – Processo “ <i>As Is</i> ”	49
3.2.3 Projeção do processo “ <i>To Be</i> ”	56
Capítulo 4: Estudos existentes sobre a RNCCI	59
Capítulo 5: Estudo de Caso	69
5.1 Introdução/Objetivos	69
5.2 Caracterização do Centro Hospitalar Médio Tejo e do ACES do Médio Tejo.....	70
5.3 Metodologia.....	74
5.3.1 Abordagem Metodológica.....	74
5.3.2 Considerações Éticas.....	77
5.3.3 Participantes do Estudo.....	78
5.3.4 Método de Amostragem	80
5.3.5 Método de Recolha de Dados	80

5.3.6 Instrumento de Recolha de Dados	81
5.3.7 Método de Análise de Dados	81
5.4 Apresentação dos Dados e Discussão dos Resultados	82
5.4.1 Implementação Prática do Processo de Referenciação de Pessoas Dentes para a RNCCI	85
5.4.2 Operacionalização dos Cuidados na RNCCI	102
Capítulo 6: Conclusões.....	117
Referências Bibliográficas	123
Anexos.....	133
Anexo I (Consentimento Informado da RNCCI)	135
Anexo II (Relatório médico para o processo de referenciação de doentes para a RNCCI)	139
Anexo III (Referência de Enfermagem para a RNCCI)	141
Anexo IV (Avaliação da Assistente Social para o processo de referenciação de doentes para a RNCCI).....	143
Apêndices	147
Apêndice I (Processo de pedido de autorização à Direção do ACES Médio-Tejo e à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT para realização de entrevistas)	149
Apêndice II (Consentimento Informado para a realização das entrevistas – Via do Investigador e do Participante).....	157
Apêndice III (Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHMT para realização de entrevistas)	163
Apêndice IV (Guião de Entrevista Semi-Estruturada aos Profissionais Prestadores de Cuidados da RNCCI)	167
Apêndice V (Guião de Entrevista Semi-Estruturada aos Utentes/Cuidadores Informais dos Utentes Cuidados na RNCCI)	173
Apêndice VI (Guião de Entrevista Semi-Estruturada aos Profissionais Referenciadores de Doentes para a RNCCI).....	179
Apêndice VII (Exemplar do Protocolo de Entrevista)	185
Apêndice VIII (Codificação – Nós em árvore WebQDA).....	195
Apêndice IX (Codificação – Árvore de códigos WebQDA).....	199

Índice de Figuras

Figura 1: Evolução demográfica de Portugal de 2015 (estimativa) a 2080 (projeções).....	6
Figura 2: Representação Esquemática do Sistema de Cuidados de Saúde.....	7
Figura 3: Representação Esquemática da Constituição da RNCCI.....	9
Figura 4: Percursos possíveis do utente desde o início da referenciação até à RNCCI	22
Figura 5: Interação entre os diferentes agentes intervenientes no processo de referenciação de doentes para a RNCCI	25
Figura 6: Dinâmica do processo de referenciação de doentes para a RNCCI.....	26
Figura 7: Processo a analisar através da aplicação da Reengenharia de processos	43
Figura 8: Diagrama 1 – Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da equipa multidisciplinar funcional à EGA.....	50
Figura 9: Diagrama 2 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da EGA à ECL	51
Figura 10: Diagrama 3 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da ECL à ECCI (início)	52
Figura 11: Diagrama 4 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da ECL à ECCI (continuação)	53
Figura 12: Diagrama 5 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Na ECCI.....	55
Figura 13: Diagrama 6 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da equipa multidisciplinar funcional à ECL	56
Figura 14: Diagrama 7 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da ECL à ECCI	57
Figura 15: Identificação das entidades do estudo de caso	69
Figura 16: Área de abrangência do CHMT E.P.E.	71
Figura 17: Unidades Hospitalares constituintes do CHMT E.P.E.....	71
Figura 18: Área de atuação do ACES Médio – Tejo.....	73
Figura 19: Organização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – Cuidados de Saúde Primários.....	74

Índice de Quadros

Quadro 1: Cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Internamentos	11
Quadro 2: Cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – cuidados paliativos	12
Quadro 3: Cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – ambulatório e cuidados domiciliários.....	12
Quadro 4: Requisitos gerais e específicos de Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados – Internamento.....	18
Quadro 5: Requisitos gerais e específicos de Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados – Ambulatório/Domicílio	19
Quadro 6: Funções da UMCCI definidas pelo Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho...	20
Quadro 7: Funções da UMCCI definidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro.....	21
Quadro 8: Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Ambulatório, Cuidados domiciliários e Cuidados paliativos	23
Quadro 9: Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Internamento.....	24
Quadro 10: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa Multidisciplinar de cuidados	26
Quadro 11: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa de Gestão de Altas.....	27
Quadro 12: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa de Coordenação Local.....	27
Quadro 13: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa de Coordenação Regional.....	28
Quadro 14: Periodicidade de preenchimento dos módulos de informação obrigatórios por equipas e unidades da RNCCI – EGA, Equipas referenciadoras do ACES e ECCI.....	33
Quadro 15: Periodicidade de preenchimento dos módulos de informação obrigatórios por equipas e unidades da RNCCI – Unidades de Internamento.....	34

Quadro 16: Modelo de aplicação da Reengenharia de Processos segundo Sharp & McDermott (2001).....	46
Quadro 17: Categorização e esquematização dos dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas.....	84
Quadro 18: Temas, Categorias e Subcategorias inerentes à Implementação prática do processo de referenciação de doentes para a RNCCI.....	86
Quadro 19: Temas, Categorias e Subcategorias inerentes à Operacionalização dos cuidados na RNCCI.....	102

Lista de Abreviaturas e Siglas

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSLTV- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CCI – Cuidados Continuados Integrados

cfr. - conforme

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CI – Consentimento Informado

CIF – Classificação Internacional para a Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNCRNCCI - Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPE ou E.P.E. – Entidade Pública Empresaria

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

ISO - International Organization for Standardization

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDS – Plataforma de Dados da Saúde

S.A – Sociedade Anónima

PNS – Plano Nacional da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SIRNCCI – Sistema de Informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TI – Tecnologias de Informação

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDPA – Unidade de Dia e Promoção da Autonomia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Local de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UP – Úlceras de Pressão

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Capítulo 1: Introdução

O envelhecimento populacional revela-se ser uma realidade das sociedades ocidentais e como tal também verificada em Portugal. Este efeito deriva de um conjunto de aspetos como a diminuição da natalidade, e o aumento da esperança média de vida. Segundo a Comissão Europeia (2010), na União Europeia, a percentagem de indivíduos idosos tem vindo a aumentar, esperando-se que até ao ano de 2060, 30% das pessoas terão 65 ou mais anos. De acordo com ACSS (2007) o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2004) indica que nos próximos anos, é espectável que esta realidade se mantenha e até que Portugal, se torne um dos países da União Europeia com maior número de idosos e menor percentagem de população ativa, (em 2050), tendendo até essa data a duplicarem os números.

Ao longo dos tempos a morbilidade das populações tem vindo a alterar-se. Constata-se que cada vez mais perduram as doenças classificadas como crónicas e incapacitantes, resultando na existência de um maior número de pessoas mais dependentes de outros. De acordo com os dados do INE relativos a 2011 (2012), em Portugal:

- “cerca de 16% das pessoas entre os 15 e os 64 anos tinham simultaneamente problemas de saúde prolongados e dificuldades na realização de atividades básicas” (p.1);
- “cerca de 50% da população idosa tinha muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia” (p.1);
- “entre os 65-69 anos, a taxa de incidência de pelo menos uma incapacidade¹ funcional afeta 30% dessas pessoas” (p.7).

Face aos dados apresentados, revela-se importante perceber as respostas que a comunidade portuguesa apresenta para esta realidade, que cuidados tem para oferecer, que instituições, que apoio é oferecido.

Em Portugal, em 2006 desenvolveu-se uma iniciativa conjunta do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social, como resposta a tais preocupações. Esta concretiza-se na constituição de uma rede inter-organizacional denominada Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede). Através da publicação do Decreto-Lei

¹ Segundo o Livro Branco de Medicina Física e Reabilitação na Europa (2009, p. 22) “a incapacidade é frequentemente utilizada como termo abrangente para incapacidades físicas”.

nº101/2006 de 6 de junho, assume-se como possível resolução para a fraca oferta de apoios existentes no país. A necessidade de vagar camas do internamento hospitalar para pessoas em situações de doença aguda revela-se imperativo, embora, por vezes se verifique na prática, um aumento do número de dias de internamento, dificultando a oferta de cuidados diferenciados mais adequada àqueles que deles necessitam. Acresce ainda a necessidade de melhor apoiar as pessoas com doença crónica² e até em situação terminal, bem como as suas famílias na comunidade. Revela-se também imperativo para que não exista uma procura menos adequada aos cuidados de saúde, ou seja, pessoas em situações não urgentes ou emergentes ou ainda com patologias crónicas com ausência de agudização recorrerem aos cuidados hospitalares, em vez dos cuidados de saúde primários. Esta iniciativa do Estado procurou também controlar os maiores gastos a nível da despesa da saúde (Casey et al., 2003). Acresce ainda que a monitorização da eficiência das instituições hospitalares centrada, por exemplo, nas taxas de ocupação, nos reinternamentos, nas demoras médias, revela que a prestação de serviços nos cuidados diferenciados a pessoas doentes com situação de doença em fase aguda deve seguir uma outra linha.

No Reino Unido e devido ao facto de se verificar a mesma tendência populacional e consequentemente as mesmas necessidades a nível da saúde e de cuidados prolongados, a Audit Commission (2004) revelou que o aumento do tempo de internamento hospitalar dos idosos era influenciado pelo investimento e tipo de cuidados realizados a nível do domicílio, isto é, a nível da prevenção e reabilitação. É neste sentido que Huber (2007) refere que ao nível dos cuidados de longa duração, ou seja, cuidados continuados, existem diversos serviços prestados por diferentes sistemas de prestação de cuidados, tanto ao nível da saúde como a nível social.

Foi com base neste princípios que em Portugal surgiu a RNCCI, disponibilizando diferentes cuidados através de distintas unidades e equipas, respondendo a determinados critérios. As unidades passam pela tipologia de internamento e ambulatório e as equipas por cuidados domiciliários. No entanto, embora esta solução exista, ainda é uma realidade a pessoa doente aguardar vaga de ingresso na Rede, no seu domicílio ou em internamento

² Doença crónica ou problema de saúde prolongado: doença que dura, ou se prevê venha durar um tempo longo, habitualmente mais do que seis meses. Geralmente necessita intervenção médica para a sua cura ou controlo (INE, 2017, p.1)

hospitalar, uns tendo que se sujeitar a cuidados menos adequados às suas necessidades, através de equipas dos Cuidados de Saúde Primários menos especializadas, e outras usufruindo de cuidados diferenciados, mas ocupando o lugar de outra pessoa doente com necessidades agudas (Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2011 de 30 de março).

Face à realidade exposta, a presente dissertação teve como impulsionadora a experiência laboral do investigador no que respeita ao contacto com situações de assistência reduzida dos doentes, nomeadamente em cuidados de reabilitação, após a relação com as instituições de saúde de referência. Neste sentido, esta dissertação tem como objetivo geral analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente aspetos referentes às debilidades dos cuidados de reabilitação, nela oferecidos. Assim, tem como objetivos específicos:

- (1) analisar teoricamente, sob a perspetiva processual, a congruência e lógica do percurso do doente desde as instituições referenciadoras, ingresso na RNCCI e a funcionalidade dentro desta (com especial atenção ao enquadramento das atividades de reabilitação), apelando às técnicas desenvolvidas pela ferramenta de Gestão Reengenharia de Processos;
- (2) analisar o processo de operacionalização da referenciação e triagem dos doentes para a RNCCI;
- (3) Analisar a implementação prática das soluções processuais referidas;
- (4) Caracterizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma;

Com o intuito de atingir os diferentes objetivos, recorreu-se a distintos procedimentos. Neste sentido, numa primeira fase, para cumprir os objetivos (1) e (2), realizou-se uma revisão da literatura de assuntos de interesse como RNCCI e Reengenharia de Processos, pesquisa documental e processual e ainda uma análise processual através da aplicação da ferramenta de gestão já referida - Reengenharia de processos. Nesta fase investiu-se na análise da legislação emanada sobre os diferentes aspetos, passo-a-passo; na compreensão da forma como cada entidade referenciadora (Hospital e Centro de Saúde) procede à referenciação das pessoas doentes.

Numa segunda fase, foram analisados estudos já existentes sobre a RNCCI, processos de referenciação de doentes para a RNCCI, sistemas de informação ligados à Rede e cuidados

prestados na mesma. Para além disso, foi desenvolvido um estudo empírico qualitativo – um estudo de caso - na área geográfica do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), em que foram realizadas entrevistas semi-estruturadas aos diferentes intervenientes da Rede (utentes e profissionais). Estas permitiram a compreensão dos cuidados esperados e realmente prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da RNCCI. Assim como, ter a perceção da opinião dos profissionais prestadores de cuidados e dos utentes/cuidadores informais (cuidados pelas ECCI), sobre a RNCCI. Os dados obtidos foram confrontados com os dos estudos pré-existent e os resultantes da análise processual elaborada, de modo a compreender a implementação prática das soluções processuais estudadas (objetivo 3) e caracterizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma (objetivo 4).

O trabalho está organizado em seis capítulos, dos quais o primeiro é este capítulo introdutório. No capítulo 2, primeiramente faz-se uma abordagem ao contexto sociodemográfico da saúde em Portugal. Posteriormente, realiza-se o enquadramento teórico sobre os diferentes aspetos da RNCCI, dos quais constituição, onde se discrimina a tipologia das unidades e equipas nela existentes, os seus objetivos, o processo de referenciação de doentes e os cuidados de saúde, incidindo os de reabilitação. No Capítulo 3, desenvolve-se uma análise teórica da congruência processual da referenciação de doentes aplicando a Reengenharia de processos fazendo usufruto de algumas das suas diversas ferramentas. O Capítulo 4 resume os resultados obtidos em diversos estudos relativos à RNCCI e ao processo de referenciação de doentes, sistemas de informação ligados à Rede e cuidados prestados na mesma. No Capítulo 5 procede-se à pormenorização do estudo empírico realizado, revelando o desenho metodológico seguido e os resultados obtidos. Por fim, no Capítulo 6, apresentam-se as conclusões do trabalho, enumerando sugestões de melhoria processual da referenciação de doentes e orientações para trabalhos futuros.

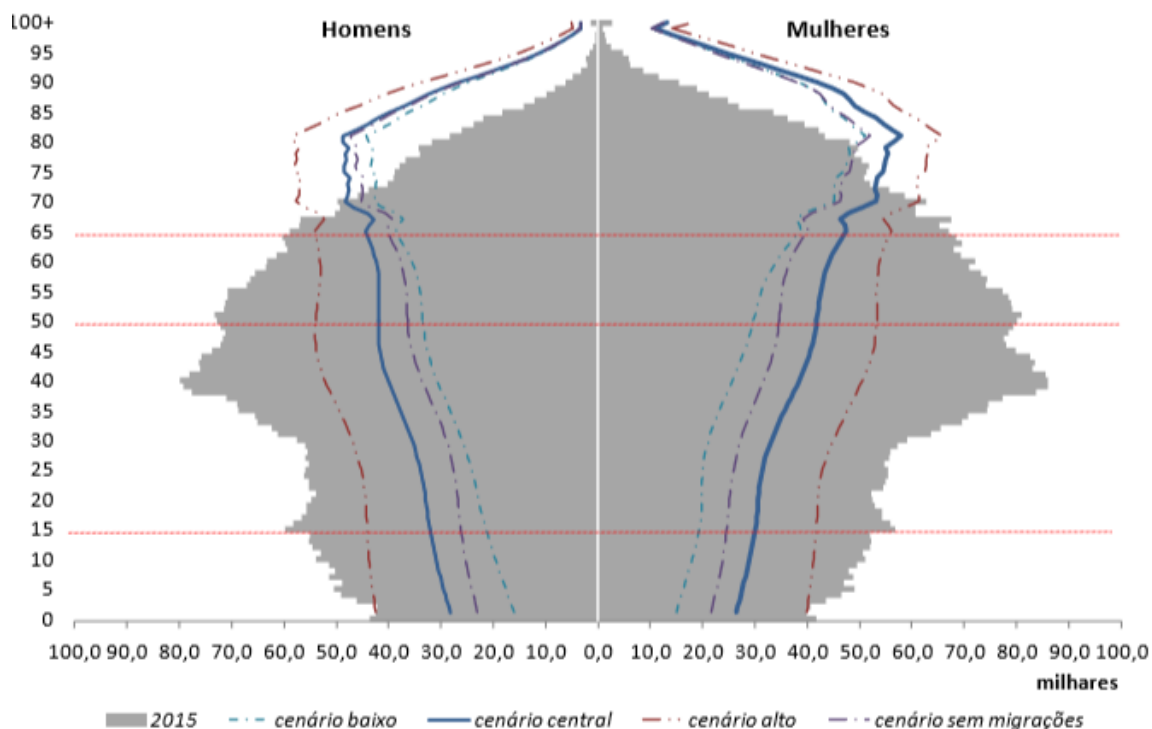
Capítulo 2: Enquadramento teórico

O setor da saúde revela-se ser um dos mais complexos da sociedade e ganha importância quando afeta de diferentes modos cada indivíduo. Como tal, a gestão na saúde constitui uma área de grande responsabilidade, na medida em que deve procurar inovar na busca de novas soluções para a realidade quotidiana, permitindo uma melhoria dos cuidados e no acesso a estes mesmos. Neste sentido, a realização deste trabalho incide em aspetos relacionados com uma rede recente de instituições de saúde de nome RNCCI. Por conseguinte, neste capítulo serão afluídos temas como Contexto de Saúde em Portugal e RNCCI. Inseridos no segundo tópico, serão abordados assuntos como, a visão sobre entidade em estudo como rede inter-organizacional, constituição e objetivos da Rede, processo de referenciação de doentes e cuidados de saúde prestados.

2.1 Breve Contextualização da Saúde em Portugal

Atualmente a sociedade é muito diferente daquela que existia há umas décadas e apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, que permitem uma melhoria das condições de vida, o indivíduo fica sujeito a inúmeras instabilidades no seu quotidiano, que por vezes se refletem em alterações a nível da saúde. Além disso, os avanços médico-cirúrgicos, a promoção da saúde e a prevenção das doenças, espelham-se num aumento da longevidade da pessoa, com significativo crescimento do número de indivíduos pertencentes ao grupo etário dos idosos (Patrício, Ribeiro, Hoshino & Bocchi, 2008). Este aumento da esperança média de vida, traduz-se na alteração da demografia dos países mais desenvolvidos, apresentando estes uma pirâmide demográfica que revela uma presença cada vez mais marcada de pessoas idosas comparativamente com os indivíduos de classes etárias mais jovens e Portugal não é exceção (Direção Geral da Saúde [DGS], 2004) como se pode verificar na Figura 1. Estes factos incorrem num aumento global de indivíduos com doenças crónicas incapacitantes (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2010).

Figura 1: Evolução demográfica de Portugal de 2015 (estimativa) a 2080 (projeções)



Fonte: INE (2017)

Num outro extremo etário, nas idades mais jovens, surgem cada vez mais um elevado número de pessoas, portadoras de deficiência e conseqüente restrição de participação (resultantes de acidentes de viação, de trabalho e em conseqüência de diversas situações de doença) (Gomes & Ferreira, 2010). Atendendo aos dados dos Censos de 2011, verificou-se que em Portugal, cerca de 16% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos apresentam problemas de saúde prolongados e dificuldades na realização de atividades básicas. Acresce ainda que aproximadamente 50% da população idosa refere bastante dificuldade ou não consegue realizar, pelo menos uma das diversas atividades diárias (INE, 2012). Tais factos, associados ao enquadramento socio-económico médio das famílias, impulsionaram a estruturação dos serviços de saúde, como se pode observar na Figura 2, perspectivando uma continuidade de cuidados além da oferta dos cuidados de saúde primários e diferenciados (Loureiro, Brou & Fernandes, 2017).

Figura 2: Representação Esquemática do Sistema de Cuidados de Saúde



Fonte: Elaboração própria

Atendendo a todas as alterações demográficas conjuntamente com o fenómeno de aumento das causas de incapacidade nas pessoas mais jovens e o que estas acarretam a nível da saúde, houve necessidade de adaptar o sistema de saúde de modo a melhor responder às necessidades da população. Em Portugal, a proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um direito assegurado pelo Estado desde 1976. Esta é possível em entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde como Centros de Saúde, Hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS) (SNS, 2016). Neste sentido, para além destas entidades prestadoras de cuidados, surgiu em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como resultado da união das preocupações no âmbito da saúde e da segurança social (SNS, s.d) pela emissão do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. Neste contexto, enumeram-se algumas razões pelas quais este tipo de rede se forma: necessidade de reduzir custos; necessidade de desbloquear camas nos internamentos hospitalares;

necessidade de apoiar, de forma personalizada, populações dependentes, perspectivando uma melhor qualidade de vida, liberdade de escolha e autonomia (Andersson & Karlberg, 2000).

2.2 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ou simplesmente Rede, é uma entidade de saúde que promove a reflexão sobre o papel dos cuidados diferenciados e reforça o dos cuidados de saúde primários. Objetiva proporcionar cuidados que promovam a qualidade de vida da pessoa doente enfatizando a reabilitação, ganhos de autonomia e aquisição de poder de participação dos utentes e seus familiares (Fernandes, 2013). A sua atividade centra-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência³. Os cuidados centram-se na recuperação da pessoa, promovendo a sua autonomia e permitindo uma melhoria da sua funcionalidade⁴. Neste sentido, integra um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam os referidos cuidados, representando um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017).

É neste contexto que se revela importante definir a expressão *cuidados continuados integrados*, que podem ser considerados como

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”

(Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho).

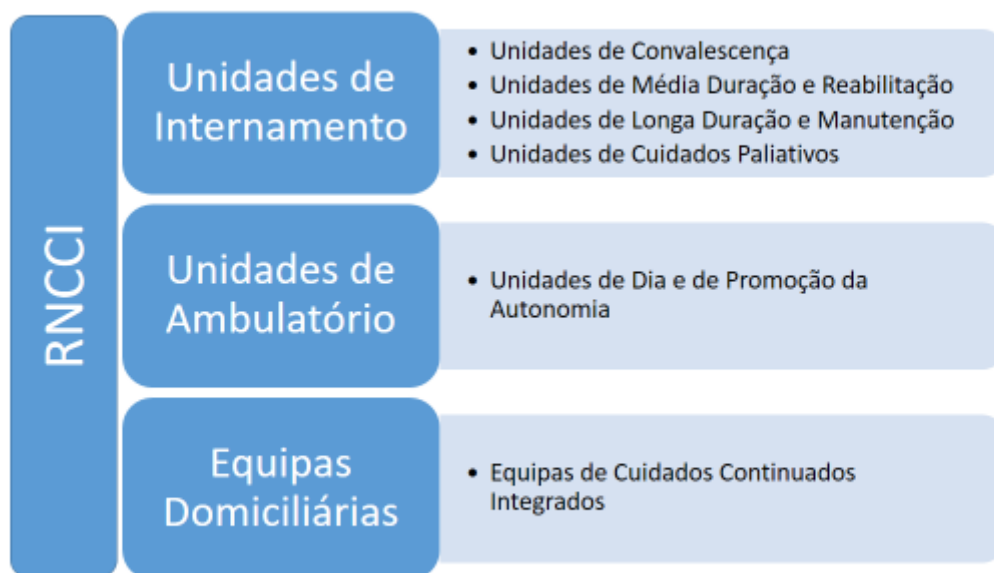
³ Dependência é a “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diárias” (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho).

⁴ “Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação” ambas interagem com fatores contextuais (ambientais e pessoais) (CIF, 2004, p.7).

2.2.1 Constituição e objetivos

A RNCCI encontra-se inserida no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social e é constituída por distintas tipologias de unidades e equipas, quatro de internamento - Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), uma de ambulatório - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA) e uma de cuidados domiciliários - Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), excluindo a rede instituições pediátricas e de saúde mental, tal como se pode observar na figura 3. Nestas são prestados diferentes tipos de cuidados de saúde, de acordo com critérios definidos. Todas estas tipologias foram pensadas de forma a abranger um maior leque de respostas a possíveis realidades de comportamentos sociais e familiares da comunidade portuguesa. Realidades estas que pudessem incorrer numa necessidade de cuidados prolongados (continuados) devido a situações de perda de autonomia e ganho de dependência, numa lógica de proximidade entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde e a população com determinadas necessidades, (ACSS, 2017; Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Figura 3: Representação Esquemática da Constituição da RNCCI



Fonte: Elaboração própria

A Rede foi constituída com o objetivo de lutar

“...contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo, de uma maneira mais eficaz, as iniquidades e desigualdades, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos” (ACSS, 2017, p.4).

O objetivo geral desta entidade centra-se em prestar cuidados a pessoas que se encontrem em situação de dependência. Os objetivos específicos definidos foram:

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

(Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

Constata-se que a Rede tem como principal preocupação a recuperação global das capacidades do indivíduo ou apenas a sua manutenção, para além dos cuidados de prevenção ou dos tratamentos necessários que a fase aguda da doença requer. Por conseguinte, estes aspetos incidem sobretudo na reabilitação, readaptação, reintegração social e na provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho). No Subcapítulo 2.2.1 do enquadramento teórico encontram--se os Quadros 1, 2 e 3 que descrevem as diferentes unidades e equipas prestadoras de cuidados da Rede referidas anteriormente, identificando-se os cuidados nela prestados.

Quadro 1: Cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI –Internamentos

Unidade /Equipa	Descrição	Cuidados Prestados
UC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É uma unidade de internamento para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. ✓ Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. ✓ Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados médicos permanentes; ✓ Cuidados de enfermagem permanentes; ✓ Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; ✓ Prescrição e administração de fármacos; ✓ Cuidados de fisioterapia; ✓ Apoio psicossocial; ✓ Higiene, conforto e alimentação; ✓ Convívio e lazer.
UMDR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É uma unidade de internamento para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. ✓ Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação já referida. ✓ Tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. ✓ Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados médicos diários; ✓ Cuidados de enfermagem permanentes; ✓ Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; ✓ Prescrição e administração de fármacos; ✓ Apoio psicossocial; ✓ Higiene, conforto e alimentação; ✓ Convívio e lazer.
ULDM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependências que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio; ✓ Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência favorecendo o conforto e a qualidade de vida. ✓ Internamento com período superior a 90 dias consecutivos. Também é possível internamentos de menor duração, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades de manutenção e de estimulação; ✓ Cuidados de enfermagem diários; ✓ Cuidados médicos; ✓ Prescrição e administração de fármacos; ✓ Apoio psicossocial; ✓ Controlo fisiátrico periódico; ✓ Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; ✓ Animação sócio-cultural; ✓ Higiene, conforto e alimentação; ✓ Apoio no desempenho das atividades da vida diária, incluindo as instrumentais.

Fonte: Quadro realizado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho

Quadro 2: Cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – cuidados paliativos

Unidade/Equipa	Descrição	Cuidados Prestados
UCP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É uma unidade de internamento para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados médicos diários; ✓ Cuidados de enfermagem permanentes; ✓ Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; ✓ Prescrição e administração de fármacos; ✓ Cuidados de fisioterapia; ✓ Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; ✓ Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; ✓ Atividades de manutenção; ✓ Higiene, conforto e alimentação; ✓ Convívio e lazer.

Fonte: Quadro realizado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho

Quadro 3: Cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – ambulatório e cuidados domiciliários

Unidade/Equipa	Descrição	Cuidados Prestados
ECCI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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, 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa; ✓ Cuidados de fisioterapia; ✓ 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 atividades da vida diária; ✓ Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; ✓ Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.
UDPA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. ✓ Deve articular-se com unidades da RNCCI ou com respostas sociais já existentes; ✓ Deverá funcionar 8h por dia, no mínimo nos dias úteis. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades de manutenção e de estimulação; ✓ Cuidados médicos; ✓ Cuidados de enfermagem periódicos; ✓ Controle fisiátrico periódico; ✓ Apoio psicossocial; ✓ Animação sócio-cultural; ✓ Alimentação; ✓ Higiene pessoal, quando necessária.

Fonte: Quadro realizado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho

Para os fins mencionados, em todas as unidades/equipas exercem funções profissionais de várias áreas da saúde, desde Enfermeiros (generalistas, especialistas entre os quais de Reabilitação), Fisioterapeutas, Médicos e Assistentes Sociais, dependendo dos cuidados necessários a cada pessoa doente (ACSS, 2017).

As unidades onde se prestam cuidados de reabilitação são as Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Contudo, torna-se importante explicitar que além das tipologias identificadas, mais recentemente surgiram outras de cuidados mais específicos a crianças e a pessoas com situação de doença da área de saúde mental (cfr. n.º 1 do artigo 6.º da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro & Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro).

2.2.2 RNCCI como rede inter-organizacional

O fenómeno abordado neste estudo passa pela entidade organizacional de nome Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tornando-se relevante ter uma abordagem sobre o mesmo na perspetiva da sua essência como o seu próprio nome indica - Rede. Sabe-se que a RNCCI é constituída por um conjunto de instituições/organizações que ao longo do tempo se têm apresentado em número crescente, conquistando o seu lugar na sociedade portuguesa como solução inovadora.

Têm sido vários os autores a estabelecerem definições para o conceito de rede inter-organizacional. Provan, Fish & Sydow (2007) indicam que trabalhar em rede implica que as organizações que a constituem interajam mutuamente, reunindo esforços para alcançar um objetivo comum. Para Castells (1999) rede é um sistema de meios estruturados com intuito de obter objetivos específicos. Seguindo esta ideia, Mance (1999) refere que as redes são um conjunto complexo de relações entre entidades onde vêm as suas competências dinamizadas com intuito final de chegar a objetivos comuns ou complementares. Acresce que esta realidade concorre para um reforço do agregado organizacional. Pesãmaa (2006) declara que a rede pode ser vista como o resultado de grupos cooperativos formados por diversas instituições que criam laços formais e sociais entre si e que partilham interesses, objetivos, características funcionais, posição geográfica para o mesmo horizonte temporal. A rede é uma estrutura que para a sua coesa existência

terá que usufruir de uma devida gestão e coordenação (Duarte, 2010). Thompson (2003) distingue gestão e coordenação, que embora tenham os dois um sentido de relacionamentos ordenados, o segundo revela-se mais restrito que o primeiro.

Atendendo ao aspeto de relacionamentos ordenados entre diferentes instituições individuais que se dispõem em rede, Pesämaa (2006) apresenta um modelo democrático e participativo na sua organização, marcado pela existência de descentralização e distribuição do poder numa estrutura horizontal, refletindo uma abertura às diferenças culturais, na busca de objetivos comuns. Simões & Soares (2003, p. 11), referem que numa “rede interorganizacional a hierarquização manifesta-se essencialmente pelo posicionamento de um actor mais ou menos central no desenrolar da acção; uma vez que não faz sentido ser utilizada a preponderância hierárquica tradicional entre duas organizações diferentes e autónomas”.

Para a revelação de uma melhor performance, as redes inter-organizacionais devem basear-se em valores como reciprocidade, confiança, cooperação, comprometimento inter-organizacional, lealdade (Simões & Soares, 2003), partilha de poder, colaboração (Loong e Keng-Boon, 2008) e partilha de conhecimento interinstitucional como base para a inovação (Dawes, 2008). Provan et al (2007) denominam estes valores como características e fatores relacionais, especificando interação social, relacionamento, conectividade, colaboração, ação coletiva, confiança e cooperação. Seguindo estas linhas de pensamento, também Katz et al. (2000), Arino (2003), Trigo (2005), Franco, Mainardes & Martins, (2011), Barbeira, Franco, & Haase (2012) Barbeira et al. (2012) partilham a opinião de que a confiança é um atributo importantíssimo para um relacionamento inter-organizacional em rede. Relações baseadas na confiança permitem uma redução na procura de novos parceiros e facilitam a busca pelo restabelecimento de relações com organizações onde já investiram confiança anteriormente (Arino, 2003). Barbeira et al. (2012) acrescentam que este sentimento tem grande influência na continuidade e manutenção dos relacionamentos entre instituições, promovendo o acesso e partilha de conhecimento. Assim, Franco et al (2011) mencionam que a confiança está adjacente ao sentimento de responsabilidade e compromisso e o trabalho desenvolvido em rede promove melhores níveis desses sentimentos. Por último, Katz et al. (2000), declaram que na sua perspectiva para alcançar objetivos e metas de uma rede inter-organizacional, é indispensável a existência de uma atitude de forte compromisso.

Para se conseguir um desenvolvimento consistente das instituições, assim como das suas capacidades de competitividade tanto a nível local como regional, torna-se necessário cooperação entre as mesmas (Lundvall, 2003). Neste sentido, para se verificar uma maior competitividade organizacional, revelando uma melhor eficiência operacional, o ambiente organizacional torna-se relevante para a melhor progressão e evolução da rede inter-organizacional (Loong & Keng-Boon, 2008). Para o desenvolvimento dessa eficiência, os referidos autores acrescentam que é necessário a implementação de uma gestão, mais que efetiva, eficiente, algo que revela ser característica do funcionamento em rede, permitindo realidades como redução de custos ou o aumento da satisfação de cliente, importantes no desenvolvimento de uma organização.

Na génese de uma entidade deste tipo podem ser identificadas três etapas - negociação, compromisso e execução - estando estas envolvidos entre si sequencialmente de forma repetitiva na procura de eficiência e equidade, determinando a viabilidade e o sucesso da rede (Cunha & Melo, 2006). *Negociação* corresponde ao desenvolvimento de expectativas sobre as motivações, investimentos e incertezas inerentes ao negócio a que vão desenvolver em conjunto (as organizações); *Compromisso* será o momento em que se definem as normativas e obrigações inerentes às novas relações; *Execução* é a implementação das normas e compromissos determinados na fase anterior (*idem*). De modo a melhorar a competitividade da rede inter-organizacional, Balestro, Antunes, Lopes & Pellegrin (2004) referem que atributos como flexibilidade e capacidade de adaptação revelam-se importantes. Cunha e Melo (2006) defendem que aspetos como o refinamento dos sistemas de gestão de um planeamento a longo prazo, a confiança e os mecanismos de controle e coordenação mais sofisticados permitem o desenvolvimento de relacionamentos inter-organizacionais mais eficazes.

Atendendo ao exposto, a RNCCI surge como entidade pertencente ao SNS na medida em que se encontra sob tutela do Estado que vem tentar solucionar a existência lacunar na articulação institucional de saúde e domicílio dos utentes. Apresenta-se como um sistema de nível intermédio centrado no doente, sendo este o seu eixo principal (Guerreiro, 2009). Neste modelo existe uma colaboração pacífica e acordada entre diferentes organizações com especificidades distintas, formando a Rede. Esta estrutura permite, a nível de um dos vértices da rede, a resolução de problemas como altas tardias, reinternamentos hospitalares

e fraco planeamento de cuidados, que cada vez mais decorrem do aumento da dependência dos utentes, que por sua vez apresentam necessidades mais diversas (*Idem*).

A autora identifica alguns aspetos positivos promovidos pela existência da Rede (no SNS) como a melhor adequação de cuidados prestados e a diminuição do tempo de internamento hospitalar dos doentes em situação crónica de saúde. Este último aspeto permitiu o aumento da capacidade destas instituições albergarem a pessoa com doença em fase aguda, refletindo uma diminuição de custos ao sistema de saúde público e aumentando a sua eficiência, tal como os autores Loong & Keng-Boon (2008) diziam ser importantes para uma entidade denominada rede inter-organizacional.

Neste sentido, para permitir uma melhor eficiência operacional destas organizações e, portanto, da rede inter-organizacional – RNCCI - uma gestão e coordenação adequadas, preocupadas e inclusas nos mais diferentes níveis da mesma, será um dos pontos chave para a manutenção desta baseada na qualidade (Guerreiro, 2009; Duarte, 2010). A funcionalidade da RNCCI como rede inter-institucional verifica-se em todo o processo de referenciação de doentes, onde se constata a partilha de informação e conhecimento entre diferentes equipas e instituições.

2.2.3 Gestão, coordenação e controlo

A RNCCI é uma rede inter-organizacional, sob um modelo de gestão que se baseia numa lógica de descentralização de serviços, desenvolvendo-se a vários níveis de intervenção e competências (Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de junho). A coordenação é realizada pela ACSS, a nível nacional sob a forma da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) tendo como cooperantes a Equipa de Coordenação Regional (ECR) e a Equipa de Coordenação Local (ECL) na operacionalização a nível regional e local correspondentemente (UMCCI, 2009). São cinco as equipas de coordenação regional, uma por região de saúde, e 85 equipas de coordenação local (Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010, de 14 de maio), pelo menos uma em cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e ULS pertencente à sua área de influência (Despacho n.º 6359/2011 de 13 de abril).

“Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes. A sua constituição intersectorial, assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e da segurança social”

(UMCCI, 2009, p.11).

Ao órgão máximo da coordenação da Rede compete conseguir manter a articulação entre diversas instituições como 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 função de organização e regulação também são atribuídas à UMCCI, na medida em que deve garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos utentes, elementos fulcrais de toda a Rede. Para tal, tem a incumbência de fazer uma avaliação continua de forma global

“que vise identificar os vários componentes de gestão e prestação de cuidados e que conduza a uma abordagem integrada e sinérgica dos vários “projectos” transversais: processo de referenciação, processo clínico, processo de cuidados, processo social, processo de gestão, sistema de informação, entre outros. Estão ainda presentes a elaboração dos acordos com a definição de requisitos, a avaliação dos constrangimentos económicos, as recomendações e normas técnicas”

(UMCCI, 2009, p.18).

Na procura de uma melhor qualidade na funcionalidade da Rede, as ECL procuram realizar trimestralmente visitas de verificação de cumprimento dos acordos realizados e a disposição adequada dos recursos nas diferentes unidades. Nos Quadros 4 e 5 indicam-se os requisitos gerais e específicos de Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados. Essas visitas recorrem a um instrumento denominado Grelha de Acompanhamento que orienta a verificação a realizar. Para além destes momentos, desenvolvem-se outros de avaliação externa, monitorização da satisfação dos doentes e dos profissionais prestadores (*idem*, 2009).

Quadro 4: Requisitos gerais e específicos de Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados – Internamento.

Tipo de Unidade		Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados	
		Requisitos Gerais	Requisitos Específicos
Internamento	UC	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de admissão e alta dos utentes • Processo clínico onde conste: <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação integral, na perspectiva de diagnóstico multidimensional, baseado na avaliação médica, funcional, psicológica e social que inclua aspectos como a mobilidade, a nutrição e atividades da vida diária; ○ Plano individual de cuidados, que inclua objetivos terapêuticos e o acompanhamento da evolução do utente, na obtenção dos mesmos; ○ Registos datados e assinados, incluído da prescrição e administração dos fármacos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença diária do médico, em horário completo; • Presença de enfermeiro 24 horas por dia; • Presença diária do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, em horário completo.
	UMDR	<ul style="list-style-type: none"> ○ Plano individual de cuidados, que inclua objetivos terapêuticos e o acompanhamento da evolução do utente, na obtenção dos mesmos; ○ Registos datados e assinados, incluído da prescrição e administração dos fármacos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita diária do médico; • Presença de enfermeiro 24 horas por dia; • Presença diária do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.
	ULDM	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio social personalizado ao utente e família, dirigido à promoção da integração e participação, com transmissão de informação, orientação e suporte, visando uma optimização da gestão dos cuidados e recursos. • Disponer de mecanismos que garantam o suporte espiritual a quem o solicite. • Existência de meios que garantam a recepção de sugestões / reclamações e resposta às mesmas. • Existência de um protocolo de reanimação e dos meios necessários para a sua implementação. • Existência de protocolos de atuação para: alterações da mobilidade, da cognição e/ou emocional, da alimentação/nutrição, prevenção e tratamento de úlceras de pressão (UP), avaliação e terapêutica da dor, quedas, incontinência e higiene pessoal. • Programa de formação contínua definido, para todos os profissionais. • Registo atualizado dos profissionais, de que constem: nome, categoria profissional, especialidade e carga horária semanal • Organograma, com identificação clara do responsável pela assistência clínica. • Existência de recursos para suporte psicológico, sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita programada e periódica do médico; • Presença de enfermeiro 24 horas por dia; • Visita diária do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Fonte: Realizado com base em ACSS (2012)

Quadro 5: Requisitos gerais e específicos de Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados – Ambulatório/Domicílio

Tipo de Unidade		Qualidade Mínima para a tipologia de cuidados continuados integrados	
		Requisitos Gerais	Requisitos Específicos
Ambulatório / Domicílio	ECCI	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de admissão e alta dos utentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar adequada à atividade a que se propõe.
	UDPA	<ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico onde conste: <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação integral, na perspectiva de diagnóstico multidimensional, baseado na avaliação médica, funcional, psicológica e social que inclua aspectos como a mobilidade, a nutrição e atividades da vida diária; ○ Plano de cuidados, que inclua objetivos terapêuticos e o acompanhamento da evolução do utente, na obtenção dos mesmos; ○ Registos datados e assinados, incluído da prescrição e administração dos fármacos; • Apoio social personalizado ao utente e família, dirigido à promoção da integração e participação, com transmissão de informação, orientação e suporte, visando uma optimização da gestão dos cuidados e recursos; • Dispor de mecanismos que garantam o suporte espiritual a quem o solicite • Existência de meios que garantam a recepção de sugestões / reclamações e resposta às mesmas; • Existência de um protocolo de reanimação e dos meios necessários para a sua implementação; • Existência de protocolos de atuação para: alterações da mobilidade, da cognição e / ou emocional, da alimentação/nutrição, prevenção e tratamento de úlceras de pressão, avaliação e terapêutica da dor, quedas, incontinência e higiene pessoal; • Programa de formação contínua definido, para todos os profissionais; • Registo atualizado dos profissionais, de que constem: nome, categoria profissional, especialidade e carga horária semanal • Organograma, com identificação clara do responsável pela assistência clínica. 	—

Fonte: Realizado com base em ACSS (2012)

O Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, no seu artigo 8º discrimina as bases de funcionamento relativas ao modelo de intervenção da Rede:

- “a) Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;*
- b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;*
- c) Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;*
- d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;*
- e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos”.*

Nos Quadros 6 e 7 resumem-se as funções da UMCCI identificadas no Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro, correspondentemente.

Quadro 6: Funções da UMCCI definidas pelo Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho

Órgão	Funções	Legislação
UMCCI	<p>1 — A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local.</p> <p>2 — A coordenação da Rede a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.</p> <p>3 — 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, nos termos a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.</p> <p>4 — A coordenação da Rede aos níveis nacional e regional deve promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.</p> <p>5 — A coordenação da Rede a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.</p> <p>6 — As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, uma assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.</p>	<p>Artigo 9º do Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho</p>

Fonte: Quadro realizado com base no Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro.

Quadro 7: Funções da UMCCI definidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro.

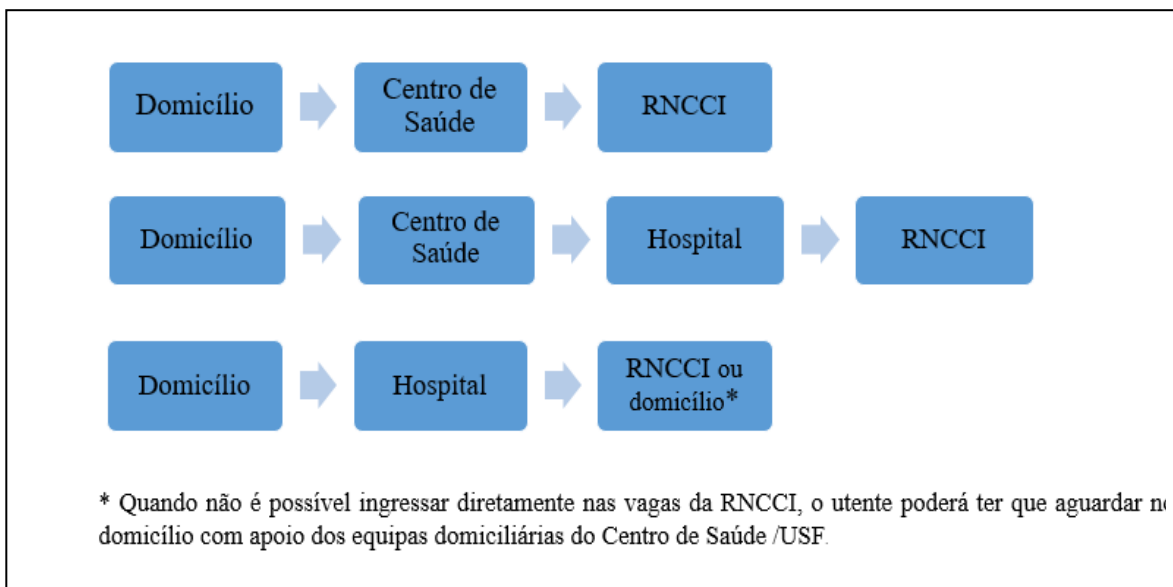
Órgão	Funções	Legislação
UMCCI	<p>a) Coordenar a Rede, conforme estipula o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho;</p> <p>b) Elaborar e propor a aprovação dos planos estratégicos anuais e plurianuais para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados no País e elaborar os respectivos relatórios de execução;</p> <p>c) Promover a articulação entre os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde para o estabelecimento de critérios de certificação, acreditação e avaliação da qualidade das respostas da Rede, de acordo com o quadro de competências definido;</p> <p>d) Fazer cumprir os regulamentos de segurança e qualidade nos estabelecimentos da Rede, em estreita articulação com os organismos competentes;</p> <p>e) Promover a elaboração e permanente atualização de normas técnicas e guias de boas práticas para prestação de cuidados continuados integrados;</p> <p>f) Propor, em articulação com os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde competentes em matéria de recursos humanos, o estabelecimento de orientações estratégicas e técnicas que contribuam para a identificação dos profissionais prestadores da Rede, sua qualificação e incentivos ao desempenho;</p> <p>g) Promover, em articulação com os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde competentes em matéria de recursos humanos, a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e de cuidadores a envolver na prestação de cuidados continuados integrados;</p> <p>h) Definir os modelos de financiamento dos cuidados continuados integrados, em articulação com os organismos competentes dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde;</p> <p>i) Elaborar os termos de referência para a contratualização com as instituições públicas, privadas e sociais prestadoras de cuidados no âmbito da Rede, em articulação com os organismos competentes dos dois Ministérios envolvidos;</p> <p>j) Propor a celebração de contratos com as entidades prestadoras da Rede, bem como a respectiva denúncia em caso de infrações administrativas;</p> <p>l) Promover a concretização das estratégias e metas definidas no programa nacional para a saúde das pessoas idosas e no programa nacional de cuidados paliativos;</p> <p>m) Tomar conhecimento das reclamações apresentadas pelos utentes nos estabelecimentos e instituições da Rede e propor medidas corretivas;</p> <p>n) Propor projetos de investigação em cuidados continuados integrados;</p> <p>o) Promover a criação de um sistema de informação para a gestão da Rede, sua manutenção e permanente atualização, em articulação com os serviços e organismos competentes;</p> <p>p) Promover formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados de saúde primários;</p> <p>q) Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas e entidades privadas com ou sem fins lucrativos na gestão de unidades de cuidados continuados integrados;</p> <p>r) Desempenhar outras funções necessárias à respectiva missão, bem como todas as que lhe sejam atribuídas pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.</p>	Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de Dezembro.

Fonte: Quadro realizado com base no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro.

2.2.4 Processo de referenciação de doentes

Para um utente ingressar na RNCCI, terá de passar por um processo de referenciação. Este processo pode ter origem em dois pontos fulcrais – os Cuidados de Saúde Primários, através dos Centros de Saúde e os cuidados de saúde diferenciados, no âmbito hospitalar. Tanto o Centro de Saúde como o Hospital, através da referenciação multidisciplinar (Médico, Enfermeiro e Assistente Social) do utente possibilita a admissão da pessoa doente RNCCI, como se representa na Figura 4.

Figura 4: Percursos possíveis do utente desde o início da referenciação até à RNCCI



Fonte: Realizado com base na ACSS (2017).

De ressaltar que em meio hospitalar a equipa multidisciplinar de avaliação, para esse efeito, articula-se com a Equipa de Gestão de Altas (EGA), como se poderá observar melhor na figura 6. Cada pessoa doente referenciada tem de cumprir determinados critérios de saúde/doença e consoante estes, assim será a tipologia da unidade pertencente à RNCCI para a qual será admitido. Um critério nunca poderá ser simples e unicamente do foro social. Isto é, para cada tipo de instituição, assim serão os requisitos que uma pessoa doente tem de preencher. Neste sentido, estes são identificados nos Quadros 8 e 9 de acordo com a tipologia institucional.

Quadro 8: Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Ambulatório, Cuidados domiciliários e Cuidados paliativos

Unidade/ Equipa	Critérios Gerais para ingresso	Critérios específicos para ingresso
UCP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outros; ✓ Dependência funcional prolongada; ✓ Idosos com critérios de fragilidade; ✓ Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial; ✓ Doença severa, em fase avançada ou terminal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doente com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requerem cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo; ✓ Doente em situação de dependência de um doente portador de doenças grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia base; ✓ Doente em situações já descritas, mas com o objetivo do descanso do principal cuidador.
ECCI		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doente em situação de dependência em que reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita.
UDPA		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doente com situação de dependência que reúna condições para lhe serem prestados os cuidados de que necessita em regime de ambulatório.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Critérios gerais para exclusão de unidades de internamento (UC, CMDR, ULDM, UCP): <ul style="list-style-type: none"> - Doente com episódio de doença em fase aguda; - Doente que necessita exclusivamente de apoio social; - Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico; - Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade destinada a esse fim; - Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de utilização unicamente hospitalar. 		

Fonte: Quadro realizado com base na Diretiva técnica nº1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho

Quadro 9: Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Internamento

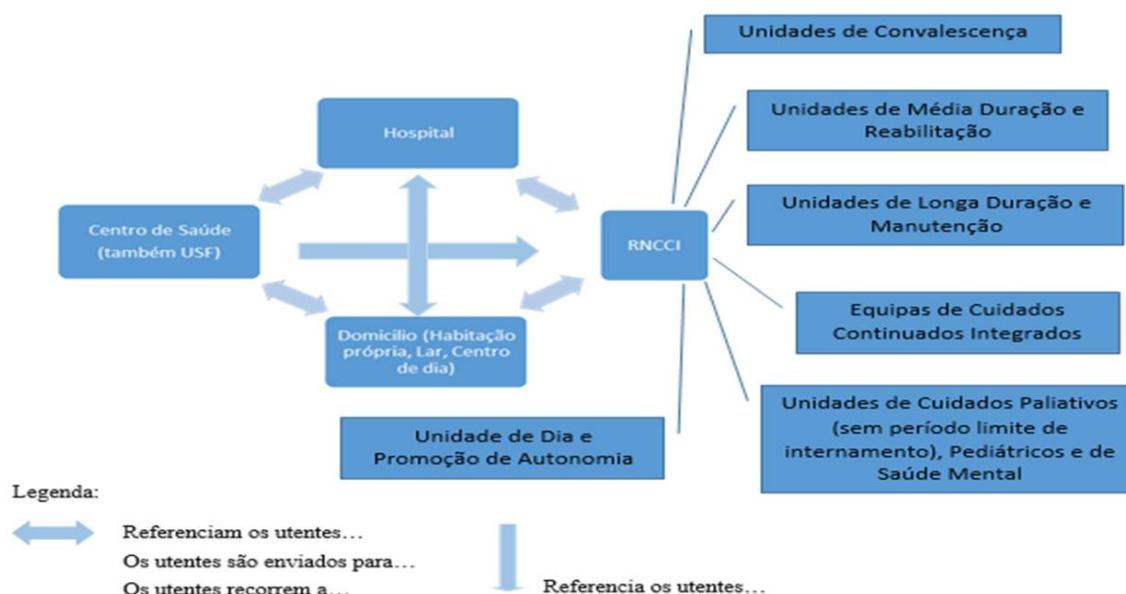
Unidade /Equipa	Critérios Gerais para ingresso	Critérios específicos para ingresso
UC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outros; ✓ Dependência funcional prolongada; ✓ Idosos com critérios de fragilidade; ✓ Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial; ✓ Doença severa, em fase avançada ou terminal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e de: <ul style="list-style-type: none"> - Reabilitação Intensiva; - Alimentação por sonda nasogástrica; - Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas; - Manutenção e tratamento de estomas; - Terapêutica parentérica; - Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não-invasiva; ✓ Doente com necessidades de ajustes terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada; ✓ Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperáveis a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; ✓ Doente crónico com risco iminente de descompensação; ✓ Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias; ✓ Doente com síndrome de imobilização.
UMDR		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes e de: <ul style="list-style-type: none"> - Reabilitação intensiva; - Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; - Prevenção ou tratamento de úlceras; -Manutenção e tratamento de estomas; ✓ Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção; ✓ Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias; ✓ Doente com síndrome de imobilização.
ULDM		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doente em situação de dependência que: <ul style="list-style-type: none"> - Requeira cuidados médicos e de enfermagem; - Por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária; ✓ Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional; ✓ Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo; ✓ Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; ✓ Doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador necessite de descanso.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Critérios gerais para exclusão de unidades de internamento (UC, CMDR, ULDM, UCP): <ul style="list-style-type: none"> - Doente com episódio de doença em fase aguda; - Doente que necessita exclusivamente de apoio social; - Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico; - Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade destinada a esse fim; - Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de utilização unicamente hospitalar. 		

Fonte: Quadro realizado com base na Diretiva técnica nº1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho

Como se pode verificar, cada utente que apresenta algum potencial de reabilitação poderá ser referenciado para a UC, UMDR ou ECCI. Para esta última opção, é necessário que estes recusem o internamento nas outras unidades ou que a ECCI mais perto esteja disponível, caso contrário ficarão no domicílio (a aguardar vaga ou apoio do seu centro de saúde, onde maioritariamente não existe enfermeiro de reabilitação) (ACSS, 2017). De referir que a maior parte dos internamentos nessas unidades são pagos, pelo menos em percentagem, pelo utente ou família (Despacho n.º 12082/2010, de 27 de julho). Acresce ainda que cada unidade tem definidos os cuidados a prestar durante os dias de internamento ou acompanhamento domiciliário (caso das ECCI) (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho). Pode haver, por alteração de estado de saúde da pessoa doente, transferência da mesma entre unidades de diferentes tipologias (ACSS, 2017). A ECCI é uma equipa que, mediante avaliação multidisciplinar da pessoa doente, presta os cuidados ao mesmo no seu domicílio, não tendo este de ser internado (por recusa ou por não ter vaga), nem de se deslocar a qualquer instituição. A estas equipas estão atribuídas também um número de utentes e deverão integrar enfermeiros especialistas de Reabilitação, num rácio de sete utentes/Enfermeiro, atendendo a que devem ser tidas em conta as questões de acessibilidade de base geográficas e o nível de dependência (ACSS, 2017).

A interação entre os diferentes agentes intervenientes no processo de referenciação para a RNCCI é representada na Figura 5.

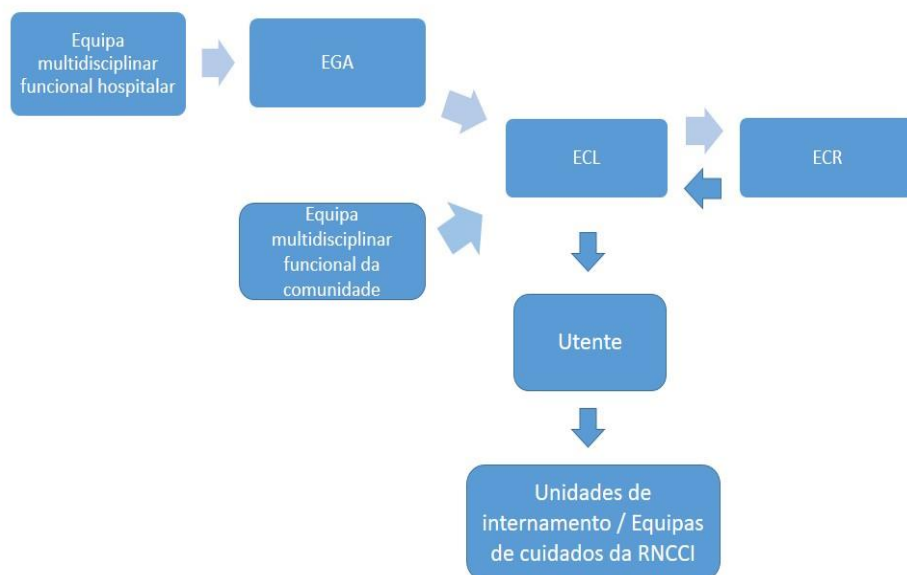
Figura 5: Interação entre os diferentes agentes intervenientes no processo de referenciação de doentes para a RNCCI



Fonte: Esquema com base na ACSS (2017).

O processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI torna-se algo complexo e por vezes mais demorado do que esperado, pois requer a intervenção articulada e interdependente de diversas equipas. Como se pode observar na Figura 6, nesse processo, interagem os seguintes intervenientes: Equipa Multidisciplinar de Cuidados, EGA, ECL e ECR, sendo as suas funções representadas nos Quadros 10, 11, 12 e 13.

Figura 6: Dinâmica do processo de referenciação de doentes para a RNCCI



Fonte: Elaboração própria

Quadro 10: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa Multidisciplinar de cuidados

Equipas	Constituição	Funções
Equipa Multidisciplinar de Cuidados	Médico (muitas vezes apoiado pelo Fisiatra), Enfermeiro e Assistente social.	- Avalia o doente a nível da saúde, cuidados médicos e de enfermagem e a nível social, situação social, económica e familiar; - Preenche informação em aplicativo informático para ser encaminhado à EGA para esta o validar.

Fonte: Quadro elaborado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho e nos Despachos nº19040/2006 de 19 de setembro e nº6359/2011 de 13 de abril

Quadro 11: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa de Gestão de Altas

Equipas	Constituição	Funções
EGA	Enfermeiro, Assistente Social e médico não necessariamente do serviço de internamento.	-Articula com as: <ul style="list-style-type: none"> • Equipas multidisciplinares de cuidados hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares; • Equipas coordenadoras distritais e locais da Rede (ECL), encaminhando o processo por aplicativo informático; • Equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

Fonte: Quadro elaborado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho e nos Despachos nº19040/2006 de 19 de setembro e nº6359/2011 de 13 de abril.

Quadro 12: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa de Coordenação Local

Equipas	Constituição	Funções
ECL	Enfermeiro – coordenador da ECL, um Médico do centro de saúde e um Assistente Social do Instituto de Solidariedade Social.	- Seleciona a unidade/equipa da RNCCI segundo um critério de proximidade; - Obtém a indicação do montante diário a suportar pelo doente a título de apoio social, nos casos de unidades com componente social; - Diligencia a informação ao doente (ou seu representante) do respectivo custo diário a suportar (previamente à transferência); - Obtém o prévio consentimento do doente (ou seu representante), expresso por escrito, para admissão. - Assegura a articulação com as unidades e equipas da Rede ao nível local; - Assume os fluxos de referência dos utentes na Rede mantendo, diariamente, informada a respectiva ECR sobre o ingresso e mobilidade dos utentes e sobre a gestão interna da Rede a nível local; - Aprecia a avaliação clínica e social e os objetivos terapêuticos, constantes de proposta de admissão elaborada pela equipa de gestão de altas (EGA) ou pelo médico(a), enfermeiro(a) ou assistente social do centro de saúde, de modo a determinar, num período não superior a quarenta e oito horas, a admissão ou readmissão numa das unidades ou equipas da Rede; - Assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo, previsto para a unidade ou equipa da Rede e após reavaliação da situação, a continuidade do utente na respectiva unidade ou equipa da Rede; - Assegura, após a alta dos utentes, e consoante os casos, a sua admissão em outra unidade ou equipa da Rede ou a preparação do regresso ao seu domicílio. - Consolida os planos orçamentados de ação anuais, elabora os respectivos relatórios de execução e submete-os à coordenação regional; - Divulga informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede; - Apoia e acompanha o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede; - Alimenta o sistema de informação que suporta a gestão da Rede. - Encaminha informaticamente para a ECR.

Fonte: Quadro elaborado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho e nos Despachos nº19040/2006 de 19 de setembro e nº6359/2011 de 13 de abril.

Quadro 13: Funções dos elementos constituintes das equipas pertencentes à RNCCI – Equipa de Coordenação Regional

Equipas	Constituição	Funções
ECR	Equipas multidisciplinares de representantes das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Centros Distritais de Segurança Social e da Saúde. Profissionais com competências na área de planeamento, gestão e avaliação. Integrando no mínimo um médico, um enfermeiro e um técnico superior de área social.	<ul style="list-style-type: none"> - Garante a equidade no acesso à Rede e a adequação dos serviços prestados; - Garante a utilização eficaz, designadamente em termos orçamentais, da capacidade instalada nas unidades prestadoras contratualizadas; - Articula com a coordenação da Rede a nível nacional e com as equipas coordenadores locais; - Fomenta a articulação dentro da Rede entre os vários parceiros que a integram e com outras entidades que entendam pertinentes para o exercício das suas competências; - Elabora proposta de planeamento das respostas necessárias e propõe a nível central os planos de ação anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades; - Promove formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados; - Acompanha, avalia e realiza o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação; - Promove a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas; - Alimenta o sistema de informação que suporta a gestão da Rede; - Promove a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede; - Define a conformidade do processo e atribui a vaga ao doente do processo. Comunica então essa decisão à ECL.

Fonte: Quadro elaborado com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho e nos Despachos nº19040/2006 de 19 de setembro e nº6359/2011 de 13 de abril.

Para que o processo se torne mais rápido, as pessoas doentes, por exemplo, em meio hospitalar, deverão ser sinalizados à EGA nas primeiras 48 horas de internamento, preferencialmente através da plataforma eletrónica da RNCCI, para um planeamento articulado de alta, o mais antecipado possível (Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro).

Em cada instituição referenciadora, existem para uso da equipa multidisciplinar de cuidados, diferentes aplicativos informáticos, estipulados para preenchimentos pelos diferentes profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais). A partir destes, a informação chega à EGA informaticamente. Esta equipa, preenche o separador destinado a si no aplicativo informático da RNCCI – a plataforma on-line GestCareCCI. Esta informação seguirá então para a ECL que completa a informação necessária no separador

que lhe pertence na mesma plataforma. Por sua vez, esta chegará à ECR que desempenhará a sua função de forma semelhante, ficando assim todos os dados inerentes ao processo de referenciação da pessoa doente reunidos e gravados num único local e de acesso geral dos profissionais que integram todo o processo (*Idem*).

2.2.5 Cuidados de saúde prestados

Após referenciação e depois de conferidas as condições necessárias para o ingresso da pessoa doente na RNCCI, verifica-se a fase de Admissão propriamente dita. Nesta são considerados os seguintes aspetos:

- A admissão nas UC, UMDR, ULDM e UDPA é determinada pela ECL após diagnóstico por si realizado sobre as dependências do doente nos autocuidados;
- A admissão nas UCP é determinada pelas Equipas Intra-hospitalares de Suporte de Cuidados Paliativos mediante proposta médica;
- Apenas será concretizada admissão nas unidades de internamento perante a impossibilidade da prestação dos cuidados, definidos como necessários, em meio domiciliário concomitantemente com a não carência de internamento em hospital de agudos;
- A admissão na ECCI é decidida perante a proposta médica do centro de saúde correspondente e das EGA dos hospitais de referência da zona (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho).

No tempo de espera entre a verificação de todas as condições de ingresso na Rede e a admissão efetiva na mesma, surge no aplicativo informático partilhado da RNCCI, uma mensagem “aguarda consentimento” e posteriormente outra “internamento efetivo”, notando-se que após a primeira mensagem, há uma vaga guardada para a pessoa em causa, não existindo lugar assim, para outro. Porém, após estas indicações, na fase posterior, verifica-se outras como “doente a admitir” ou “aguarda chegada do doente”, revelando que a instituição para onde o doente foi proposto e aceite, espera pela sua chegada. Ao fim de 48 horas, caso não se verifique qualquer contacto por parte da instituição receptora do doente, a pessoa doente deverá ser encaminhada para esta, mesmo que não se verifique a indicação da data e hora a que se deva apresentar. Neste sentido, as instituições

referenciadoras deverão encaminhar a pessoa doente de forma a que este consiga dar entrada na unidade ou ser admitida pela equipa até às 16 horas do último dia do prazo apresentado (Ofício Circular da UMCCI de 10 de fevereiro de 2009). A nível da gestão de vagas e tempo de internamento nas unidades, em qualquer momento, a permanência da pessoa doente nas unidades pode ser prorrogado pelo período necessário para realmente os objetivos planeados poderem vir a ser atingidos. Tal apenas se torna possível após autorização por parte da ECR perante um pedido adornado de fundamentação clínica do benefício esperado.

Outra situação passa ainda, pela possibilidade da existência da mobilidade da pessoa doente entre unidades de diferentes tipologias no caso de uma unidade de tipologia diferente daquela em que a pessoa ingressou primeiramente, ofereça melhores condições para o seu plano individual de intervenção, tornando-se mais adequada à sua situação. A transferência entre unidades passa pela preparação da alta, por parte do responsável da unidade ou equipa da RNCCI, visando o ingresso na nova modalidade, com o intuito de adquirir melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade de vida (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho & Ofício circular da UMCCI de 24 de março de 2010).

Pode surgir ainda uma outra situação, em que a pessoa doente possa ser referenciada e após alta hospitalar ter que aguardar vaga da RNCCI no domicílio. Nestas situações, para que não haja comprometimento na continuidade de cuidados, a pessoa doente deverá ser cuidada pelas ECCI (tendo que haver uma alteração da referenciação do doente para esta nova tipologia de cuidados da parte da ECL), ou por quaisquer outras equipas de cuidados domiciliários pertencentes aos cuidados de saúde primários, com apoio do médico de família assistente. Caso a pessoa doente se encontre a ser cuidada pela ECCI e desenvolva alguma condição que necessite internamento, poderá ser pedida transferência para a unidade mais adequada, tendo esta pessoa prioridade perante outros estreados na Rede (Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2011 de 30 de março).

Por conseguinte, após a referenciação e admissão de pessoas doentes na RNCCI, a informação referente a todo o processo é arquivada de forma organizada de modo a constituir o dito “processo individual de cuidados do utente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”. Este será um arquivo de informação clínica e social importante

acerca da pessoa, pelo que está sob disposições legais relacionadas com proteção de dados pessoais e clínicos, de separação obrigatória de dados administrativos deste últimos e ainda as relacionadas com incidentes nas tarefas arquivistas. Segundo a Diretiva Técnica nº5/UMCCI/2008 de 07 de janeiro de 2008, o processo individual deverá conter informações como registos de admissão, notas de alta clínica, o diagnóstico das necessidades avaliadas no doente, o plano individual de intervenção, bem como o registo da avaliação semanal e a análise reavaliativa do mesmo plano. Incluirá assim, todas as avaliações realizadas das necessidades do doente, assim como o planeamento e execução de intervenções terapêuticas personalizadas, acrescido ainda de registo das alterações de dependência da pessoa doente, caso estas se verifiquem. Neste sentido, segundo o documento referido anteriormente, existe um conteúdo mínimo de informação que o mencionado processo tem que conter. Por conseguinte, indica-se:

- Informação geral da pessoa doente, que inclui dados de identificação da pessoa, a origem do processo de referenciação, a data de admissão, a identificação da pessoa que será denominado o contacto privilegiado;
- Data e informações de alta, se assim a situação o exigir;
- Avaliação integral de Necessidades, que integra a avaliação clínica, de enfermagem, social e de outros profissionais como por exemplo fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala... para uma determinação adequada do grau e tipologia de dependência do doente;
- Plano individual de intervenção, que compreende os cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social;
- Registo de (re)avaliação semanal do plano de intervenção estipulado, que contempla todo e qualquer registo devidamente datado (incluindo hora) e assinado relativamente a observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, assim como revisões multidisciplinares semanais do plano de intervenção aplicado e resultados obtidos;
- Consentimento informado (CI) assinado pelo doente ou cuidador informal/representante sobre o internamento em unidades ou cuidados de equipas da RNCCI (Anexo I);
- Termo de aceitação de internamento assinado, onde se encontra declarado que o doente ou cuidador informal aceitam as condições do internamento nele descritas,

das quais o custo associado à diária dos cuidados prestados, embora apenas nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção (Diretiva Técnica nº7/UMCCI/2012, 03 de setembro & Diretiva Técnica nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro).

À semelhança do que foi referido anteriormente, relativamente à utilização da plataforma on-line GestCareCCI no processo de referenciação e por parte das diferentes equipas, também nas diferentes unidades/equipas cuidadoras da RNCCI esta é utilizada. Nestas, recorre-se à plataforma para registos de dados e cuidados prestados, ou seja para constituir o já referido processo individual, usufruindo de ferramentas internacionais, como é exemplo a Classificação Internacional para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).⁵ Esta iniciativa permite contribuir de uma melhor forma para a efetivação de um plano individual de intervenção mais adequado, que revele maior preocupação com a manutenção e recuperação de capacidades do doente (Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010). Neste sentido, e reforçando a importância da “agilização e desmaterialização” de todo o processo, surgiu a Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro e a Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017 de 27 de fevereiro onde é imposta a CIF como instrumento de avaliação do doente por parte de todos os elementos das equipas pertencentes às diferentes etapas do referido processo. Esta classificação internacional (escala) surge sempre disponível na plataforma GestCare. Para que a informação sobre o doente esteja realmente disponível aos seus cuidadores, aos mais diferentes níveis da saúde, a referida plataforma encontra-se interligada, em rede com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) (Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro).

Ao tratar-se de uma ferramenta utilizada em todos os níveis de registos, por todos os profissionais envolventes no processo de cuidar do doente, torna-se importante perceber que o preenchimento de determinados módulos de informação tem de ser realizado periodicamente de modo a manter uma maior qualidade e continuidade nos cuidados prestados. Assim, nos Quadros 14 e 15 procede-se à menção dos módulos de preenchimento obrigatório, segundo as Diretivas técnicas nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010, por diferentes níveis de acesso.

⁵ A CIF é um novo sistema de classificação inserido na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde, constituindo o quadro de referência universal adoptado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para descrever, avaliar e medir a **saúde** e a **incapacidade** quer ao nível individual quer ao nível da população (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2010).

Quadro 14: Periodicidade de preenchimento dos módulos de informação obrigatórios por equipas e unidades da RNCCI – EGA, Equipas referenciadoras do ACES e ECCI

Níveis de acesso	Periodicidade/ <i>Timing</i>	Módulos de preenchimento obrigatório
EGA Equipas referenciadoras do ACES (Cuidados de Saúde Primários)	Aquando da referenciação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica • Avaliação de Enfermagem • Avaliação Social • Outras avaliações – outros perfis profissional • Avaliação Biopsicossocial/Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) – Tipo de avaliação “INTERNAMENTO” – campo de avaliação da autonomia física (EGA); Tipo de avaliação “ADMISSÃO” – capô de avaliação da autonomia instrumental e da avaliação da autonomia física (Equipas dos ACES) • Avaliação de UP – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação Diabetes – sempre que presente • Avaliação da Dor – sempre que presente • Avaliação de Infecção – sempre que presente • Contatos privilegiados do utente • Agregado familiares • Avaliação
Equipas Domiciliarias (ECCI)	Admissão -Primeiras 72h	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica • Avaliação de Enfermagem • Avaliação Social • Outras avaliações – atualizações • Avaliação Biopsicossocial/IAI – Tipo de avaliação “ADMISSÃO” • Avaliação do risco de Úlcera de Pressão • Avaliação de UP – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação risco/Diabetes – sempre que presente • Avaliação do risco de quedas – sempre que presente • Outras avaliações
	Acompanhamento -15º dia de início de cuidados -mensalmente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica – atualizações • Avaliação de Enfermagem – atualizações • Avaliação Social – atualizações • Outras avaliações – atualizações • Avaliação Biopsicossocial/IAI – Tipo de avaliação “ADMISSÃO” (1º mês, 2º mês e posteriormente mensalmente) • Avaliação de UP – 15 em 15 dias – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação Diabetes – sempre que presente • Avaliação do risco de quedas
	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica – atualizações • Avaliação de Enfermagem – atualizações • Avaliação Social – atualizações • Outras avaliações – atualizações • Avaliação Biopsicossocial/IAI – Tipo de avaliação “ADMISSÃO” • Avaliação de UP – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação Diabetes – sempre que presente • Nota de Alta – Informação sumária acerca do que foi realizado (terapia realizada)

Fonte: Quadro elaborado com base Diretivas técnicas nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010

Quadro 15: Periodicidade de preenchimento dos módulos de informação obrigatórios por equipas e unidades da RNCCI – Unidades de Internamento

Níveis de acesso	Periodicidade/ <i>Timing</i>	Módulos de preenchimento obrigatório
Unidades de Internamento UC; UMDR; ULDR; UCP	Admissão Primeiras 72h	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica • Avaliação de Enfermagem • Avaliação Social • Outras avaliações • Avaliação Biopsicossocial/IAI – Tipo de avaliação “ADMISSÃO” • Avaliação de risco de úlceras • Avaliação de UP – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação de risco de Diabetes • Avaliação Diabetes – sempre que presente • Avaliação da Dor • Registo de Infecção – sempre que presente
	Internamento 15º dia de internamento e mensalmente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica – atualizações • Avaliação de Enfermagem – atualizações • Avaliação Social – atualizações • Outras avaliações – atualizações • Avaliação Biopsicossocial/IAI – Tipo de avaliação “INTERNAMENTO” (2ª semana de internamento; 1º mês, 2º mês e posteriormente mensalmente) • Avaliação de UP – nas primeiras 24h de internamento na Unidade e de 15 em 15 dias – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação do risco de Úlceras de Pressão – mensalmente • Avaliação Diabetes – sempre que presente – mensalmente • Avaliação da dor – mensalmente • Registo de consumo de fraldas – sempre que presente • Registo de agudizações – sempre que presente • Registo de reserva de lugar
	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Médica – atualizações • Avaliação de Enfermagem – atualizações • Avaliação Social – atualizações • Outras avaliações – atualizações • Avaliação Biopsicossocial/IAI – Tipo de avaliação “INTERNAMENTO” • Diligências efetuadas e a efetuar • Avaliação de UP – sempre que presente (s) – uma avaliação por úlcera • Avaliação do risco de Diabetes • Nota de Alta – Informação sumária acerca do que foi realizado (terapia realizada)

Fonte: Quadro elaborado com base Diretivas técnicas nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e nº1/UMCCI/2010 de 3 de março

Em cada unidade ou equipa da RNCCI, aquando do ingresso da pessoa doente, deverá ser realizada uma colheita de dados e avaliação inicial, a partir das quais deverá ser conceptualizado o já referido plano de individual de intervenção, sendo este como o

próprio nome indica personalizado a cada indivíduo. Neste deverão ser traçados objetivos terapêuticos consistentes e possíveis de alcançar, atendendo às características individuais da pessoa doente, como por exemplo: atividades de integração sensorial, atividades de motricidade fina, atividades que envolvam capacidades sensoriais, atividades que impliquem capacidades cognitivas e atividades diárias (alimentação, vestir/despir, cuidados de higiene e conforto, mobilidade...). Em suma, deverá reunir um conjunto mínimo de dados que inclui informação genérica, avaliação integral de necessidades, plano individual de intervenção, registo de avaliação semanal e eventual readaptação do plano de intervenção; consentimento informal e o termo de aceitação de internamento (nas UMDR e ULDM).

2.2.5.1 Cuidados de Reabilitação

A Reabilitação é um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social. O seu grande impulso e desenvolvimento ocorreu no século XX (SNS, 2016a) e está de acordo com o Regulamento nº125/2011 de 15 de fevereiro, *“enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e de independência.”* Assim, o acesso à Reabilitação revela-se um direito humano fundamental, como é consagrado pela Carta das Nações Unidas e na resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2005 (SNS, 2016a).

Na RNCCI, a reabilitação encontra-se disponível, mais especificamente nas UC, UMDR e ECCI, através da existência, de entre outros profissionais, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e Fisioterapeutas (Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro).

Neste contexto, em meio comunitário encontram-se os mais diferentes utentes com as mais variadas necessidades de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, fruto das inúmeras alterações da sua funcionalidade. Verifica-se que, embora em meio hospitalar, (pensando-se num regresso a casa), onde estes se encontravam capazes de desempenhar muitas das tarefas que lhe eram propostas, o mesmo pode não acontecer no domicílio. Neste meio,

deparam-se com dificuldades que em nenhum momento foram pensadas e refletidas. Encontram-se barreiras arquitetônicas, mobiliário habitual, utensílios habituais do seu dia a dia que em nada ajudam no seu desempenho na sua nova situação. Por conseguinte, atendendo às competências específicas do Enfermeiro de Reabilitação (Regulamento nº125/2011 de 11 de fevereiro), este será mais uma mais valia junto de cada indivíduo no sentido de maximizar os seus potenciais, capacitando-os para uma maior autonomia nas diferentes vertentes da comunidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na comunidade deve ajudar *“o doente a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, de maneira mais independente possível”* (Hoeman, 2011, p. 61). O mesmo autor acrescenta ainda (2011, p.61) que os Enfermeiros de Reabilitação *“têm um dever essencial de providenciar educação de qualidade ao doente e à família. Uma educação eficaz ajuda o doente a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, de maneira o mais independente possível.”* Defende ainda que estes profissionais devem *“prover os utilizadores dos serviços de cuidados de saúde e os trabalhadores não profissionais na comunidade com conhecimentos sobre prevenção, comportamentos saudáveis e reabilitação”*, assim como, *“promover o desenvolvimento de perícias de autoajuda e domínio de autorresponsabilidade pela saúde”* (2011, p.188).

Neste sentido, e atendendo aos serviços que devem ser prestados em determinadas unidades/equipas da RNCCI (como se pode observar nos Quadros 1, 2 e 3), estes são profissionais com importância devida nas mesmas, não excluindo todos os outros profissionais como Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais que por formação, também possuem competências para ir ao encontro dos objetivos das unidades/equipas como a UC, UMDR e ECCI.

Porém, hoje sabe-se que a realidade passa pela existência de um número muito reduzido de Enfermeiros de Reabilitação na comunidade e até mesmo Fisioterapeutas. Contudo, através de visitas periódicas estes tentam colmatar essa falta. Nesses momentos, conseguem (re)avaliar, (re)formular e adequar os planos de ação⁶ de modo a contornar dificuldades,

⁶ Estratégias e intervenções incluídas no plano individual de cuidados de cada utente reunidas no processo individual armazenado na plataforma GestCareCCI. A alteração e adequação do plano individual de cuidados

permitindo atingir os objetivos que aquela pessoa se dispõe a atingir, traduzindo-se em ganhos da sua autonomia, motivação e assim qualidade de vida, estimulando-o sempre a não deixar de cumprir o planeamento.

Quando se declara que a pessoa com alteração da funcionalidade a diferentes níveis é o alvo de intervenção dos profissionais de Reabilitação, não se pode descurar o facto de esta viver (habitualmente), no seio familiar. Neste sentido, o alvo passará a ser indissociavelmente a pessoa e a sua família. O profissional torna-se um elo muito importante entre o meio institucional e o domiciliário, na medida em que ainda no internamento deverá interagir com a família e integrá-la no processo de cuidados para que dê continuidade posteriormente, conseguindo usufruir de um conjunto de políticas de capacitação pessoal. Por conseguinte, sabe-se que a ação deste deverá também desenvolver-se numa atitude de partilha de saberes e de intervenções, caracterizada pela complementaridade, negociação e trabalho mútuo, numa completa parceria com vista ao processo de recuperação que só por si é algo progressivo e lento. Por exemplo, o Enfermeiro de Reabilitação, neste contexto de domicílio, analisará as alterações e dificuldades surgidas, definindo quais os resultados esperados e debatendo os planos de intervenção a implementar (Mota, 2014). Para além disso, deverá auxiliar a família a reajustar-se de forma a estimular a pessoa, afastando-a de perigos (Gomes & Quitério, 2012). Por fim, a sua função passará ainda pela verificação da necessidade de adequar o espaço físico às suas necessidades bem como o do seu familiar cuidador, promover o esclarecimento sobre os recursos sociais e da comunidade, incluindo o subsídio de pessoa a cargo (OE, 2009).

O conceito de cuidador informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam (Sequeira, 2007) Este torna-se o profissional oculto de cuidados a pessoas dependentes, sofrendo consequências que se repercutem também na sua qualidade de vida.

Ao contrário da institucionalização, na conjuntura em que se vive, entende-se que o meio familiar representa para a pessoa com incapacidade, o melhor enquadramento para a

passará também pela alteração do preenchimento dos módulos obrigatórios já referidos anteriormente, de modo a permitir uma atualização dos indicadores de controle.

vivência do processo de reabilitação. Esse mesmo processo é favorecido pelo facto da pessoa permanecer na própria comunidade (Pereira & Santos, 2008).

A RNCCI atendendo a este aspeto, apresenta soluções para evitar a institucionalização das pessoas doentes enquanto esta não é estritamente necessária. Identificam-se assim, as ECCI e as Unidades de Ambulatório de certo modo.

Oupra, Griffiths, Pryor & Mott. (2010) realçam a importância do momento após a alta clínica, o regresso ao domicílio, que pode ser uma experiência traumática se não houver apoio e acompanhamento adequado para facilitar essa transição, para ajudar a modificar as suas vidas de acordo com o grau de incapacidade experimentada. Os mesmos autores, citando Jullamate et al. (2006), evidenciam que muitas das pessoas doentes que regressam a casa ainda não têm a recuperação total, apresentando défices motores que lhe impedem a sua participação nas atividades diárias. Estas são realidades que apoiam a existência da RNCCI e as suas equipas de ambulatório e domicílio.

No que diz respeito ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em todo o processo de referenciação, pode afirmar-se que este pode ser muito relevante em todos os diferentes ambientes que o doente experimenta tais como: no meio hospitalar, nos cuidados de saúde secundários, a existência de, pelo menos, um profissional com este tipo de formação e competências, é uma mais valia. Isto deve-se ao facto de logo após o internamento se encontrar junto ao doente, o conseguir avaliar a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, a nível da alimentação e da eliminação e verificar as alterações à “normalidade” que este apresenta e que necessitem de uma atenção redobrada. A partir daí, poderá de forma precoce estipular, se possível com o doente/cuidador informal, um plano de reabilitação de modo a conseguir, após treino diário, recuperar défices, manter capacidades ou simplesmente não deixar agravar estado de falta de funcionalidade. O mesmo processo pode-se desenrolar, se o profissional for devidamente alocado nas equipas de cuidados das Unidades de Saúde Familiar (USF), nos cuidados de saúde primários, funcionando também numa componente preventiva.

Através do seu trabalho nessas duas realidades, este profissional tem um papel preponderante no processo de referenciação de doentes para a Rede, principalmente para as unidades UC, UMDR e ECCI que são as que se direcionam para este tipo de cuidados específicos e especializados (como se pode observar nos Quadros 1, 3, 4, 8 e 9).

No momento de elaborar a referenciação propriamente dita⁷, o enfermeiro de reabilitação em conjunto com o médico fisiatra são entre os profissionais de saúde, dos melhores cuidadores a compreender e avaliar os défices de capacidade do doente e a estimar o tempo em que será esperada a recuperação e/ou manutenção dos mesmos. É a questão inerente a estes tempos necessários para recuperar que a tipologia de internamento é escolhida. O domicílio será optado assim que o profissional preveja que as condições habitacionais sejam as mais adequadas ao desenvolvimento da adaptação do doente. A nível de cuidados de reabilitação, ao analisar-se a existência destes dois contextos oferecidos pela Rede (internamento e domicílio), determina-se que cada um por si tem as suas vantagens. No contexto de internamento, estas estarão diretamente ligadas com a existência de maior vigilância dos utentes e da oferta de maior apoio multidisciplinar e atempado ao mesmo, caso seja necessário. Por isso mesmo, habitualmente os utentes referenciados para estas unidades requerem uma globalidade de cuidados mais específicos (ver Quadros 8 e 9). No contexto domiciliário, as vantagens decorrem principalmente pela pessoa doente se encontrar no seu ambiente quotidiano, junto do seu cuidador informal, também ele devidamente acompanhado, o que facilita a adaptação e reinserção do mesmo na sociedade.

⁷ Ao preencher o impresso de referenciação de Enfermagem para a RNCCI, o EEER discrimina as mais diferentes capacidades do utente. Isto é, em pormenor regista uma avaliação sobre: o estado de consciência; o estado neurológico; a capacidade motora de cada segmento corporal, tanto a nível de motricidade fina (movimentos de precisão) como grossa (movimentos de grande amplitude); a dependência que o doente apresenta nas tarefas do dia-a-dia (alimentar-se, vestir-se, mobilizar-se, higienizar-se e capacidade de utilização do sanitário) e as necessidades de adaptação que este requer para melhorar o seu desempenho. O preenchimento do referido impresso ocorre na primeira avaliação do doente pela equipa multidisciplinar de cuidados, visto que o EEER integra essa equipa, ou seja, na primeira fase do processo de referenciação (como se pode observar na figura 6 e no quadro 10).

Capítulo 3: Análise da congruência processual da referenciação de doentes para a RNCCI

Para chegar à análise da congruência processual da referenciação das pessoas doentes para a RNCCI será realizada uma análise do processo geral, serão apresentados alguns conceitos base sobre Reengenharia de processos no seu geral e posteriormente direcionada ao setor da saúde. Em seguida, atende-se a aplicação sumária da Reengenharia de processos através da exposição do processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem no CHMT até à ECCI em diagrama – *swimlane* a par com a sua análise, primeiramente o processo “*As Is*” e depois o processo “*To Be*” sugerido.

3.1 Análise da Congruência do Processo Geral

Atendendo ao foco do investigação em causa⁸ e por ser um dos processos integrantes naquele que faz cada utente chegar ou não ao seu domicílio e usufruir ou não dos cuidados de saúde necessários à sua condição de saúde, decidiu-se analisar o processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI e ainda a funcionalidade geral dentro da Rede. Tenta-se compreender se o que fora planeado ao longo destes anos pelo Ministério da Saúde e do Trabalho, Ministério da Solidariedade Social e posteriormente pela UMCCI, tem congruência e se tem sido realmente desenvolvido e operacionalizado de forma eficaz.

Neste sentido, atendendo à revisão da legislação e as diretrizes e ofícios emanados pelos referidos órgãos, constata-se que efetivamente o processo e o modo de trabalho planeado (para as unidades e equipas da Rede) estão bem estruturados, atendendo às diferentes realidades existentes onde a pessoa doente se poderá encontrar no seu processo de saúde-doença. Houve a preocupação de definir duas abordagens distintas, mas com relativa semelhança no que concerne aos passos a seguir e aos aspetos a ter em atenção de modo a passar sempre à etapa seguinte do processo. Como se pode observar na esquematização do processo nas Figuras 6, 7 e 15, através de Decretos-Lei e Despachos, os referidos Ministérios constituíram a RNCCI e definiram o seu funcionamento, atribuindo

⁸ O processo de referenciação de doentes para a RNCCI e os cuidados prestados dentro da mesma, mais especificamente os de reabilitação, como foi referido na introdução e será exposto no capítulo 5).

especificamente as funções de cada equipa (EGA, ECL, ECR e equipas de cuidados hospitalares e USF) como foi referido no subcapítulo 2.2.4. nos Quadros 10, 11, 12 e 13. Para além disso, consegue estipular os diferentes critérios a que os utentes têm que corresponder para serem referenciados e ingressar em diferentes unidades ou equipas da RNCCI. Toda esta legislação veio definir cada passo, cada etapa, do processo de referenciação de pessoas doentes para a Rede, tanto com origem hospitalar como com origem comunitária. Posteriormente, para o melhor funcionamento da RNCCI, a UMCCI como órgão superior desta entidade, emanou diversas diretrizes e ofícios com o intuito de clarificar as intervenções profissionais e a forma de articulação destes, já dentro de cada unidade e equipa de cuidados da própria Rede (como são exemplo os Quadros 1, 2, 3, 4, 5, 14 e 15). Neste sentido, a UMCCI, conseguiu esclarecer dúvidas que foram surgindo ao longo do tempo, na operacionalização dos documentos já referidos.

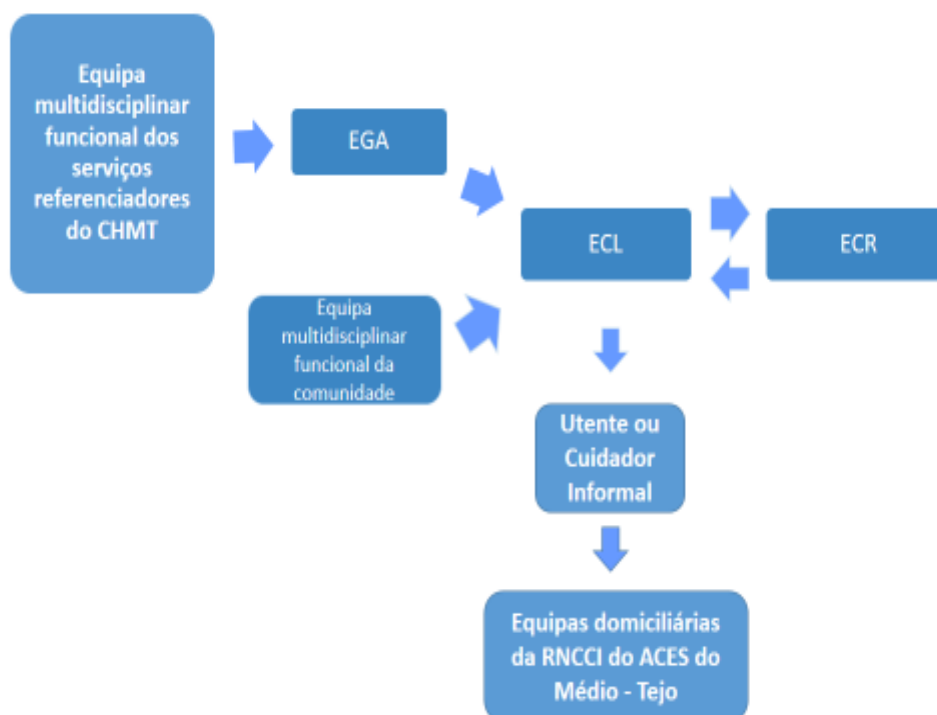
Percebe-se que houve investimento na atribuição de responsabilidades práticas a diferentes equipas de profissionais, nos diferentes níveis de cuidados integrantes no processo geral e de definir ações prioritárias nas unidades e equipas integrantes na Rede. Assim, aparentemente, verifica-se uma congruência teórica e operacional planeadas.

Por conseguinte, o processo específico a analisar, em maior pormenor, será o de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT. Decide-se que este deverá ter *terminus* no domicílio do utente – na ECCI. Para esse fim, procura-se compreender e analisar as funções e meios/ferramentas utilizados(as) por cada agente (profissional e utente/cuidador informal) integrante em cada etapa e assim verificar a forma de operacionalização do mesmo, em contexto real. Isto será realizado usando uma abordagem de Reengenharia de Processos, que recorre ao desenho e análise do processo através de diagramas *swimlane*, como se vai observar no subcapítulo seguinte. De esclarecer que se define a origem do processo em análise - no CHMT devido ao facto de se revelar ser a instituição onde a investigadora desempenha a sua atividade profissional e onde sentiu a existência de prováveis lacunas ligadas à RNCCI (tanto a nível de processo como a nível de cuidados de reabilitação prestados no domicílio). Acresce ainda que o terminus escolhido deve-se ao facto dos utentes com alta do CHMT e referenciados para a RNCCI rumarem para a comunidade (domicílio ou instituições da RNCCI) pertencente ao ACES do Médio-Tejo.

3.2 Análise aprofundada do processo de referência de pessoas doentes para a RNCCI desde o Hospital até à ECCI

Neste subcapítulo proceder-se-á à análise de um modo mais aprofundado o processo de referência escolhido e já identificado anteriormente. Para melhor visualização e enquadramento deste no contexto já exposto anteriormente e processo geral já abordado, apresenta-se a Figura 7.

Figura 7: Processo a analisar através da aplicação da Reengenharia de processos



Fonte: Elaboração própria

3.2.1 Breve Revisão da Literatura sobre Reengenharia de Processos

Ao longo do enquadramento teórico verificou-se o lugar de importância que a RNCCI ocupa a nível da saúde, na sociedade quotidiana. Tornar o funcionamento da mesma mais eficaz e eficiente será uma mais-valia para o setor da saúde. Obter melhores respostas, mais atempadamente e com menores custos serão pontos chave para esse fim. Uma profunda análise do processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI poderá ser um começo. A reengenharia de processos é uma ferramenta de gestão que permite, de algum modo, eliminar as condicionantes ao melhor desempenho funcional da articulação inter-organizacional e interpessoal a que a Rede obriga. Neste sentido, existem diversas técnicas que permitem modelar processos com vista a sua melhoria. Estas permitem compreender exatamente e ao pormenor cada um, o que se revela por vezes, complicado devido ao facto destes não se encontrarem devidamente explanados. No final, permitem a melhoria da qualidade do processo analisado, acabando por permitir uma melhoria da qualidade da organização (ou neste caso organizações) como é indicado nos princípios de qualidade da International Organization for Standardization (ISO) 9001:2011.

Para uma visão a longo prazo, os conceitos de modelação de processos e de reengenharia de processos são aplicados às empresas com o intuito de atingir objetivos e reduzir custos desnecessários nos diferentes setores a elas pertencentes.

Joia (2012) refere que a Reengenharia é a junção de três áreas do conhecimento empresarial: Organização e Métodos, que incide no mapear e monitorizar a performance de um processo; Tecnologia da Informação, que revela ser a componente tecnológica de um processo empresarial; Gestão da Mudança, que lida com a organização, como um todo, incluindo cultura e profissionais. O mesmo autor menciona que a Tecnologia da Informação (TI) é a principal ferramenta da reengenharia de processos. Trata-se de uma via de otimização e meio de relevar processos existentes, podendo mesmo permitir a reestruturação organizacional.

Davenport (1993) define reengenharia de processos como um conceito através do qual se faz surgir novas estratégias, o projeto do processo real e a implementação da mudança a nível tecnológico, humano e organizacional, para além de permitir das mudanças radicais

de processos. Acrescenta ainda que o assumir dessas mudanças, muitas vezes é feito lentamente, devido ao custo elevado que podem acarretar.

Sharp & McDermott (2001) refere que para a modelação de processos ser mais adequada, torna-se vantajoso existirem equipas específicas destinadas a esse fim. Estes autores defendem que estas devem ser compostas por diferentes elementos, pertencentes a distintas fases do processo em análise. Tal é justificado para que emanem diferentes pontos de vista nas análises pretendidas, para posteriormente a elaboração do novo modelo ser mais consistente. Para além disso, indicam ainda que estas equipas não deverão ter um número muito elevado de elementos para otimizar a troca de informação. Os autores conceberam uma metodologia de aplicação da reengenharia de processos, onde definiram todos os passos necessários desde o levantamento dos diversos processos de uma organização até à montagem de um novo modelo do processo escolhido, fornecendo orientações específicas para a implementação do mesmo.

Atendendo ao exposto, Sharp & McDermott (2001) defendem a ideia de que um procedimento de aplicação de reengenharia de processos não é um fim, mas uma ferramenta que permite compreender um determinado processo tal como ele existe na realidade e que deve terminar quando essa compreensão for verdadeiramente adquirida. A sua abordagem é dividida em dois grandes focos: um modelo de processo “*As Is*” e um modelo de processo “*To Be*”. Isto é, um modelo “*As Is*” é aquele que é apresentado tal como o processo existe e funciona na realidade, um modelo “*To Be*” é aquele que surge como novo, remodelado, partindo do primeiro e orientando a implementação do mesmo até novo momento em que se detete a necessidade de analisar e repensar sobre ele. Assim, o modelo definido por estes autores baseia-se em quatro etapas principias:

- 1) Delimitar o processo;
- 2) Compreender o processo (“*As Is*”);
- 3) Definir o novo processo (“*To Be*”);
- 4) Desenvolver os cenários dos casos práticos.

No Quadro 16 procede-se à descrição mais pormenorizada de cada etapa.

Quadro 16: Modelo de aplicação da Reengenharia de Processos segundo Sharp & McDermott (2001)

Etapa	Descrição das etapas	Atividades a desenvolver
Delimitar o processo	Define-se todos os pormenores relativos ao processo escolhido, atendendo ao seu ambiente envolvente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar o conjunto de processos relacionados ao processo alvo da modelação proposta; ✓ Criar um mapa do processo; ✓ Estabelecer o objetivo e as fronteiras do processo escolhido; ✓ Identificar o nome, o evento inicial, os atores, a duração, a frequência de realização e os atores; ✓ Rever a missão, a estratégia e os objetivos da organização; ✓ Identificar as pessoas envolvidas, os clientes e o responsável pelo processo; ✓ Realizar uma visão geral do processo, onde se discrimina a perceção dos intervenientes sobre o novo processo e a meta de melhoria; ✓ Elaborar um glossário de termos utilizados; ✓ Realizar um poster informativo.
Compreender o processo (“As Is”)	Realiza-se uma análise mais específica do processo de forma a conseguir uma melhor compreensão do processo tal qual ele existe e funciona na realidade,	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquematizar num diagrama tipo <i>swimlane</i> o processo atual, identificando as tarefas de cada indivíduo, quem faz o que e quando; ✓ Identificar aspetos facilitadores do processo, como o uso de ferramentas de TI, motivações e metas. ✓ Fazer levantamento de pontos do processo que mereçam maior atenção, por se revelarem prejudiciais e especialmente aqueles onde é possível obter uma melhoria significativa. ✓ Realizar uma avaliação final do processo “As Is”, reunindo ideias para o novo processo (“To Be”). Se necessário, reavaliar cada passo do processo (a sua necessidade e forma de ser executado, etc.). ✓ Documentar aspectos culturais e do sistemas de gestão.
Definir o novo processo (“To Be”)	Realiza-se a proposta das possíveis melhorias, análise e seleção das características principais do processo e desenha-se o projeto do novo processo.	<p>1- Caracterizar o processo “To Be”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Decidir o que fazer com o processo atual: abandonar, promover melhorias, reprojeter ou subcontratar; ✓ Desenvolver ideias para características e funcionalidades do novo processo; ✓ Avaliar as ideias contextualizadas, através de uma matriz onde se consiga verificar o que implica uma qualquer decisão, por exemplo no fluxo de trabalho, tanto a nível estrutural, como de recursos humanos, etc; ✓ Definir as características chaves do processo “To Be”; ✓ Rever o modelo conceitual do processo. <p>2 – Projeter o <i>workflow</i> do processo “To Be”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenhar o <i>workflow</i> (através de diagramas <i>swimlane</i>) do processo “To Be”, avaliando a viabilidade dos diferentes níveis do processo detalhado.
Desenvolver os cenários dos casos práticos	Analisa-se a transição do modelo para os requisitos do sistema, através da descrição de como os atores do processo devem interagir com o sistema onde estão inseridos para completar as tarefas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar o <i>workflow</i> do processo “To Be” para identificar as situações práticas individuais possíveis, definindo nome, ator, descrição, principais passos e outros alternativos; ✓ Identificar um conjunto de cenários de processo (usualmente entre 5 e 10) ao longo dos principais percursos do novo <i>workflow</i>; ✓ Para cada cenário de processo, identificar os cenários de situações práticas individuais (tipicamente entre 7 a 15), documentando para cada um as condições, principais decisões e resultados; ✓ Desenvolver o diálogo de cada cenário de situações práticas individualmente. ✓ Especificar os casos práticos, adicionando dados, transações e objetos de interface.

Fonte: Quadro realizado com base no livro Workflow modeling de Sharp & McDermott (2001)

A aplicação da reengenharia de processos é uma realidade na melhoria do desempenho global das organizações, permitindo agregar valor a processos na procura da maior eficiência e maior qualidade de produtos e serviços, conseguindo, por vezes, redução de custos. Para tal, a compreensão de cada processo existente na mesma revela-se importante e permite uma melhor gestão. Davenport (1994, p. 8) refere que “os processos são a estrutura pela qual uma organização faz o necessário para produzir valor aos seus clientes”. Neste sentido, descobrir a melhor forma de realizar um processo, influenciará a opinião dos clientes relativamente aos produtos e serviços oferecidos. Portanto, ao estudar-se os processos de forma adequada, detetando inconsistências e problemas, percebe-se onde e como se deve investir no redesenho de modo a agregar valor na organização. Para além disso, compreender os fluxos de trabalho e as componentes anexas aos mesmos, como informações, materiais e serviços, revela-se importante para adequar a organização ao contexto onde se encontra inserida (Albuquerque & Rocha, 2006).

Como foi mencionado anteriormente, a forma como o processo é observado e analisado é um passo importante e necessário para melhorar a forma como os serviços são prestados. Existe a necessidade de compreender a forma como o processo funciona na sua vertente horizontal, a par com os seus pares e que de alguma forma, funcionam interdependentemente do mesmo. “Tudo depende de socialização, educação e treinamento” (Greenspun & Champy, 2011, p.23). Assim, o mapear pormenorizado de cada processo individualmente e posteriormente o seu redesenho poderá agregar valor ao processo major (Ridderstolpe, Johansson, Skau, Rutberg & Ahlfeldt, 2002). Dornelles & Gasparetto (2015) referem que tal poderá ser conseguido através do levantamento das diferentes necessidades ao longo de cada processo e poderá passar pela padronização de procedimentos e documentação correspondente.

A nível da saúde, tal como nas organizações dos restantes setores, o redesenho de processos pode levar a uma melhoria financeira da organização assim como, a melhoria na satisfação e motivação dos colaboradores e no atendimento aos pacientes. Estas áreas melhoradas poderão permitir uma vantagem competitiva da organização prestadora de cuidados de saúde (Dornelles & Gasparetto, 2015). “Serviços de saúde ineficientes e ineficazes podem custar vidas, além de devorar recursos e dinheiro de indivíduos e países” (Greenspun & Champy, 2011, p.18). Neste setor, uma das grandes forças de base da reengenharia de processos é o forte senso de propósito característico do trabalho dos

clínicos. Na generalidade, cada processo é único e deverá ser visto como individual, onde se encontram diversas atividades específicas com entradas e saídas bem definidas. Contudo, verifica-se que na área da saúde, maioritariamente os processos não estão estruturados da melhor forma, revelando excelentes oportunidades para serem otimizados, maximizando a sua qualidade, segurança e conveniência e minimizando os custos dos serviços (*idem*). “A saúde é cara demais e tem resultados de menos por um motivo muito forte: ela é de uma ineficiência tremenda. E por ser ineficiente, os problemas de qualidade se multiplicam” (Greenspun & Champy, 2011, p. 28).

Em 1993, Hammer & Champy definiram reengenharia como: analisar processos e reprojeta-los de forma radical para se conseguir melhorias drásticas no desempenho da organização a nível de custos, qualidade, serviço e velocidade. O segredo da reengenharia cingia-se a quatro termos: *básico* (modo como o trabalho é realizado e às questões elementares que precisam ser feitas em termos de validade de pressupostos fundamentais relativos ao trabalho e às vantagens da inserção de novas tecnologias no mesmo), *radical* (ir além de mudanças superficiais no modo como as coisas são executadas), *drástico* (não se tratando de melhorias marginais ou incrementais, mas por vezes de algo maior do que uma mudança gradual) e *processo* (um grupo de atividades que se recorre de um ou mais tipos de entradas para criar uma saída valorizada pelo cliente - paciente, um clínico ou a entidade que paga pelos serviços – na área da saúde). Em 2011, Greenspun & Champy redefiniram reengenharia, direcionando-a também à saúde, como “a melhoria radical dos processos de prestação de serviços de saúde com o objetivo de aumentar a qualidade e gerar reduções drásticas de custos, ao mesmo tempo que se expande significativamente a acessibilidade dos pacientes a serviços melhorados” (p.30). Ao fazerem-no associam uma condição a um fim, isto é, a prestação eficiente e segura de serviços a custos reduzidos.

Os mesmos autores definem um modelo de reengenharia onde existem três componentes fundamentais: *tecnologias* (que com os seus avanços permitem diariamente redesenhar o trabalho), *processos* (o melhor modo de analisar o trabalho de uma organização e do seu fluxo é vê-la como um conjunto de processos) e *pessoas* (essenciais para o funcionamento correto dos processos, quando bem treinadas a trabalharem em equipa). Na relação entre estes três pilares, as interfaces utilizadas podem contribuir para melhorar ou piorar o desempenho geral da organização, onde se incluem a experiência do utente e o resultado final, de extrema importância para uma organização do setor da saúde. Sendo as pessoas

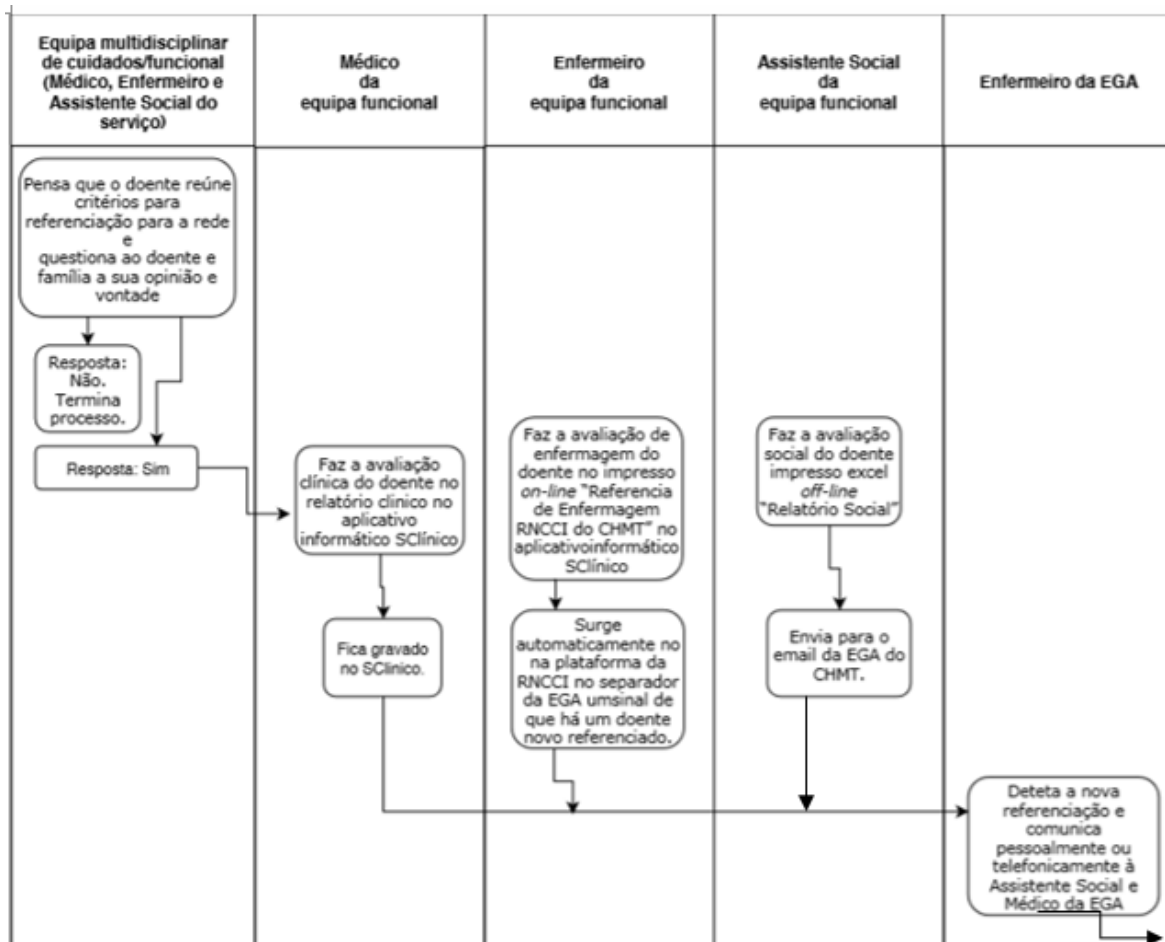
uma pedra fundamental nos processos e, portanto, na sua reengenharia, a relação entre elas será um aspeto importante a trabalhar. Tal como foi referido anteriormente, a relação interpessoal deverá basear-se em confiança e respeito para possibilitar melhor entendimento, neste caso, entre os profissionais e entre estes e os clientes. A falta de valores como a confiança e o respeito prejudica o desempenho individual nos processos. Assim, a formação das equipas de cuidados de saúde concorrerá para esse efeito, tornando-as mais unidas, eficazes e até eficientes no desenrolar do fluxo das suas funções (Greenspun & Champy, 2011). “Na reengenharia, o foco quase sempre está nos fluxos de trabalho técnicos e no processo de mudança em si, o que significa lançar mão de gráficos de gerenciamento de projetos, estudos de tempo e fluxogramas” – diagramas *swimlane* (p.47).

3.2.2 Análise aprofundada do processo de referenciação desde o CHMT até à ECCI – Aplicação da Reengenharia de processos – Processo “As Is”

Com o intuito de realizar a análise da congruência processual da referenciação de pessoas doentes para a RNCCI, no caso, com origem no CHMT até à ECCI⁹, atende-se a aplicação, através de uma abordagem simplificada, da Reengenharia de Processos através da sua exposição em diagramas – *swimlane* e à sua análise passo-a-passo. Posteriormente, pretende-se dar sugestões de melhorias do mesmo. Neste sentido, procede-se à apresentação do referido processo “As Is” em diferentes Figuras (8, 9, 10, 11 e 12), uma vez que se revelou tratar-se de um processo longo.

⁹ Processo que a nível estrutural seguirá todas as etapas do processo geral. Neste caso, optou-se por operacionalizar a Reengenharia de processos no processo com origem e fim nestas duas entidades - CHMT e ECCI - para se poder posteriormente ter contributos de discussão para o estudo empírico realizado no Capítulo 5.

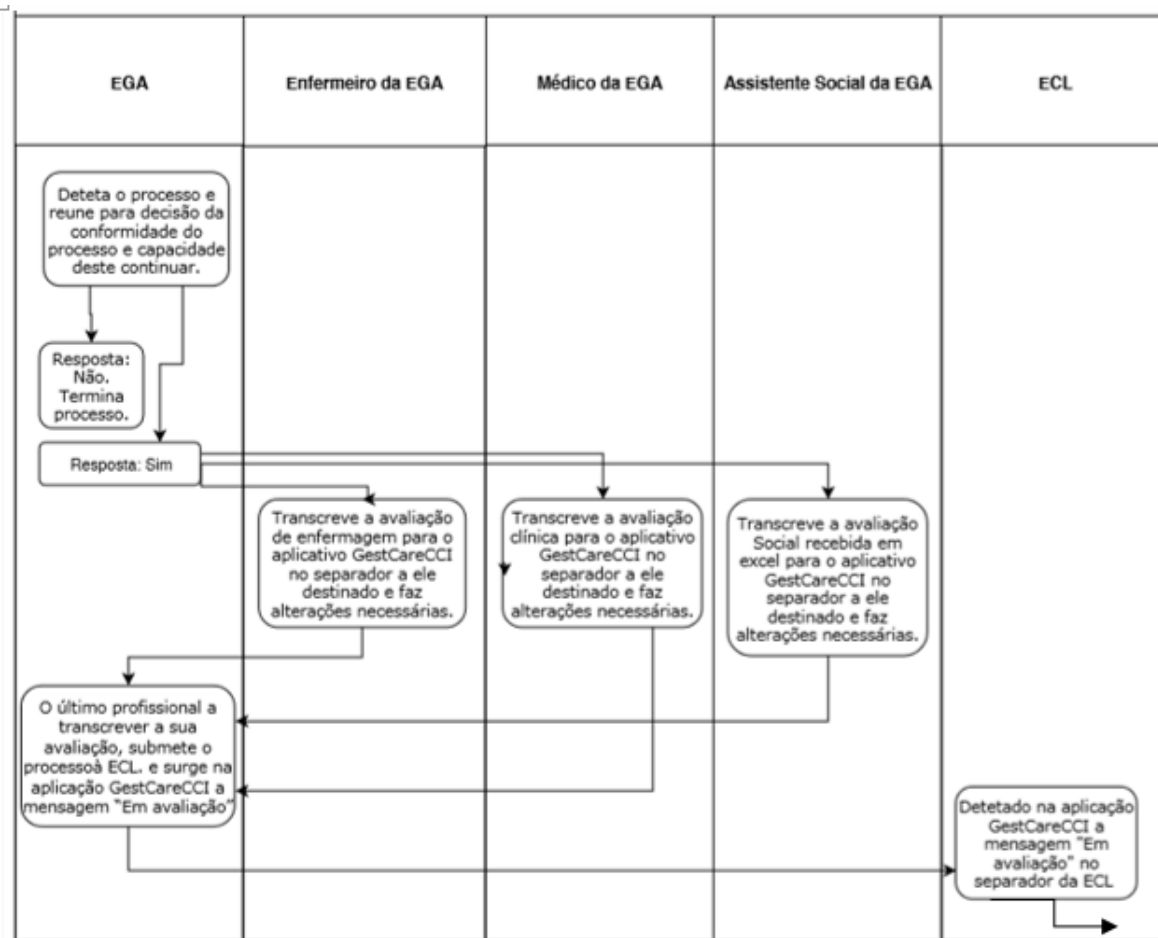
Figura 8: Diagrama 1 – Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da equipa multidisciplinar funcional à EGA



Fonte: Elaboração própria

Apresenta-se na Figura 8 o primeiro diagrama relativo ao referido processo onde se pode verificar o ponto de partida do mesmo. Inicia-se com o internamento hospitalar e a avaliação do doente por parte da Equipa Multidisciplinar de Cuidados/Funcional. Ao determinar que o doente apresenta critérios para ser referenciado para uma das tipologias de unidades ou equipas da RNCCI (ver nos Quadros 8 e 9 anteriormente apresentados), os diferentes profissionais procedem à realização dos seus relatórios (clínico pelo médico, de enfermagem, pelo enfermeiro e social pelo assistente social) nos aplicativos informáticos distintos (médico – SClínico em relatório comum, enfermeiro – Referência de enfermagem para a RNCCI e assistente social – em Excel, exemplar de todos em Anexos II, III e IV) sendo enviados para a EGA, onde o enfermeiro, através de email deteta o novo doente protosto e comunica aos restantes elementos da equipa.

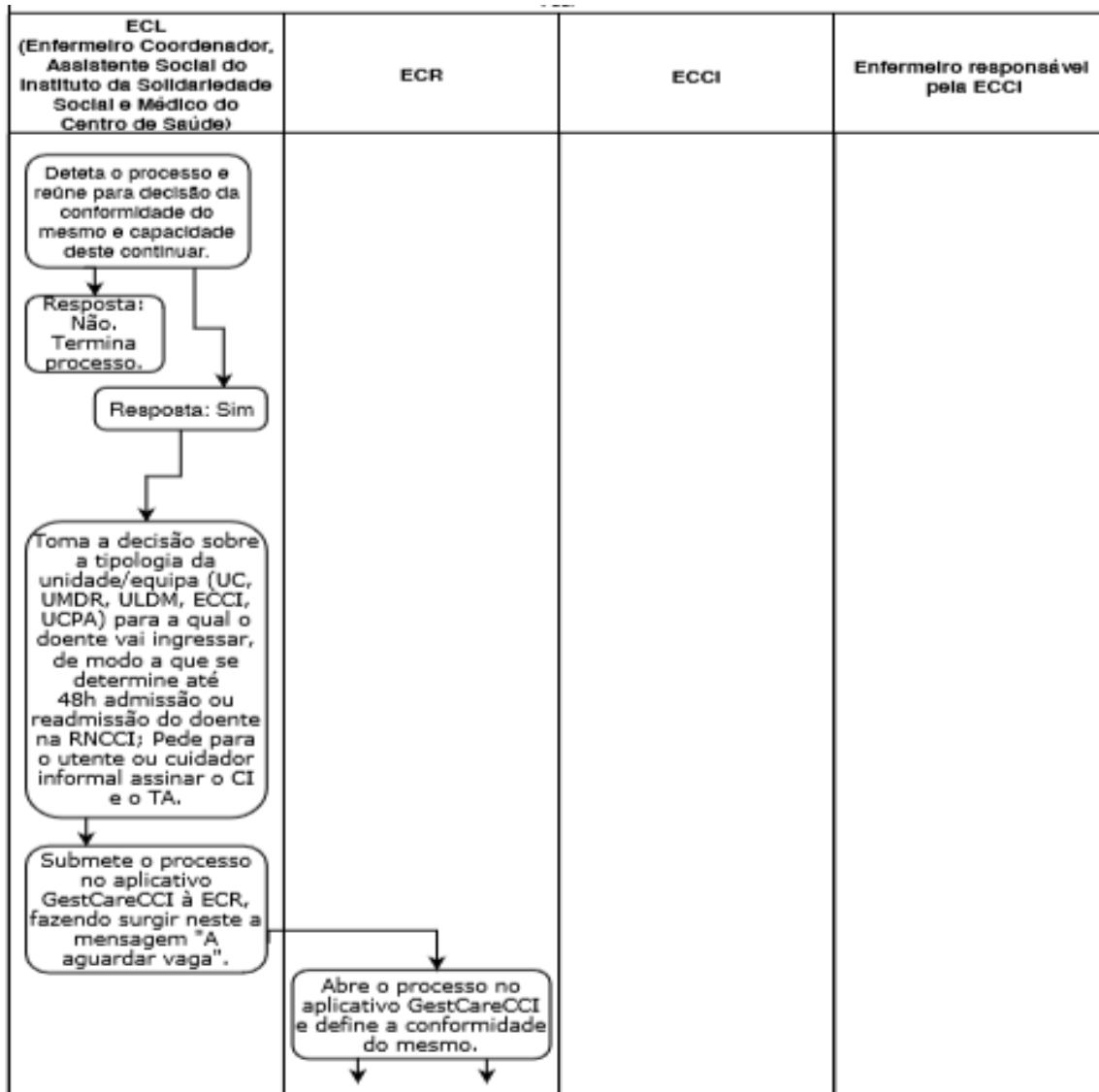
Figura 9: Digrama 2 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da EGA à ECL



Fonte: Elaboração própria

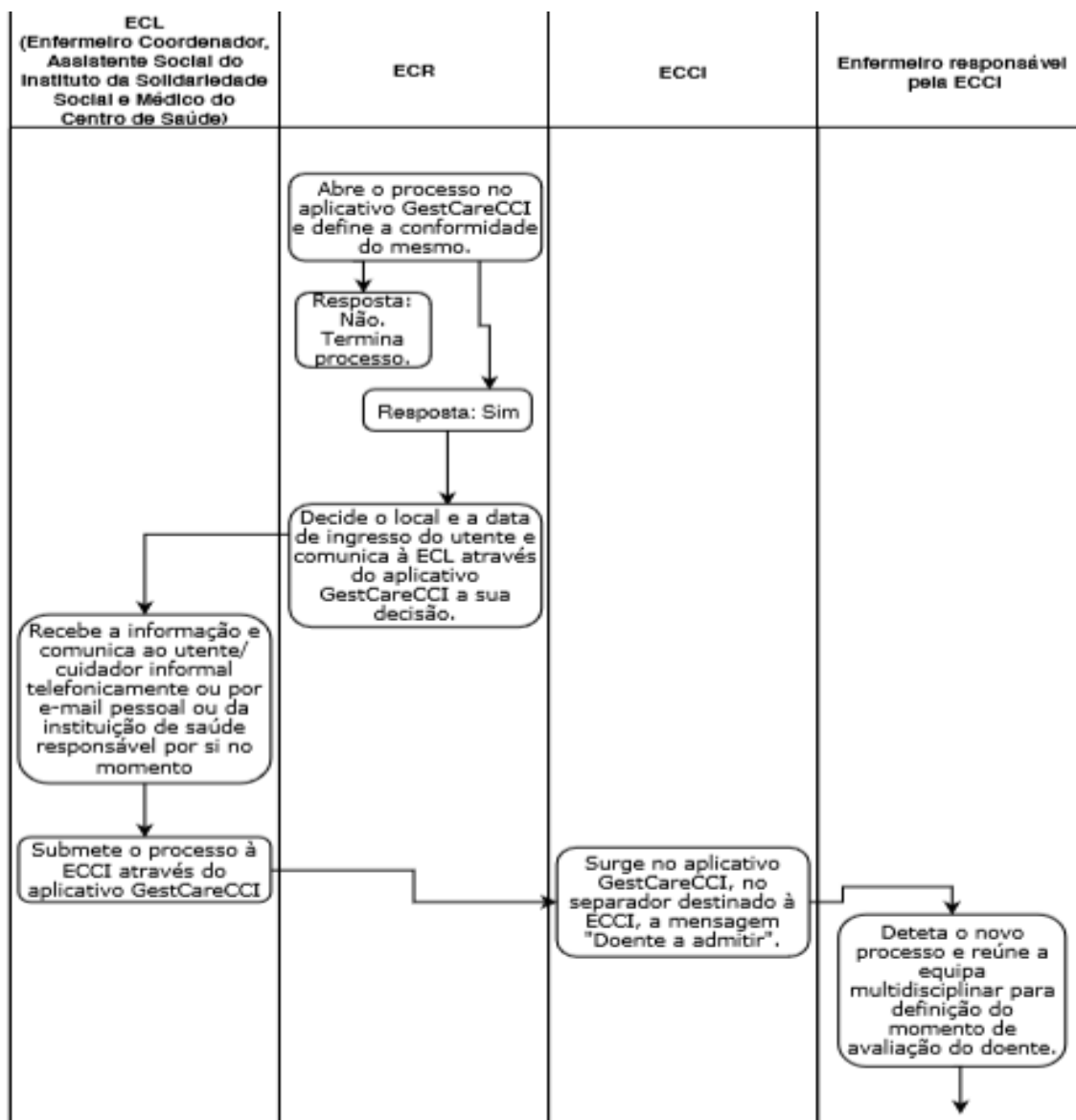
Na Figura 9 apresenta-se o segundo diagrama onde se representa o seguimento do processo. Verifica-se que a EGA reúne de modo a conferir todas as avaliações enviadas e decidir sobre a conformidade do processo, determinando novamente a veracidade e disposição dos critérios do doente. Verificada essa conformidade, decide avançar com o processo, onde cada profissional (médico, enfermeiro e assistente social) transcrevem as informações recebidas da equipa multidisciplinar de cuidados para um novo aplicativo informático – GestCareCCI, para os separadores correspondentes a cada profissional. Após todo o preenchimento do mesmo, o último profissional submete o processo à ECL, surgindo a mensagem – *Em avaliação* - no mesmo aplicativo, mas destinado à ECL.

Figura 10: Diagrama 3 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da ECL à ECCI (início)



Fonte: Elaboração própria

Figura 11: Diagrama 4 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da ECL à ECCI (continuação)



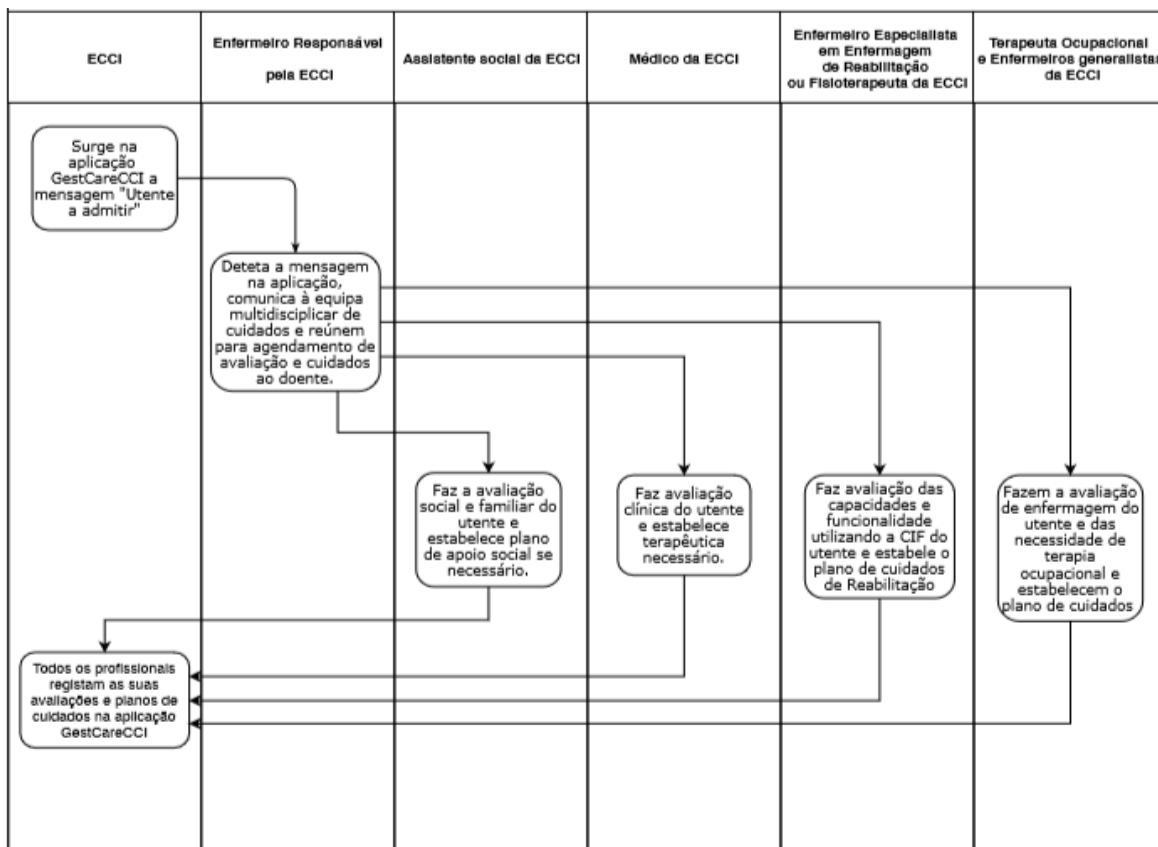
Fonte: Elaboração própria

Nestes Diagramas 3 e 4, Figuras 10 e 11 representa-se a fase do processo em que a informação é detetada pela ECL no aplicativo GestCareCCI e é novamente avaliada a conformidade do mesmo, definindo-se definitivamente a tipologia da unidade ou equipa da RNCCI para onde a pessoa doente irá ingressar. Define-se também o local. Submete-se assim, o processo pelo aplicativo GestCareCCI à ECR, surgindo a mensagem - *A aguardar*

vaga (e a aguardar consentimento e posteriormente internamento efetivo) (tal como indica o Ofício Circular da UMCCI de 10 de fevereiro de 2009).

Após a informação chegar à ECR, esta define o local de ingresso do utente e faz retornar essa informação à ECL para que o utente/cuidador informal tomem conhecimento desse facto e posteriormente possam ingressar na ECCI. Isto é, a ECR ao verificar a informação enviada pela ECL no aplicativo GestCareCCI, determina onde e quando se encontra a vaga pretendida. Envia essa informação, do mesmo modo, novamente para a ECL. Surge assim no aplicativo a mensagem – *doente a admitir* ou *aguarda chegada do doente*. A ECL contacta telefonicamente o utente/cuidador informal ou caso o doente ainda se encontrar internado, contacta o serviço ou a EGA e esta o serviço ou a assistente social do mesmo. Tanto a ECL como a ECCI detetam essa informação. Seguidamente, ao ser admitido pela ECCI, a mesma avalia o doente e realiza o seu plano de cuidados, registando as suas intervenções e avaliações posteriores no mesmo aplicativo – GestCareCCI, como se pode verificar no Diagrama 5, Figura 12. Tal permite que o objetivo do referido aplicativo seja conseguido – todo o processo/informação referente à pessoa doente fica disponível para todos os cuidadores, ao longo de todo o percurso. Isto é, no mesmo aplicativo “GestCareCCI”, o profissional cuidador do utente, sempre que necessitar poderá pesquisar todo o processo de referência pelo qual o utente passou. Ao profissional será dado acesso às tipologias de unidades e equipas da Rede onde a pessoa doente já possa ter ingressado anteriormente e o plano de cuidados desenvolvido para si, assim como as avaliações realizadas. Portanto, torna-se um repositório de informação válida para um cuidador, pois liga o processo de referência ao processo individual do utente (como revela a Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010 e a Nota informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro já mencionadas).

Figura 12: Diagrama 5 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Na ECCI



Fonte: Elaboração própria

Após a descrição do processo, embora pareça que se encontre teoricamente tudo em conformidade com as diretrizes existentes para a sua existência, detetam-se alguns pontos passíveis de melhoria que serão plasmados no processo “*To Be*” apresentado no subcapítulo seguinte. Como sugestão, parece válido que no início, aquando da avaliação multidisciplinar da equipa funcional, cada profissional poderia realizar o seu relatório diretamente no aplicativo GestCareCCI. Desta forma, poder-se-ia evitar que uma equipa completa (EGA) tivesse como preocupação transcrever a referida informação para o aplicativo em causa. Se tal fosse feito, um passo seria ultrapassado, tornando aparentemente o processo mais célere. Isto apenas seria possível, visto que a ECL, sendo uma equipa também multidisciplinar e detentora das competências para reavaliar a referenciação e direcioná-la para uma tipologia, verificaria sempre a viabilidade do processo (como está indicado no Quadro 12). Outra sugestão estaria direcionada à gestão das vagas. Estas poderiam passar pela ECL, em vez da ECR. Deste modo, a ECL poderia

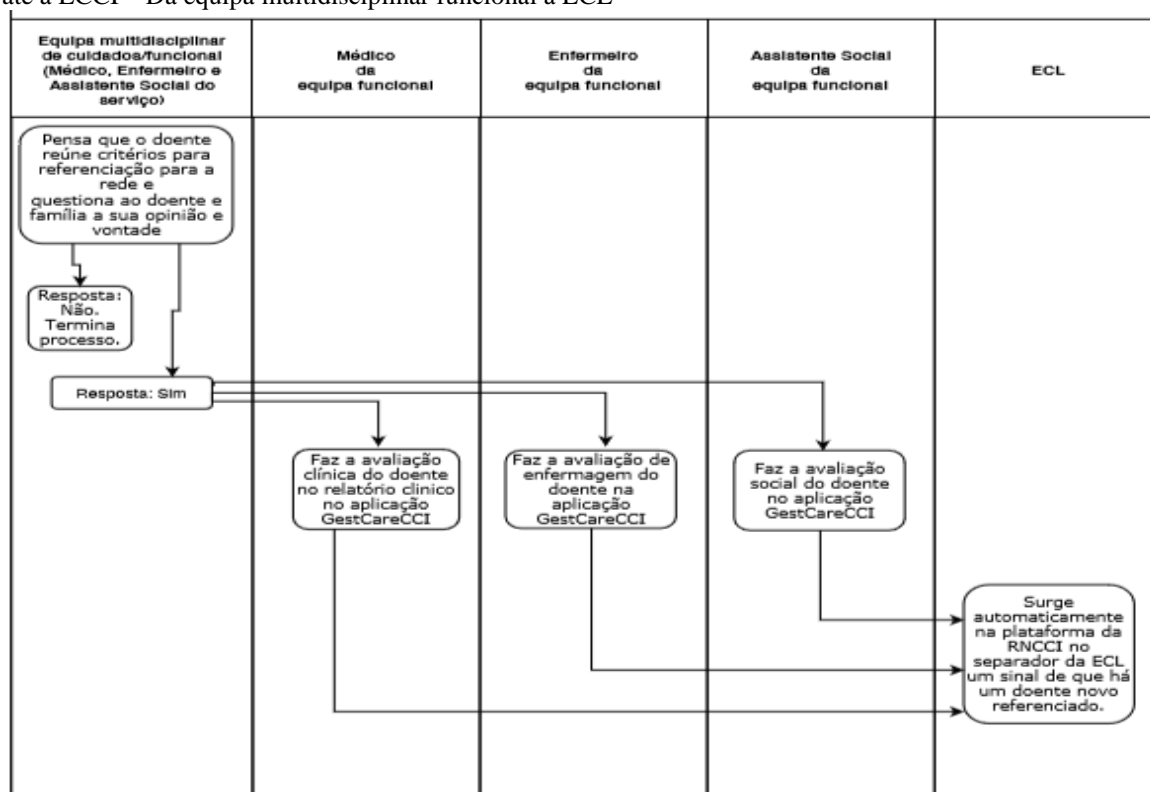
ser composta por um maior número de elementos, mas com um desempenho mais próximo do terreno, ou seja mais próximo da realidade do utente/cuidador informal, dominando melhor a área geográfica e as vagas e instituições nela existentes, aspetos de importância quando se fala de cuidados de saúde a pessoas através de uma rede-interorganizacional (como foi referido no subcapítulo 2.2.2).

3.2.3 Projeção do processo “To Be”

Após a apresentação do processo “As Is” escolhido para ser analisado através da aplicação da Reengenharia de Processos, agora procede-se à apresentação da projeção do novo processo – “To Be”. Opta-se por apenas apresentar sob forma de diagrama *swimlane* as etapas do processo que se sugere alteração/melhoria.

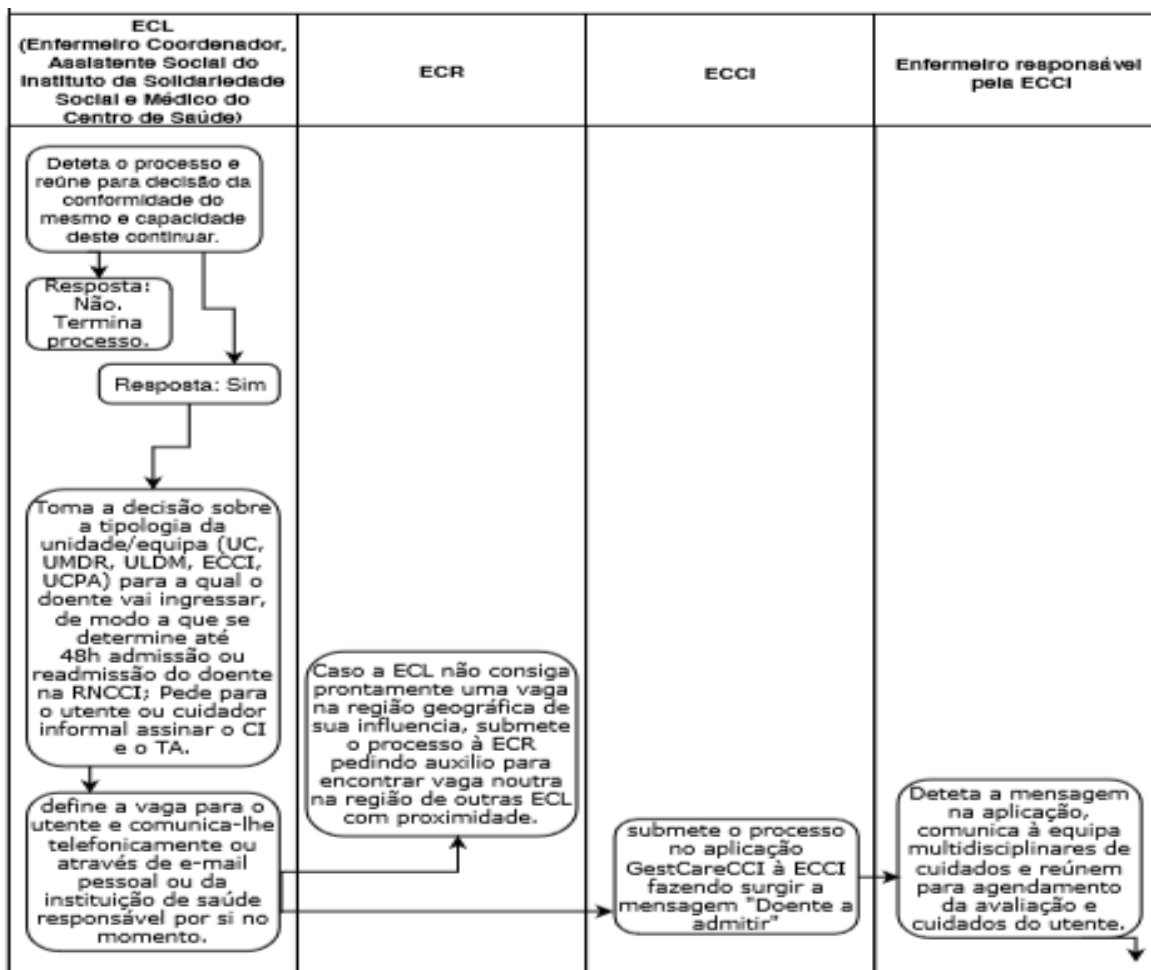
Neste sentido, apresenta-se o Diagrama 6 (Figura 13) referente à fase do processo correspondente ao Diagrama 1 do processo “As Is” e o Diagrama 7 (Figura 14) correspondente às Figuras 10 e 11.

Figura 13: Diagrama 6 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da equipa multidisciplinar funcional à ECL



Fonte: Elaboração própria

Figura 14: Diagrama 7 - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar – CHMT até à ECCI – Da ECL à ECCI



Fonte: Elaboração própria

Compreende-se que estas sugestões de melhoria, por um lado obrigaria a uma formação adequada das equipas multidisciplinares de cuidados da instituição de partida para que não houvesse lugar para falhas no sentido de não cumprir os tempos exigidos pelas entidades superiores. Além disso, levaria à necessidade de reestruturação das equipas pertencentes ao processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI ou até mesmo terminar com alguma delas. Neste caso, a EGA seria excluída do processo, o número de profissionais das ECL provavelmente teria de aumentar, de modo a manter-se mais ativa na proximidade da realidade do utente, podendo discutir mais prontamente um maior número de processos e tomar decisão sobre ele. A ECR teria apenas funções superiores de gestão e avaliação, ficando unicamente de forma mais efetiva, ligada à referenciação e alocação de doentes caso a ECL não conseguisse prontamente encontrar vaga na sua área geográfica e

necessitasse de uma numa área de influência de outra ECL. Assim, haveria uma outra forma de gerir as vagas da Rede e provavelmente se poderia diminuir o tempo de espera para ingresso para que os utentes não necessitassem de aguardar no domicílio (como refere a Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2011 de 30 de março) ou no internamento, obrigando a maiores gastos hospitalares (como já foi referido anteriormente no subcapítulo 2.2.4).

Greenspun & Champy (2011) referem existir três aspetos importantes para que a Reengenharia de processos possa ser devidamente aplicada à área da saúde: pessoa, processo e tecnologia. Quando se escolhe um processo em concreto, o primeiro passo passará por tomar-se consciência dele mesmo. De certo que as pessoas terão um papel a desenrolar e a enaltecer. Uma excelente interligação pessoal e comunicação entre as mesmas facilita e produz um melhor trabalho e equipa. Neste sentido, se este trabalho puder usufruir de novas tecnologias, será uma mais valia, na medida em que, no caso do processo estudado, o GestCareCCI, sendo um aplicativo informático permite estar ao dispor de diversos elementos em simultânea, permitindo partilhar informação no aqui e agora. Parece importante frisar mais uma vez, a importância de uma formação adequada e contínua dos profissionais integrantes no processo de referenciação para a RNCCI e nos cuidados dentro da Rede. Sem este tipo de formação, o profissional e a equipa multidisciplinar que integra, tornam-se menos flexível, adaptáveis e eficiente, na medida em que as suas competências e conhecimentos adquiridos baseia as suas capacidades relacionais e o seu discernimento laboral em cada ação, em cada avaliação e em cada tomada de decisão.

Ao estudar um processo, estes três aspetos não deverão ser esquecidos. A nível das tecnologias, apenas se sugere que a equipa multidisciplinar de cuidados/funcional utilize, logo no início do mesmo, o aplicativo GestCareCCI e que seja daí onde todas as etapas se vão interligando e seguindo.

Capítulo 4: Estudos existentes sobre a RNCCI

Atendendo ao tema escolhido para ser estudado, procurou-se perceber desde logo, qual seria a abrangência dos estudos já existentes. Foram encontrados sete estudos sobre RNCCI, tendo-se utilizado os termos de pesquisa RNCCI, processo de referenciação de pessoas doentes, sistemas de informação da Rede e cuidados de saúde. Os resultados obtidos nestes estudos já realizados revestem-se de extrema importância, uma vez que, não foi encontrado nenhum realizado no mesmo contexto: área geográfica, tipo de instituição e assunto. Por conseguinte, procede-se à extração dos pontos-chave de cada um, apontando as suas principais características e resultados conseguidos.

Ferreira (2012) realizou uma investigação quantitativa com o objetivo de estudar o efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos do Centro Hospitalar do Porto, EPE. Foi realizada uma análise econométrica com base num Modelo de Regressão Linear Múltipla, de modo a analisar o efeito das variáveis idade, sexo, complexidade patológica, referenciação e alta para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre o tempo de internamento por episódio no período de 2010 e 2011. Concomitantemente, investigou diferenças ao nível das variáveis, entre utentes referenciados e não referenciados. Os resultados a que chegou revelou que a referenciação e a alta de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados acarretavam um aumento do tempo de internamento e dos custos associados no Centro Hospitalar do Porto. Para além disso, as etapas do circuito de referenciação intrínsecas à instituição apresentavam uma mediana de número de dias substancialmente superior à mediana regional, podendo justificar parte do acréscimo verificado no tempo de internamento.

Ao realizar esse estudo, verificou que alguns objetivos estratégicos, definidos para a RNCCI, relacionados com a diminuição da demora média dos internamentos não estão a ser alcançados instituição estudada.

Fernandes (2013) realizou um estudo exploratório descritivo, de natureza transversal, onde foi aplicado um questionário a 111 profissionais de Saúde dos Centros de Saúde da ULS do Nordeste. Nesse trabalho, procurou-se estudar as dificuldades que as equipas de Saúde

Familiar apresentavam no processo de referenciação de doentes para a RNCCI, identificando as seguintes dificuldades:

- a troca de experiências entre profissionais;
- a burocratização no processo de referenciação;
- situações de referenciação logo após a alta hospitalar;
- a escassez de formação;
- a morosidade no processo de admissão;
- a ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente.

Sepúlveda (2013) realizou um trabalho de investigação que procurava responder às questões:

- *Que dados/informação de referenciação, documentada nos SI da RNCCI relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem?*
- *Que repositórios, de dados/informação de referenciação para a RNCCI, relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem?*
- *Qual o nível de acessibilidade aos dados/informação de referenciação para a RNCCI que, na perspetiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?” (p.49)*

e tinha como objetivos:

“identificar os dados/informação de referenciação documentada nos SI da RNCCI que relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem; identificar os repositórios de dados/informação de referenciação para a RNCCI; e identificar o nível de acessibilidade aos dados/informação de referenciação para a RNCCI que, na perspetiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem” (p. xv).

Esse trabalho traduziu-se num estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Foi realizado em dois momentos distintos: o primeiro de

caráter qualitativo, através da realização de entrevistas dirigidas a informantes-chave, de onde resultaram:

- dados capazes de contribuir para a identificação de itens de dados/informação considerados como mais relevantes para os enfermeiros das ECCI no momento da referenciação;
- identificação de problemas de acessibilidade à informação considerada relevante para os enfermeiros das ECCI.

Estas informações em conjunto com os resultados da análise dos sistemas de informação em uso na RNCCI, acrescidas do recurso à literatura, permitiu a elaboração de um questionário a aplicar no segundo momento (caráter quantitativo), com o objetivo de “conhecer a relevância/acessibilidade da informação apresentada no SIRNCCI, no momento da admissão nas ECCI, para efeitos de continuidade de cuidados” (p. 118). O questionário foi respondido por 84 enfermeiros com atividade profissional nas ECCI e ECL da Região de Saúde do Norte, tendo sido utilizado o método de amostragem não probabilístico e de conveniência. Chegou aos seguintes resultados:

- O GestCare® CCI contém, no momento da referenciação, uma grande quantidade de informação relevante e deve ser considerado o principal repositório dessa informação, embora também apresente alguma dificuldade na acessibilidade da mesma;
- O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)¹⁰ é também mencionado como repositório de informação de referenciação relevante, mas não se posiciona como um repositório eficaz pelas limitações em termos de partilha de informação com os intervenientes da rede.

¹⁰ Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, criado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIF), atualmente designado por Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). É um aplicativo informático onde os enfermeiros recolhem, processam e documentam informação sobre os utentes a cuidar (Sepúlveda, 2013). Este aplicativo era utilizado a nível das equipas de saúde dos Centros de Saúde. O aplicativo GestCareCCI é um aplicativo apenas utilizado por profissionais pertencentes à RNCCI, tanto a equipas referenciadoras, como a equipas prestadoras de cuidados, encontrando-se estas nas unidades de internamento ou ainda a trabalhar no âmbito domiciliário (como foi referido nos subcapítulos 2.2.4 e 2.2.5). De referir que por vezes, algumas equipas de profissionais da RNCCI, integram equipas dos Centros de Saúde.

Atendendo a tal, as conclusões de Sepúlveda (2013) apontam para a existência de um padrão de respostas sistematicamente mais baixas relativamente à acessibilidade, quando comparadas com os níveis de resposta para a relevância, o que demonstrava a necessidade de intervir no âmbito dos processos de referenciação e do próprio aplicativo GestCare® CCI, de modo a melhorar a acessibilidade da informação relevante.

Petronilho, Pereira & Silva (2014) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer os critérios que estão envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. O método utilizado passou pela realização de entrevistas exploratórias a 18 profissionais de saúde de 4 hospitais da região norte de Portugal. Os resultados obtidos centraram-se em quatro categorias principais relativas aos critérios de decisão:

- 1) aspetos centrados no doente dependente (com enfoque no potencial de recuperação de autonomia e o grau de dependência);
- 2) aspetos centrados na família (centrados no suporte familiar com enfoque no grau de mestria do familiar cuidador para tomar conta do dependente em casa);
- 3) aspetos centrados nas respostas da comunidade;
- 4) aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde.

Adjacentes a estas foram identificadas 21 subcategorias. Após tal descoberta, os autores decidiram estudar uma amostra de 273 doentes dependentes. Obtiveram-se resultados como:

- 58,6% destes foram para casa ao cuidado dos familiares;
- 28,2% foram encaminhados para as unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados Portugal;
- 9,5% foram encaminhados para lares de idosos;
- 3,7% para famílias de acolhimento.

Chegaram então à conclusão de que “as terapêuticas de enfermagem são um recurso essencial na promoção das transições dos doentes dependentes no regresso a casa e famílias, uma vez que, os critérios envolvidos na decisão, inscrevem-se no âmbito da decisão clínica dos enfermeiros” (p. 43).

Guerreiro (2016) investigou os conhecimentos dos estudantes de enfermagem sobre a RNCCI, que frequentavam o terceiro e quarto ano na Escola Superior de Saúde do Instituto

Politécnico de Bragança. O estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional teve como pergunta de investigação: “Quais os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura em enfermagem sobre a RNCCI? (p.2)” e como objetivos:

“avaliar os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança; analisar o plano de estudos da licenciatura de enfermagem; propor a integração de um módulo curricular sobre a RNCCI no plano de estudos da licenciatura de Enfermagem”(p.2).

O método de seleção da amostra utilizado foi o não probabilístico e de conveniência, que refletisse a distribuição da população por ano de escolaridade. Resultante disso, foram inclusos 120 alunos (75 % da população), selecionados acidentalmente. A autora conseguiu concluir que:

- os alunos, de um modo geral, manifestavam conhecimentos sobre a RNCCI, verificando-se que cerca de 90% de respostas dadas por eles referentes sobre a RNCCI estavam corretas. No entanto, cerca de 75% dos alunos tinham respondido erradamente às afirmações relacionados com o processo de referenciação e tipologia das respostas da RNCCI;
- comparando com estudos realizados com enfermeiros que exercem funções na RNCCI, os alunos não apresentavam conhecimentos suficientes para desencadear funções ou desenvolverem processos relacionados com a RNCCI, apesar de terem conhecimentos gerais da mesma. Apresentavam falhas, desde logo, no processo de referenciação, tal como o que se verificava com os profissionais que já trabalham na área;
- a formação teórica e/ou prática, no plano curricular da licenciatura de enfermagem é importante na preparação dos futuros enfermeiros a desempenharem funções na RNCCI;
- os enfermeiros que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários e Secundários, também careciam de formação sobre a RNCCI, uma vez que é durante o internamento que se inicia o processo de referenciação;

- As principais dificuldades dos enfermeiros, que já exerciam funções na RNCCI, ou estavam ligados profissionalmente a ela, em estudos já realizados e explorados no referido trabalho, foram:

- a falta de formação para lidar com a morte em cuidados continuados;
- a falta de formação sobre o processo de referenciação de doentes para a RNCCI;
- na preparação da alta do utente idoso e comunicação com familiares do utente internado e na realização de ensinamentos à família.

Marvanejo (2017) realizou um estudo descritivo, não experimental e quantitativo, transversal comparativo e correlacional. Teve como impulsionadores objetivos como identificar e comparar a funcionalidade apresentada pelos utentes internados no domicílio nas ECCI (com e sem Enfermeiros de reabilitação) e analisar associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto e a funcionalidade dos Utentes. Foram utilizados dois grupos distintos de utentes internados no domicílio nos lugares de ECCI de 01 janeiro de 2015 a 31 agosto 2016: 33 que constituíam um grupo de controlo sem visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 27 pertencentes ao grupo experimental com visita domiciliária do enfermeiro reabilitação. Foi utilizado o método de amostragem não probabilístico por conveniência. Os resultados apontam para que 56,7% da amostra global tinha funcionalidade muito reduzida, 26,7% tinha funcionalidade ausente, 15% funcionalidade reduzida e nenhum utente tinha funcionalidade total. Assim, as conclusões do estudo remontam para que

“a funcionalidade destes utentes é bastante reduzida e por isso o desafio que se coloca ao EEER, em ECCI, é cuidar do utente e do seu cuidador com vista a assegurar a manutenção da funcionalidade. Deste modo, a continuação da prestação de cuidados no domicílio, sem interrupção e numa perspetiva integrada, apresenta-se como uma pedra angular que permite o estabelecimento de um programa de reabilitação estruturado e focado no utente e na sua família. Este é o paradigma que emerge atualmente nos cuidados de saúde primários e aplicá-lo é um dever dos profissionais e das instituições” (p. 8).

Acresce ainda nas conclusões que os indivíduos que residiam próximos dos grandes centros populacionais tinham acesso a cuidados de saúde especializados, como por exemplo a visita domiciliária do EEER, provavelmente seria por isso que apresentavam funcionalidade superior. Defendeu então as ideias de que:

- a existência de uma visita estruturada do EEER e a implementação de um plano de reabilitação adequado massificado a nível nacional, seria um investimento que permitiria aos utentes permanecerem nos seus domicílios com uma maior funcionalidade, facilitando a integração social do utente na família e consequentemente na comunidade;
- com os dados já apresentados de vários estudos e corroborados pelo seu, revelava-se incompreensível que ECCI devidamente estruturadas não tivessem na sua equipa nuclear pelo menos um EEER, uma vez que era visível que a sua inexistência iria comprometer a continuidade dos cuidados de reabilitação pretendidos, levando a um maior número de reinternamentos hospitalares, que tanto custam aos utentes, famílias e ao próprio SNS;
- dever-se-ia conseguir estratégias que superassem a frágil coordenação e articulação existente naquela instituição na área da reabilitação, que muitas vezes provocou uma resposta que nem sempre foi atempada e adequada, às necessidades dos utentes que se encontravam em situação de perda de funcionalidade no seu domicílio.

Cunha (2017) realizou uma investigação do tipo exploratória descritivo, qualitativa com recurso à realização de entrevistas aos profissionais que participavam diretamente no processo de sinalização e referenciação de doentes às ECCI. Tal foi realizado com o intuito de atingir o objetivo de identificar os constrangimentos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, descritos pelos profissionais do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.. Foram identificados como principais constrangimentos:

- a pouca divulgação sobre as ECCI;
- critérios de inclusão pouco explícitos;
- a falta de formação dos profissionais;
- a ausência de planeamento de alta;

- sinalizações e referências tardias;
- demora no tempo de resposta;
- assimetrias entre as ECCI.

As sugestões de melhoria aos processos apontadas por Cunha (2017) centram-se na/em:

- formação de equipas;
- melhorar a comunicação entre os profissionais;
- melhorar os registos no processo clínico eletrónico;
- melhorar o sistema de tecnologia e informação com ferramentas que apoiem a tomada de decisão.

As conclusões do estudo indicam que os internamentos prolongados a nível hospitalar são resultado de uma insuficiente resposta ao nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social conjugado, afetando a eficiência hospitalar. Para além disso, revela ser imperativo aumentar a resposta nas ECCI, assim como a formação, divulgação das ECCI, comunicação e trabalho em equipa, pois são fundamentais no processo de sinalização e referência para as ECCI. No sentido de corroborar as suas conclusões, refere que outros estudos a nível nacional e até internacional espelharam que os CCI não apresentaram o impacto desejado na eficiência hospitalar, tendo pelo contrário, aumentado a demora média de internamento. Por conseguinte, levaram a recomendações no sentido do desenvolvimento de modelos CCI em aproximação aos cuidados domiciliários e comunitários, uma vez que apresentavam-se como soluções mais custo-efetivas e privilegiavam os princípios de proximidade e da articulação e integração de cuidados.

Compilando os resultados conseguidos em todos os estudos referidos anteriormente, pode revelar-se que:

- A referência e a alta de doentes para a RNCCI em determinados locais do país provocam um aumento do tempo de internamento e dos custos hospitalares associados a isso. Tal veio provar que alguns objetivos estratégicos, definidos para a RNCCI, relacionados com a diminuição da demora média dos internamentos, não estão a ser alcançados (Ferreira, 2012);

- Existem equipas de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários que sentem dificuldades na referência de doentes para a RNCCI. Dificuldades essas que passam

pela: fraca troca de experiências entre profissionais; burocratização no processo de referenciação; situações de referenciação logo após a alta hospitalar; escassez de formação; morosidade no processo de admissão; ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente (Fernandes, 2013);

- O GestCare® CCI contém, no momento da referenciação, uma grande quantidade de informação relevante e deve ser considerado o principal repositório dessa informação, embora também apresente alguma dificuldade na acessibilidade da mesma. Tal revela que a necessidade de intervir no âmbito dos processos de referenciação e do próprio aplicativo GestCare® CCI, de modo a melhorar a acessibilidade da informação relevante é uma realidade (Sepúlveda, 2013);

- A decisão sobre destino de doentes no pós-alta hospitalar tem critérios que se podem agrupar em categorias principais, passando em determinados locais, por aspetos centrados no doente dependente, na família, nas respostas da comunidade e nas respostas dos serviços de saúde. Existem diferentes possibilidades para o doente após a alta, das quais as mais observadas, o regresso a casa ao cuidado dos familiares e o encaminhamento para as unidades da RNCCI, as de menor relevância, o encaminhamento para lares de idosos e ainda, para famílias de acolhimento. Os cuidados de enfermagem e tudo o que se encontra subjacentes aos mesmos, são de extrema importância na transição do doente dependente, no regresso a casa. Os critérios de enfermagem são aqueles com maior relevância para a decisão do destino do doente, nesse momento (Petronilho, Pereira & Silva, 2014);

- Relativamente aos conhecimentos que os alunos de enfermagem possuem sobre a RNCCI, pode afirmar-se que estes manifestavam conhecimentos, mas ainda apresentavam muitas dúvidas sobre o processo de referenciação e tipologia das respostas da RNCCI. Tal comprovava que os alunos não apresentavam conhecimentos suficientes para desencadear funções ou desenvolverem processos relacionados com a RNCCI, apesar de terem conhecimentos gerais da mesma. Apresentavam falhas, desde logo, no processo de referenciação, tal como o que se verificava com os profissionais que já trabalham na área. Mais uma vez, a formação adequada dos enfermeiros é identificada como um passo importante para o adequado funcionamento da RNCCI e deve iniciar logo na licenciatura (Guerreiro, 2016);

- A existência de uma visita estruturada do EEER e a implementação de um plano de reabilitação adequado traz benefício em termos de ganhos de funcionalidade aos utentes que se encontram no domicílio e estão sujeitos à visita desse profissional de saúde. Atendendo a tal, ainda se revela incompreensível que ECCI devidamente estruturadas não tenham na sua equipa nuclear, pelo menos um EEER. A sua inexistência pode comprometer a continuidade dos cuidados de reabilitação pretendidos, levando a um maior número de reinternamentos hospitalares, de elevado custo aos utentes, famílias e ao próprio SNS (Marvanejo, 2017);

- Em determinados locais do país o processo de sinalização e referenciação de doentes para as ECCI decorrem de alguns constrangimentos como por exemplo: pouca divulgação sobre as ECCI, critérios de inclusão pouco explícitos, falta de formação dos profissionais; ausência de planeamento de alta, sinalizações e referenciações tardias, demora no tempo de resposta e assimetrias entre as ECCI. Foi realizada uma listagem de sugestões de melhoria aos processos que passam por formação de equipas, melhoria de comunicação entre profissionais, assim como de registos e das tecnologias de informação utilizadas (Cunha, 2017).

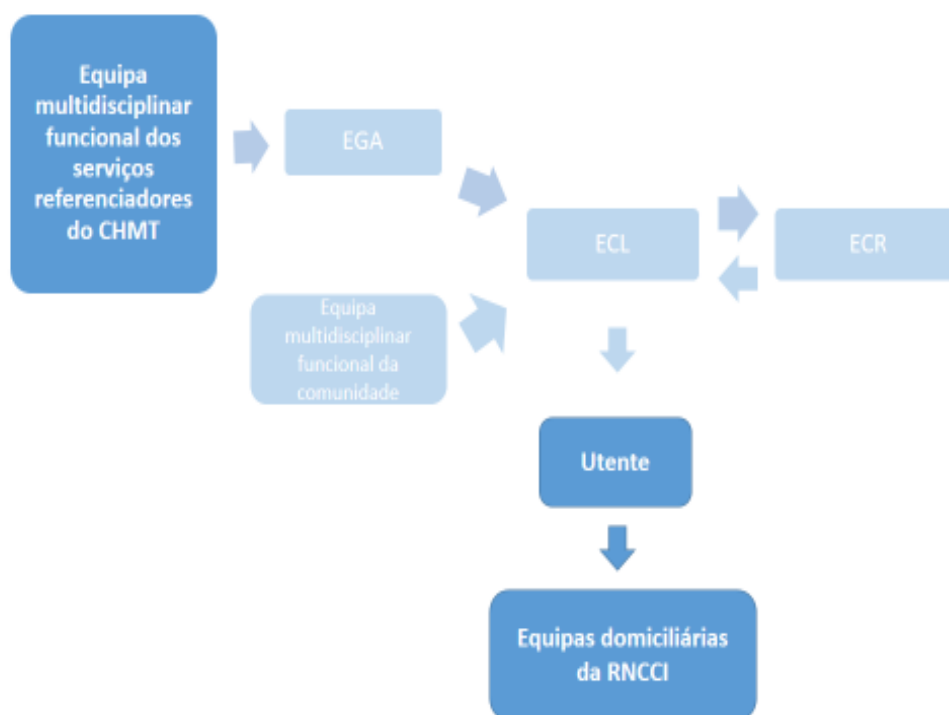
Atendendo às conclusões chegadas através dos diferentes estudos apresentados, compreende-se que, na realidade, a operacionalização do processo planeado para a RNCCI e revisto neste trabalho na secção 3.2.2. aparenta-se sob o ponto de vista teórico congruente. Além disso, esta operacionalização mostrou-se algo conturbada, verificando-se que em diversos locais do país surgem dificuldades de distintas naturezas. A verificação da existência das dificuldades na operacionalização do processo de referenciação revela-se ser um aspeto que vem reforçar a importância do estudo de caso apresentado no próximo capítulo.

Capítulo 5: Estudo de Caso

5.1 Introdução/Objetivos

Com o intuito de atingir os objetivos (3) analisar a implementação prática das soluções processuais referidas e (4) caracterizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma, procurou-se realizar um estudo empírico no CHMT e na sua área geográfica, no outro extremo dos cuidados (nos cuidados continuados – Equipas domiciliárias da RNCCI), do ACES do Médio-Tejo, tal como ilustrado na Figura 15.

Figura 15: Identificação das entidades do estudo de caso



Fonte: Elaboração própria

Esta opção deveu-se ao facto de ser, por um lado, o CHMT a instituição onde a investigadora desempenha as sua atividade profissional e onde sentiu a existência de prováveis falhas na RNCCI (incluindo processo de referenciação e cuidados de reabilitação prestados no domicílio) e por outro, os utentes que têm alta do CHMT, são referenciados para a comunidade, instituições pertencentes ao ACES do Médio Tejo.

Esta fase do trabalho de investigação permitiu também confrontar os dados obtidos com os factos traduzidos através dos diagramas *swimlane* (Figuras 10, 11, 12 e 14) onde se encontra a fracção do processo “*As Is*” em análise e as sugestões dadas no processo “*To Be*” realizado em que a ECCI é identificada como um agente. Além disso, permitirá realizar um paralelismo com os resultados reunidos nos estudos já realizados e anteriormente referidos.

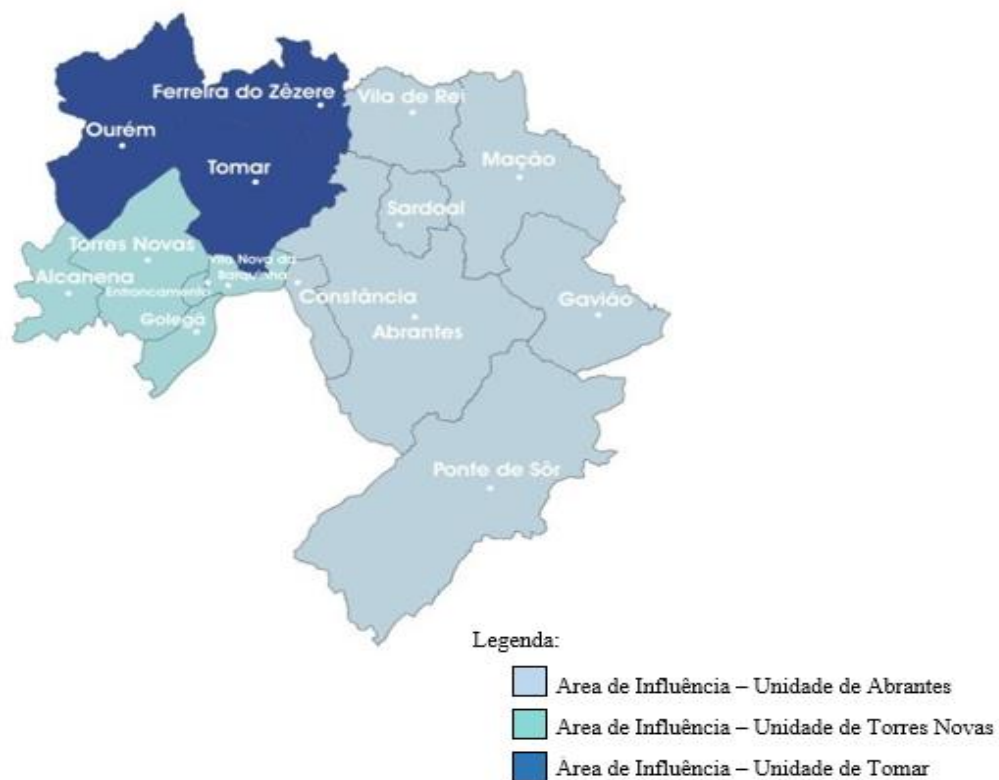
5.2 Caracterização do Centro Hospitalar Médio Tejo e do ACES do Médio Tejo

Atendo à área geográfica escolhida para desenvolver o estudo de investigação, procede-se a uma breve caracterização das duas grandes entidades de saúde inclusas no mesmo – CHMT e ACES Médio Tejo.

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. é uma entidade com génese no Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho. Este veio efetivar a alteração das entidades públicas empresariais de hospitais anteriormente de outra natureza - sociedade anónima. Os seus estatutos foram aprovados pelo Decreto-Lei nº 233/2005, onde revela que os Hospitais S.A. se transformam em Entidades Públicas Empresariais, E.P.E. (CHMT, 2017).

Esta entidade tem uma área de abrangência de 15 concelhos (os doze concelhos pertencentes ao distrito de Santarém, acrescidos ainda de Vila de Rei, Gavião, Ponte de Sôr.) (Figura 16), servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes, constituída por três unidades de cuidados diferenciados, localizadas nas cidades de Abrantes, Tomar e Torres Novas (Figura 17) (*Idem*).

Figura 16: Área de abrangência do CHMT E.P.E.



Fonte: Elaboração com base em Santos das Neves (2014)

Figura 17: Unidades Hospitalares constituintes do CHMT E.P.E.



Fonte: Elaborado com base no CHMT (2017) em <http://chmt.pt/CHMT/Comunicacao/Noticias?pageIndex=6>

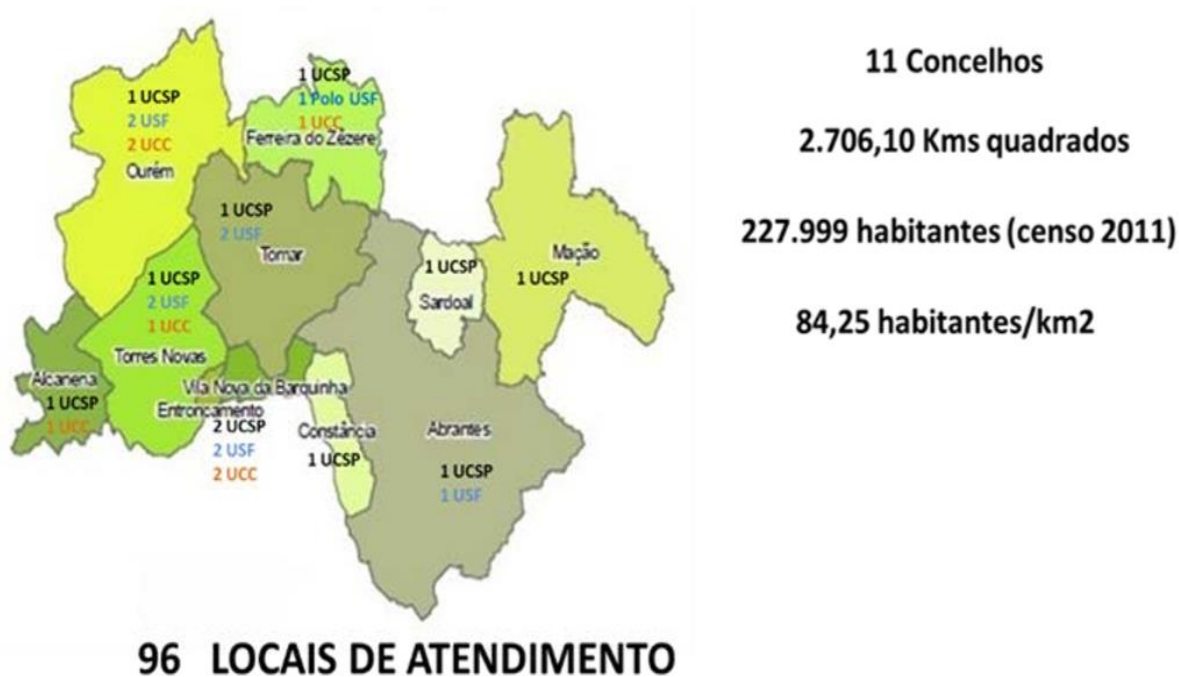
A visão do CHMT incide no reconhecimento da sua competência, como referência, na prestação de cuidados de saúde diferenciados, através da oferta de diferentes especialidades. Aposta no desenvolvimento de serviços eficientes e inovadores com uma gestão de recursos adequada. Assim, apresenta como objetivo principal e reunindo as devidas condições de qualidade e humanidade dos serviços prestados, o tratamento e a reabilitação dos utentes, em tempo clinicamente adequado (CHMT, 2017).

O CHMT apresenta como sua missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade. A instituição procura assumir uma complementaridade entre três unidades hospitalares onde se reflita como um Centro de elevada competência tanto na organização como na prestação assistencial. O seu intuito é de ser uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais. (*Idem*)

A atividade do CHMT assenta num desenvolvimento sustentado onde segue o princípio de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras de organização e as redes de cuidados de saúde. Além disso, apresenta alguns valores como primordiais: Qualidade (na procura dos melhores resultados na prestação de cuidados, baseada na satisfação das necessidades da comunidade, promovendo uma melhoria contínua e cooperação entre os diversos Serviços); Ética e Integridade (na orientação de ações tomadas nas relações, segundo os nobres princípios de conduta); Respeito pelo direitos individuais (na assunção do compromisso de salvaguardar a dignidade individual nas relações no decurso da sua operacionalidade); e Competência e inovação (na procura da manutenção de melhores e mais seguros cuidados de saúde através do desenvolvimento da Instituição e da implementação de novas soluções) (SNS,2018).

O ACES Médio Tejo, é uma entidade que abrange uma área geográfica de cerca de 2.706 Km² onde habitam cerca de 227.999 indivíduos, distribuídos por 11 concelhos (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila nova da Barquinha) (Figura 18). A sua constituição inclui 8 USF, 11 UCSP e 7 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma USP e uma URAP repartidos por 96 locais, tal como é ilustrado nas Figuras 18 e 19 (ARSLVT, 2016).

Figura 18: Área de atuação do ACES Médio – Tejo

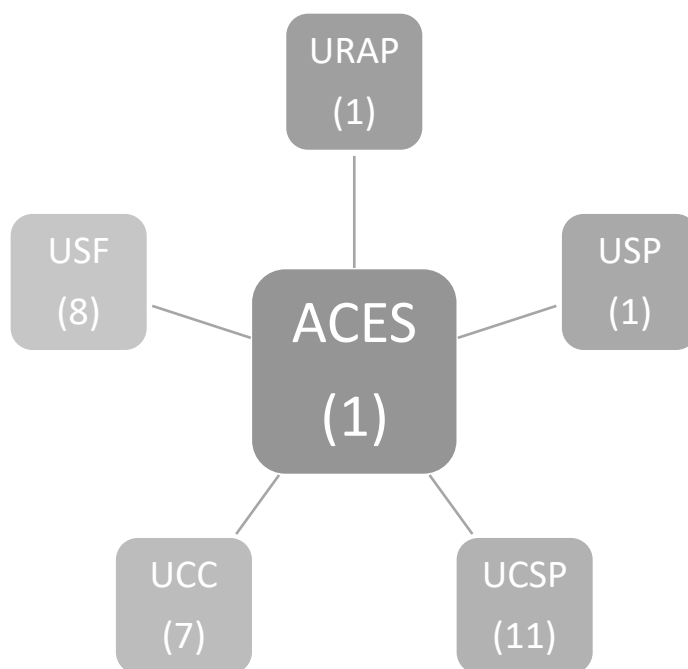


Fonte: Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] (2016)

A missão do ACES Médio -Tejo passa por garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde primários de qualidade (promoção da saúde e prevenção da doença) a cerca de 235.390 utentes, preocupando-se em adequar os recursos disponíveis às necessidades em saúde dos mesmos e em cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde. (*Idem.*)

No decorrer das suas funções, o ACES Médio Tejo rege-se por valores como o respeito, a igualdade e o profissionalismo, desenvolvendo atividades que integram a vigilância epidemiológica, a investigação em saúde, o controlo e avaliação dos resultados e a participação formativa de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (SNS, 2018).

Figura 19: Organização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Adaptado de SNS (2018)

5.3 Metodologia

Neste capítulo será descrita de forma explícita e pormenorizada a metodologia de investigação utilizada no desenrolar do estudo empírico deste trabalho. Será identificado o método de investigação selecionado, o tipo de estudo, o modo de seleção dos participantes nele incluídos, a descrição dos instrumentos utilizados para a recolha de dados e por fim o método de análise de dados.

5.3.1 Abordagem Metodológica

Para o desenrolar de uma pesquisa científica, diversos autores indicam a existência de abordagens metodológicas qualitativas, quantitativas ou mistas. Nesta etapa deste estudo, pretende-se identificar o tipo de abordagem utilizada e os métodos de recolha de dados a

que se recorreu para atingir os diferentes objetivos definidos, mais especificamente: analisar a implementação prática das soluções processuais referidas e caracterizar o processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma.

Para atingir os mesmos realizou-se a um estudo com uma abordagem qualitativa, onde se recorreu à entrevista semi-estruturada, como instrumento de recolha de dados, depois de realizado o guião de entrevista. A análise dos dados foi com recurso à análise de conteúdo.

Seguiu-se o método qualitativo de pesquisa por ser tido como aquele que atende ao nível subjetivo e relacional da sociedade e como tal, tem em conta a história, o universo, o significado, as razões, as crenças, os valores e as atitudes dos atores sociais (Minayo, 2013). Habitualmente investigadores qualitativos recorrem a teorias fenomenológicas em conjunto com a sua visão própria do mundo para extrair significados dos acontecimentos, optando por vezes análises temáticas. (Onwuegbuzie, 2003). Neste sentido, a “perspectiva qualitativa de pesquisa que tem como objectivo a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas acções num dado contexto” (Craveiro, 2007, p. 202). Por conseguinte, pretende-se interpretar em detrimento de quantificar e procura-se compreender o real experienciado pelos sujeitos a partir da forma como agem e pensam (*Idem*). Serrano (2004, p. 32) realça que é importante “conhecer as realidades concretas nas suas dimensões reais e temporais, o aqui e o agora no seu contexto social”.

Para Hupcey (2010) existem três impulsionadores de um estudo de investigação qualitativa: quando o conhecimento é diminuto sobre um fenómeno ou conceito devido à escassa investigação sobre o mesmo; quando o tema em estudo é novo ou se encontra em evolução e o seu suporte teórico e a investigação existentes se tornam insuficientes; quando o fenómeno em causa não é adequado a um estudo de investigação quantitativo.

Fernandes (1991) já referia que a compreensão mais aprofundada de problemas, é o foco de investigação qualitativa. Isto é, o investigar do que está na base de determinados comportamentos, atitudes e convicções, não havendo preocupação com a dimensão das amostras, nem com a necessidade de generalização dos resultados obtidos, nem ainda com a validação de instrumentos utilizados para recolha de dados. Acrescentava ainda que uma das vantagens dos estudos qualitativos passava por permitir formular boas hipóteses de investigação. Isto porque recorria a técnicas de recolha de dados como entrevistas

detalhadas e profundas, observações minuciosas e prolongadas e análise de produtos escritos. No “paradigma qualitativo, o investigador é o “instrumento” de recolha de dados por excelência: a qualidade (validade e fiabilidade) dos dados depende muito da sua sensibilidade, da sua integridade e do seu conhecimento” (Fernandes, 1991, p.2).

Günther (2006) refere que a pesquisa qualitativa se provê de cinco grupo de atributos: “a) características gerais; b) recolha de dados; c) objeto de estudo; d) interpretação dos resultados; e) generalização”. A escolha do método utilizado num trabalho de investigação baseia-se em cinco elementos básicos: identificação do fenómeno; estruturação do estudo; organização de dados; análise dos dados e descrição das descobertas (Marcus & Liehr, 2001). No ponto de vista de Günther (2006) citando Flick et al (2000) existem alguns aspetos ligados à pesquisa qualitativa, dos quais:

- O conhecimento baseia-se na utilização da compreensão, na medida em que prefere estudar relações complexas em vez de isolar variáveis para as explorar;
- Existe uma construção da realidade;
- O resultado da pesquisa é percebido como uma construção subjetiva;
- Os objetos dos estudos com este tipo de abordagem são a descoberta e a construção de teorias;
- É uma ciência baseada em textos, isto é a recolha de dados leva à construção de textos que são interpretados de forma rigorosa nas diferentes técnicas analíticas.

São assim características da pesquisa qualitativa a

“sua grande flexibilidade e adaptabilidade. Ao invés de utilizar instrumentos e procedimentos padronizados, a pesquisa qualitativa considera cada problema objeto de uma pesquisa específica para a qual são necessários instrumentos e procedimentos específicos. Tal postura requer, portanto, maior cuidado na descrição de todos os passos da pesquisa: a) delineamento, b) coleta de dados, c) transcrição e d) preparação dos mesmos para sua análise específica” (Günther, 2006, p. 204).

Além de ser um estudo com uma abordagem qualitativa, pode ser classificado como não-experimental, descritivo, um estudo de caso. Não-experimental, na medida em que não existe manipulação das variáveis no estudo. Descritivo, uma vez que se ocupa da descrição de um fenómeno, neste caso, da RNCCI e mais especificamente do seu processo de referenciação de pessoas doentes. Segundo Fortin (2003), um estudo descritivo limita-se a caracterizar um fenómeno pelo qual alguém tem interesse, descreve um conceito relativo

a uma população e discrimina os fatores determinantes que possam estar interligados com o fenómeno em estudo. Isto é, são apuradas relações entre os conceitos de modo a se conseguir um perfil global do fenómeno estudado. Estudo de caso devido ao fato de ser uma investigação de um fenómeno atual aplicada a uma população específica, neste caso processo de referenciação de doente para a RNCCI em instituições da área geográfica do CHMT. Neste sentido, Fortin (2003, p. 164) refere que um “estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização. (...) é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial e único (...)”. Acrescenta ainda que uma das suas características é a subtileza com que se consegue reunir dados sobre um caso particular. Menciona ainda referindo Yin (1994) que se recorre a um estudo de caso quando se pretende obter respostas sobre um acontecimento contemporâneo sobre o qual existe pouco controlo.

5.3.2 Considerações Éticas

Neste estudo, criado com o intuito de fornecer contributos para o bem-estar dos indivíduos da sociedade possíveis usufrutuários da RNCCI, foram asseguradas medidas para honrar e respeitar os princípios éticos, salvaguardando assim os indivíduos participantes no mesmo. Todo o estudo de carácter investigativo deve-se pautar pela proteção dos direitos e liberdades dos intervenientes, daqueles que constituem a sua amostra. São assim necessárias providências, assumidas pelo investigador, para que os direitos, a autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo, estejam sempre presentes (Fortin, 1999). A investigação foi guiada pelos princípios éticos enunciados por Nunes (2013): Beneficência, Avaliação da Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade.

Foi também atendido aos princípios emanados no Código Deontológico do Enfermeiro: princípio geral da *defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana* (Artº 78º, nº 1); o *respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e de excelência do exercício* (Artº 78º, nº 3, alíneas b) e c), bem como os deveres de informação (Artº 84º), os deveres de sigilo (Artº 84º), os deveres de respeito pela intimidade (Artº 86º) e os deveres de salvaguardar os direitos das crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência (Artº 81º).

De modo a garantir os princípios éticos no processo investigativo, submeteu-se para parecer o projeto de investigação à Comissão de Ética da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, tendo este sido favorável pelo Comunicado nº8032/CES/2018 de 27/08/2018 e Parecer Proc.079/CES/INV/2018 da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Apêndice I). A recolha de dados só teve início após emissão do parecer. Procurou-se a aprovação também por parte do CHMT. Contudo, por constrangimentos processuais, não foi emitido parecer em tempo útil que permitisse a recolha e tratamento dos dados.

A investigação com base em entrevista tem subjacente a si um risco, ainda que temporário, de desconforto no qual durante a interação entrevistador-entrevistado pode surgir mau-estar físico, psicológico, social, económico e legal. Cabe assim ao entrevistador a função ativa na prevenção do desconforto e na promoção do à-vontade do entrevistado (Fortin, 1999).

Martins (2008) refere que a investigação científica requer uma grande responsabilidade ética pelas suas características singulares, devendo obedecer a princípios éticos estabelecidos em território nacional e internacional. Acrescenta ainda que este tipo de investigação encontra-se inerente à busca da verdade, exigindo rigor, isenção, persistência e humildade.

Neste sentido, e tal como consta da Norma 015/2013, de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015 da Direção Geral de Saúde, aquando da realização das entrevistas semi-estruturadas, foi antecipadamente fornecido a cada participante um consentimento informado pormenorizado, discriminando os objetivos da investigação, diversos princípios éticos em duplicado (Apêndice II), o qual requereu a assinatura livre e espontânea do mesmo e do investigador, após ter sido devidamente informado sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do estudo, bem como o direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, sem quaisquer consequências.

5.3.3 Participantes do Estudo

Neste estudo foram incluídos profissionais prestadores de cuidados (P) a utentes inclusos na RNCCI em regime domiciliário, através das ECCI do ACES do Médio-Tejo pertencentes à área de influência do CHMT (Processo de pedido de autorização para

realização de entrevista em Apêndice II). Foram também entrevistados utentes/cuidadores informais de utentes (U) cuidados pelas equipas pertencentes à RNCCI referidas anteriormente. Inicialmente era intenção englobar profissionais referenciadores de doentes para a RNCCI pertencentes a serviços do Centro Hospitalar Médio Tejo, tal como referido na introdução ao presente estudo (Capítulo 5.1), contudo tal não se tornou possível devido ao facto de apesar de ter sido entregue atempadamente o pedido de autorização para a realização das entrevistas ao Conselho de Administração da instituição e este ter respondido requisitando informação adicional, o processo não ter sido resolvido em tempo útil de conclusão do trabalho de investigação (documento comprovativo em Apêndice III).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos elementos profissionais prestadores de cuidados da RNCCI participantes deste estudo passaram por possuírem as seguintes características: Serem profissionais de saúde e desenvolverem atualmente a sua atividade profissional numa ECCI do ACES do Médio-Tejo. Relativamente aos critérios de inclusão direcionados aos utentes/cuidadores informais dos utentes integrados no estudo, considerou-se: serem detentores de uma experiência na RNCCI ao nível das ECCI do ACES do Médio-Tejo, terem sido referenciados para a rede com o objetivo de adquirirem cuidados de reabilitação e manifestarem capacidade de comunicação verbal de uma forma clara.

Neste sentido, o grupo de participantes abrangidos é composto por oito indivíduos, dos quais quatro profissionais prestadores de cuidados da RNCCI e quatro utentes/cuidadores informais de doentes com experiência de cuidados de reabilitação na rede ao nível das ECCI já referidas. Em relação a este último grupo, dois eram utentes e dois eram cuidadores informais. Todos os utentes possuíam idades superiores a 65 anos, um do sexo masculino e três do sexo feminino e apenas um se encontrava pela primeira vez ingressado na rede. Os cuidadores informais apresentavam idades compreendidas entre 40 e 67 anos, sendo filha num caso e noutro marido.

Relativamente aos Profissionais prestadores de cuidados, todos eram enfermeiros do género feminino, com tempo de serviço variável entre 7 e 34 anos, com experiência profissional em diversos contextos entre meio hospitalar e comunitários, exceto uma em que toda a sua atividade profissional tinha sido desenvolvida em contexto comunitário. Acresce ainda que três eram enfermeiras especialistas, duas em Enfermagem de Saúde

Comunitária e uma em Enfermagem de Reabilitação. O quarto elemento deste grupo, era enfermeira generalista.

5.3.4 Método de Amostragem

O método de amostragem utilizado neste estudo foi o não probabilístico, mais especificamente intencional e por conveniência. Cada elemento da população não teve igual oportunidade de ser selecionado (Fortin, 2003). Tal justifica-se pelo facto das pessoas doentes cuidadas pelos profissionais da RNCCI e os próprios profissionais cuidadores da rede, pertencerem apenas a ECCI escolhidas pelo entrevistador. Assim, existiu uma seleção propositada dos elementos pertencentes à amostra. Esta escolha teve em consideração a sua função e local onde trabalham ou onde são cuidados (no caso dos utentes), embora todos tivessem sido escolhidos posteriormente por indivíduos que não o entrevistador por termos recorrido a um informante-chave. Acresce ainda o facto de se encontrarem geograficamente próximas, embora acabem por serem selecionados sem ordem específica (*Idem*). A mesma autora menciona que é preferível definir uma amostra não probabilística, do que uma probabilística não adequada, visto que a fiabilidade e a riqueza dos dados recolhidos dependem fortemente da amostragem aplicada. Hupcey (2010) acrescenta que os participantes inclusos na investigação também são um fator importante para a qualidade dos dados recolhidos, isto porque à partida devem ter tido alguma vivência no âmbito da investigação, ter processado a mesma e conseguido recordá-la e transmiti-la.

5.3.5 Método de Recolha de Dados

Num estudo descritivo, a investigação pode incidir apenas numa amostra da população e os métodos de recolha de dados a ser utilizados podem ser diversos. Neste caso foi utilizado apenas a entrevista. Os “métodos utilizados para os estudos de caso sem experimentação visam apreender suficientemente o assunto em estudo para transmitir toda a sua complexidade de uma forma narrativa” (Fortin, 2003, p.165).

5.3.6 Instrumento de Recolha de Dados

Para se conseguir proceder à recolha de dados neste estudo empírico, recorreu-se a elaboração de guiões e realizaram-se entrevistas semi-estruturadas. A entrevista pode ser considerada um meio de realização de observação indireta, onde é contornada a possível inércia existente num indivíduo. Pocinho (2012) refere que a aplicação da entrevista tem como característica o contacto direto entre o investigador e o entrevistado e a fraca diretividade do primeiro. Contudo, permite extrair informações subjetivas, autênticas e profundas e por isso muito ricas que fomentam a reflexão. É semi-estruturada no sentido em que não é inteiramente aberta, nem encaminhada por um número de questões precisas, nem com sequência obrigatória, nem sequer com necessidade efetiva de serem colocadas. Neste tipo de entrevista, o entrevistado deve ser deixado o mais à vontade possível para exprimir a sua opinião, percepções e experiências abertamente, utilizando as palavras que mais lhe aprouver. O investigador tem que ter apenas a atenção de direcionar a entrevista para o tema pretendido, se o interlocutor se afastar do mesmo (*idem*).

Os guiões realizados e aplicados neste estudo encontram-se em Apêndices IV, V e VI.

5.3.7 Método de Análise de Dados

Associado a cada tipo de estudo estão relacionadas diferentes complexidades de métodos de recolha e análise de dados, assim como técnica de amostragem. Se os métodos de colheita de dados são qualitativos, semi-estruturados, e neste caso – entrevista – recorreu-se à análise dados através da análise de conteúdo (Miles & Huberman, 1994 citados por Fortin, 2003).

Este método de análise de dados é tido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. Ou seja, nele poderá encontrar-se dois polos limites – o da linguística tradicional e o hermenêutico, aquele que procura o sentido das palavras. Este método requer que o pesquisador possua criatividade e capacidade para lidar com situações que, muitas vezes, não podem ser alcançadas de outra forma. Deverá ser respeitado como meio possível de atingir o fim último de um trabalho de investigação (Campos, 2004). Cavalcante, Calixto & Pinheiro (2014, p.1) por sua vez referem que

“A análise de conteúdo se constitui de várias técnicas onde busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a Análise de Conteúdo é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos.”

Acrescentam ainda que a escolha deste método pode passar pela necessidade de enriquecer os resultados pela compreensão dos significados das respostas dadas e os comportamentos dos entrevistados, algo para além do simples diálogo (*idem*).

Minayo (2007) indica três etapas principais para este tipo de análise de dados: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A exploração é a fase em que o investigador procura expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, denominadas categorias, após as quais o investigador define uma forma de contagem através de codificações. O tratamento dos resultados obtidos/interpretação consiste no propor inferências e elaborar interpretações, relacionando-as com a informação teórica de base do trabalho, podendo mesmo permitir formar novas teorias.

Turato (2003) vem referir ainda que nos dias de hoje, este método de análise de dados é utilizado na área da saúde, em abordagens clínico-qualitativas.

5.4 Apresentação dos Dados e Discussão dos Resultados

Após a transcrição de cada entrevista realizada, em que se obteve o protocolo de entrevista (exemplar Apêndice VII), houve preocupação de validação das mesmas com as fontes, passando-se à realização da sua análise do conteúdo com suporte do software WebQda®.

O WebQda® é um software de apoio à análise de dados qualitativos. Este permite que sejam tratados qualitativamente fontes de dados como texto, imagem, vídeo, áudio, de onde advêm dados não numéricos e não estruturados. Permite que esta análise seja desenvolvida individualmente ou de forma colaborativa online e em tempo real. Pode ser

direcionado para diversos contextos, dos quais acadêmico, no desenvolvimento de trabalhos de investigação ao nível de mestrado, doutoramento e pós-graduação que desenvolvam análise de dados qualitativos (Universidade de Aveiro, Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores, Microio & Ludomedia, 2017).

Através da análise realizada foi possível diferenciar unidades de registos existentes nos diálogos transcritos. Posteriormente, após análise cuidada, foram categorizadas de modo a sistematizar a informação fornecida (Quadro 17 e Apêndices VIII e IX).

Quadro 17: Categorização e esquematização dos dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas

Tema	Categorias	Subcategorias
Percurso Profissional	Início da atividade profissional/tempo de serviço	
	Contextos de trabalho	
Processo de referenciação para a RNCCI	Intervenientes na referenciação	
	Origem da referenciação	
	Etapas do processo	
	Timings de referenciação	
	Avaliação geral	
	Fatores dificultadores	Recursos humanos/profissionais
		Aplicativos informáticos
		Tempo de espera para ingresso na rede
Área de abrangência das UCC		
Origem do processo de referenciação		
Processo demorado		
Tempo de espera para ingressar na rede		
Soluções para quem não ingressa diretamente na rede		
Formação		
Sugestões de melhoria do processo e rede	Aplicativo Informático	
	Recursos humanos/profissionais	
	Recursos institucionais	
	Frequência dos cuidados na rede	
	Melhoria da abordagem inicial	
Cuidados dentro da rede	Aspetos negativos	Recursos humanos
		Recursos materiais
		Tempo de ingresso na rede
		Frequência e outros aspetos dos cuidados prestados
	Aspetos positivos	Recursos humanos
		Outros aspetos dirigidos aos cuidados
Feedback da rede	Positivo	
	Negativo	
Aplicativo informático GestCareCCI		

Após exposição da categorização dos dados, procede-se nos subcapítulos seguintes à discussão descritiva e sistemática dos resultados obtidos no estudo de caso de modo a conseguir-se compreender a percepção dos intervenientes na RNCCI nos seus diversos contextos. Para tal, opta-se por apresentar os temas e categorias incluídas no quadro anterior, dirigidos aos objetivos do estudo de caso, sustentado as unidades de registo obtidas com informação adquirida através de autores de referência abordados anteriormente nos Capítulos 2 e 3 e nos estudos apresentados no Capítulo 4.

5.4.1 Implementação Prática do Processo de Referenciação de Pessoas Dentes para a RNCCI

A implementação prática do processo de referenciação de utentes para a Rede foi patente no discurso dos atores do estudo nos temas: Processo de Referenciação de Doentes para a RNCCI, Formação e Sugestões de Melhoria do Processo e Rede (em apenas algumas das suas categorias). Os dados adquiridos através da análise do tema - Aplicativo informático GestCareCCI contribuíram para obter a percepção dos elementos entrevistados sobre as características dos mesmo a nível do processo de referenciação como a nível da prestação dos cuidados na rede. Por esse motivo este tema será o último de todos a ser explorado. Dentro do tema - Processo de Referenciação de Doentes para a Rede, identificam-se categorias como Intervenientes na Referenciação, Origem da Referenciação, Etapas no Processo, Tempos de Referenciação, Avaliação Geral, atores Dificultadores e Tempo de Espera para Ingressar na Rede. Dentro do tema - Sugestões de Melhoria do Processo e Rede, pode-se nomear especificamente as categorias – Aplicativo Informático, Recursos Humanos/Profissionais e Melhoria da Abordagem Inicial.

Para melhor entendimento dos temas, categorias e subcategorias analisadas neste subcapítulo, apresenta-se o Quadro 18:

Quadro 18: Temas, Categorias e Subcategorias inerentes à Implementação prática do processo de referência de doentes para a RNCCI

Tema	Categoria	Subcategoria	
Processo de Referência de Doentes para a RNCCI	Intervenientes na Referência		
	Origem da Referência		
	Etapas do processo		
	Tempos de Referência		
	Avaliação Geral		
	Fatores Dificultadores	Recursos Humanos/Profissionais	
		Aplicativos Informáticos	
		Tempo de espera para ingresso na rede	
		Área de Abrangência das UCC	
		Origem do Processo de Referência	
Processo demorado			
Tempo de Espera para Ingressar na Rede			
Formação			
Sugestões de Melhoria do Processo e Rede	Aplicativo Informático		
	Recursos Humanos/Profissionais		
	Melhoria da Abordagem Inicial		

Relativamente ao primeiro tema - *Processo de Referência*, verifica-se que embora as pessoas entrevistadas, utentes ou prestadores, possuam algum conhecimento geral de como se operacionaliza o processo de referência, não o sabem ao pormenor e com a certeza devida. Atendendo às categorias identificadas verifica-se que em relação aos *Intervenientes na Referência*, todos os participantes do estudo nomearam alguns dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar referenciadora, embora fossem poucos os que conseguiram discriminar todos os elementos.

“(...) a senhora enfermeira veio cá, o senhor doutor fazer uma avaliação mais uma enfermeira (...) acho que foi a assistente social (...)” U1

“(...) neste momento todo este processo de referência é desencadeado pela unidade de saúde familiar (...) Neste momento é tudo desencadeado pelo administrativo, pelo médico, pelo enfermeiro da USF e depois temos a assistente social que é comum às duas unidades, mas que são eles que referenciam neste momento. (...) e isto tudo passa pela equipa de gestão de altas e o nominal que nós temos, muitas vezes é a EGA, não propriamente, embora o médico normalmente seja o médico, do que eu tenho percebido, e o médico que assiste a pessoa durante o internamento e a nota de enfermagem também será. Depois a parte social e a parte dos outros registos já se calhar já são outros profissionais. (...)” P4

Os documentos legislativos referentes à RNCCI como o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho e os Despachos nº19040/2006 de 19 de setembro nomeiam os diferentes

intervenientes necessários para constituir a equipa multidisciplinar responsável por iniciar o processo de referenciação de doentes para a referida rede, indicando que para tal é necessário uma avaliação clínica e social e os objetivos terapêuticos, constantes de proposta de admissão elaborada pela equipa de gestão de altas ou pelo médico, enfermeiro ou assistente social do centro de saúde (Despacho nº19040/2006 de 19 de setembro). O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho acrescenta ainda que a nível hospitalar existe uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas em articulação posterior com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas sociais e de saúde, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. Tal vai ao encontro do apresentado no Quadro 10 e subcapítulo 2.2.4, também apresentado nos Diagramas 1 e 2 do subcapítulo 3.2.2. No Quadro 10 encontram-se discriminados quais os intervenientes que devem iniciar o processo de referenciação, que no caso indica a constituição da EGA. O subcapítulo 2.2.4 expõe ao pormenor todo o processo de referenciação de doentes para a RNCCI. Os Diagramas 1 e 2 esquematizam passo-a-passo o início do processo referido em meio hospitalar (no CHMT).

A *Origem da Referenciação*, foi um assunto referido pelos colaboradores, conseguindo discriminar-se as duas principais origens do processo de referenciação de doentes para a RNCCI – hospitalar e comunidade. Contudo, verificou-se que numa das UCC, a equipa ECCI revelava-se ser um agente de referenciação. Por outro lado, também se consegue constatar, em alguns dos casos que a iniciativa da referenciação passou pela procura dos próprios utentes de soluções e apoios para as suas condições de saúde e dos seus familiares. As respostas acabaram por estar mais direcionadas para os Cuidados de Saúde Primários, provavelmente porque não foi possível integrar no estudo colaboradores pertencentes ao meio hospitalar.

“ (...) Quando o hospital já trata da referenciação e só temos que admitir (...) Sim [tem conhecimento que a origem da referenciação pode ser tanto vossa como hospitalar e que os utentes que aqui chegam com essa referência e conseguem ter respostas] (...)Tenho ideia que [a nível hospitalar]... o serviço social...que está tudo ... que a referenciação no hospital...pronto, está centrada no serviço social, ou pelo menos é o serviço social que coordena a referenciação, mas é a única coisa...é a única impressão que tenho. (...)” P1

“(...) pelo médico de família, no caso dos cuidados de saúde primários, (...) Até porque muitas vezes até é o utente que se deslocam ao médico de família a pedir para referenciar o utente, para o médico fazer o preenchimento, pronto (...)” P2

“(...) sim [origem da referenciação -meio hospitalar](...)” U1

“(...) Do centro de saúde. (...) Quem tratou disso fui eu. Eu soube através de alguém e fui tentar tratar (...)” U2

“(...) foi então a partir do posto de saúde que a enfermeira M. e a equipa dela que agarraram na minha irmã e que puseram como ela está – bem (...)” U3

A ACSS (2017) define as instituições hospitalares de agudos onde as pessoas doentes podem encontrar-se em modalidade de internamento e cuidados de saúde primários – centro de saúde na comunidade em que os doentes se podem encontrar no seu domicílio ou em hospital privado ou outro local de residência, como as duas possíveis origens do processo de referenciação. A Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro também atesta esta informação. Nas Figuras 4 e 5, no enquadramento teórico surge esta informação integrada em esquemas ilustrativos sobre processo de referenciação, indicando quais as suas origens possíveis (Hospital e Centro de Saúde).

Em relação à categoria - *Etapas do Processo*, verifica-se pelo discurso dos entrevistados que a maioria tem conhecimento de algumas etapas integrantes do processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI. Constata-se que reconhecem algumas das mesmas como a de avaliação do utente pela equipa multidisciplinar de cuidados (hospitalares ou comunitários) e a necessidade de reunião de informação sobre o utente e posterior preenchimento da mesma no aplicativo informático. Porém revelam que têm pouco conhecimento das outras realidades institucionais a esse nível. Para além disso, pode dizer-se que na prática ainda se verifica alguma desorganização na gestão das diferentes fases.

“(...) A referenciação para a rede independentemente da tipologia é feita sempre ham... pelo médico de família, no caso dos cuidados de saúde primários, e até pelo médico de família e pelo enfermeira de família (...) Depois internamente, nos agilizamos o processo de ser um enfermeiro que está mais ligado à rede que faz a introdução do aplicativo informático, portanto nós temos sempre o impresso manual da rede, ham... que deve ser assinado pelo médico e que estabelece os diagnósticos, o motivo de internamento e o plano de cuidados e pelo enfermeiro e depois nós introduzimos à rede, pronto. (...) eu não sei mas eventualmente a

avaliação de enfermagem pode ser feita independente do médico, não têm de estar os três técnicos presentes assim como a social porque cada um faz a sua e mete ao aplicativo, pronto. Na parte dos cuidados de saúde primários, eventualmente podia ser assim, embora nos funcionamos mais como equipa, se vai a enfermeira... também deve ir o assistente social ...o médico é mais difícil de ir porque está sempre muito super... super ocupado. Muitas vezes o médico faz o seu preenchimento com base no historial que já conhece e que está registado no SClínico. (...) Portanto depois há a ECL com base no registo faz uma apreciação ham... e valida se a tipologia proposta é a mais correta ou se não sugere uma alteração. Já tem acontecido a nossa ECL (...) mandar alterar para ECCI. E...daí nós temos que falar com os familiares a dizer que a ECL propõe a alteração de tipologia, se querem ou não. Os familiares podem não estar interessados e podem recusar. Habitualmente quando nós falamos com eles e que é para a ECCI eles até aceitam. Por isso é que o processo no meu ponto de vista é mais prático se houver esta equipa, que é o que acontece aqui, (...) portanto muitas vezes somos nós que mandamos aqui o consentimento A55, (...) em termos do processo de referenciação, depois a ECL aprecia e depois se concordar com a tipologia proposta remete a ECR e é a ECR que coloca o utente na tipologia e nas tipologias que nós habitualmente perguntamos ao familiar ou ao cuidador...damos sempre duas ou três opções... (...) Portanto onde houver vaga mais rápido ele entra mais rápido, a ECR coloca mais rápido.(...)” P2

O trabalho inter equipas de que o processo de referenciação na sua totalidade advém encontra-se elencado no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. Neste verifica-se a descrição correta da articulação entre a equipa multidisciplinar de cuidados (hospitalares ou comunitários) que avalia o doente e inicia o processo e o seguimento do mesmo através da ECL, ECR, novamente para a ECL e por fim a receção da informação e do doente pelas equipas multidisciplinares de cuidados da RNCCI. Esta informação surge resumida na Figura 6 e Quadros 10,11,12 e13 deste trabalho onde a dinâmica do processo de referenciação de doentes surge ilustrada e explanada por etapas do trabalho inter equipas.

Timings de Referenciação foi mais uma categoria definida dentro do tema - *Processo de Referenciação de Doentes para a RNCCI*. Através do conteúdo das várias entrevistas realizadas verificou-se que poucos sabiam que existiam tempos certos para fazer uma referenciação e dos que sabiam, praticamente ninguém tinha a noção dos devidos timings.

“(...) Não temos noção |noção em que timings é que são feitos depois... a nível hospitalar quando os doentes estão internados, em que altura é que é realizada a referenciação| (...)” P1

“(...) porque o que está escrito é-nos, e penso que isso não modificou é que mais ou menos que este processo de referência tinha que acontecer numa semana, mais ou menos, estar todo pronto (...)” P4

“(...) Agora isto, poderia ter sido mais cedo, porque como aquilo que estudei, no dia em que a pessoa é internada, pode ser logo referenciada. Deve, e não foi. (...) Foi só no dia da alta (...)” U4

A Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro deixa claro o momento em que deve ser realizado a referenciação de uma pessoa doente que se encontra internada em instituições hospitalares integradas no SNS, indicando que esta deve ocorrer 48 a 72 horas antes da data prevista para a alta hospitalar. Além disso refere que este processo nestas instituições deverá ser sempre precedido de sinalização pelos competentes serviços hospitalares à EGA, preferencialmente nas 48 horas após o internamento. Na realidade não se encontra descrito objetivamente em quanto tempo uma referenciação em meio comunitário deve ser realizada. Tal pode dever-se ao facto de não haver nenhum momento discriminado que defina a deteção daquele utente no domicílio ou lar ou em qualquer outra origem da comunidade que obrigue a gerir de forma mais imediata o recurso de saúde que usufrui em prol de outro utente mais necessitado. Apesar disso, acredita-se que o processo deverá ser desencadeado o mais rapidamente possível e passar à ação decisiva da ECL para o bem-estar do doente em causa. Esta dinâmica entre equipas da RNCCI pode ser observada no Quadro 11 e na Figura 6 do subcapítulo 2.2.4 e ainda na Figura 7 do subcapítulo 3.2.

Dentro do primeiro tema já referido, definiu-se outra categoria – *Avaliação Geral*. Nesta categoria incluiu-se todas as unidades de registo em que os participantes no estudo se manifestavam relativamente à sua percepção sobre o processo de referenciação como um todo. Assim, obtiveram-se dados que transmitiam diversas percepções que abrangiam polos distintos, consoante a experiência de cada um. Estes revelaram que o processo era eficaz, com uma boa filosofia, importante, que nem sempre se processa como as orientações superiores, demasiado pormenorizado, mas acabando por ser geral e não personalizado, tornando-se difícil, burocrático e demorado.

“(...) O processo de referenciação é eficaz, penso eu (...)” P1

“(...) na minha perspetiva a filosofia é boa (...)”. P2

“(...) muito demorado, muito burocrato, muito... muito... muito... neste momento embora considere que é importante (...) pronto acho que é muito burocrato, muito extenso, há avaliações que não justificam (...)”. P4

“(...) eu acho que o processo é demasiado burocrático, o que nos impede muitas vezes...e está standard. Aquilo é para todos. E há pessoas... que Às vezes é difícil encaixar um doente dentro daquilo tudo que ele puseram na plataforma, não se encaixa, temos que pôr o que mais se adequada, o mais justo. Muitas vezes nem é aquela pessoa. (...) Sim é [muito burocrático, geral e não personalizado] (...) Há aqui um prazo e é esta razão que eu acho que é muito grande e que as vezes passa o tempo útil de ajudar uma pessoa. (...) um mês à espera e isto é muito tempo. (...)” P3

As Diretivas Técnicas nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e nº1/UMCCI/2010 de 3 de março e ainda a Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro indicam que a utilização do aplicativo informático GestCareCCI no processo de referenciação teve o intuito de otimizar o tempo e os recursos materiais no reunir da informação necessária. Estes dispositivos discriminam ainda os módulos de preenchimento obrigatório e o *timings* a que estes devem ser realizados por cada equipa integrante no referido processo. A realidade estudada sugere que os benefícios da utilização do já mencionado aplicativo não têm sido conseguidos e que embora a referenciação tenha uma boa índole e seja efetivada, o processo continua a revelar-se muito burocrático.

No que diz respeito à categoria - *Fatores Dificultadores*, identificam-se subcategorias – *Recursos Humanos/Profissionais, Aplicativos Informáticos, Tempo de Espera para Ingresso na Rede, Área de Abrangência das UCC, Origem do Processo de Referenciação e Processo Demorado*. Esta categoria surgiu devido ao facto de muitas vezes se encontrar no discurso dos entrevistados fatores que referem ser dificultadores da realização do processo de referenciação de doentes para a RNCCI.

No que respeita à subcategoria - *Recursos Humanos/Profissionais*, os resultados das entrevistas revelaram aspetos dirigidos à equipa de profissionais existente nas instituições referenciadoras. Assim, enumeram-se alguns: os profissionais são em número muito diminuto, nem todas as equipas referenciadoras estão devidamente constituídas e diferenciadas, o número de horas atribuído a cada profissional para as funções desempenhadas na UCC é diminuto e muitos prestam funções em tempo parcial. Além disso, indicam que os recursos humanos referenciadores não possuem a

formação/informação adequada sobre o processo de referenciação de doentes para a RNCCI.

“(...) quando não existe médico de família, nesse caso causa alguns entraves ah... uma vez que tem de haver obrigatoriamente uma avaliação médica. E por vezes as pessoas até têm que recorrer a um médico particular para ter essa avaliação (...)”.
P1

“(...) agora a tabela nacional da funcionalidade nós os profissionais até nem sabemos como é que a preenchemos. Porque não temos informação nenhuma relativamente a isso. (...) neste momento esta lista de profissionais que precisamos ter enquanto avaliadores e enquanto estrutura do processo. Isto porque preciso ter um enfermeiro, um médico, preciso ter um assistente social, preciso ter um funcionário administrativo...portanto são logo quatro elementos [que têm de ser reunidos e que não estão sempre na UCC] e no meio ... (...) Mesmo se eu aqui enquanto UCC identifique um utente, tem sempre... porque é assim eu na equipa da UCC não tenho médico por exemplo e também não tenho assistente social a tempo interno. Tenho uma assistente social que é comum ainda por cima a dois centros de saúde, neste momento, que é ao nosso e a constância, porque nós abrangemos as duas áreas geográfica. (...)” P4

Estes discursos apontam para o emanado no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 e janeiro e no Despacho nº19040/2006 de 19 de setembro, em que cada equipa referenciadora deve integrar um médico, um enfermeiro e um assistente social, independentemente do contexto originário do processo de referenciação, que pode ser consultado nos Quadros 10 e 11 do Enquadramento Teórico (subcapítulo 2.2.4). Fernandes (2013), Guerreiro (2016) e Cunha (2017) já nos seus estudos identificaram a falta de formação adequada dos profissionais como constrangimento para uma correta referenciação dos utentes com essa necessidade, como foi apresentado no Capítulo 4.

Em relação à subcategoria – *Aplicativos Informáticos*, existe referência a dois aplicativos distintos, o SClínico onde são realizados todos os registos relativos aos cuidados prestados aos utentes, por todos os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e o GestCareCCI, aplicativo direcionado apenas à RNCCI. Há menção, no processo de referenciação, a aspetos direcionados ao GestCareCCI como a sua utilização ser difícil e complexa e o próprio aplicativo ser demasiado pormenorizado. Relativamente à existência dos dois aplicativos distintos para efetivação de registos diários, quinzenais, mensais e referenciação, os elementos entrevistados referem ser impossível trabalhar com os dois simultaneamente e indicam a falta de articulação automática entre eles como fator dificultador para uma referenciação mais rápida e eficiente.

“(...) a necessidade de preenchimento de muitos itens de avaliação, as vezes é um entrave a referenciação. Alguns profissionais, nomeadamente enfermeiro, que são eles que preenchem grande parte dos itens obrigatórios, veem-se... têm grande dificuldade em preencher tanta informação (...). Pelo número de impressos [a dificuldade surge] e às vezes pelo conhecimento escasso da situação, da pessoa, (...)” P1

“(...) obriga a preencher muita coisa e perde-se muito tempo e depois é um duplo registo. Nós no SClínico. O nosso registo interno, também fazemos os registos e portanto devia haver uma articulação entre os dois porque há coisas que estão em simultâneas. (...) No GestCareCCI. Na avaliação de enfermagem, pronto, e isso rouba muito tempo. (...)” P2

“(...) como eu disse anteriormente era bom que se calhar não é fácil (...) os doentes são todos muito diversos e portanto é difícil encontrar termos diferentes para todos ali, mas se calhar, diferenciar um bocadinho mais (...)” P3

Ao longo do subcapítulo 3.2.2, nas diversas figuras apresentadas pode-se verificar que em meio hospitalar os aplicativos existentes para registos de cuidados são os mesmos que os referidos pelos entrevistados. Contudo, são diferentes equipas a fazerem a utilização dos aplicativos. O SClínico é utilizado pelas Equipas Multidisciplinares de Cuidados e o GestCareCCI por todas as outras equipas pertencentes à RNCCI. As Diretivas Técnicas n.º5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e n.º1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010 orientam as equipas referenciadoras nos módulos e na periodicidade em que estes devem ser preenchidos no aplicativo GestCareCCI. Nos Quadros 14 e 15 apresentados no subcapítulo 2.2.5 é discriminada essa informação por equipas e unidades pertencentes à RNCCI. A Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro e a Orientação Técnica n.º 2/CNCRNCCI/2017 de 27 de fevereiro vieram posteriormente reforçar essas mesmas indicações, informando ainda que qualquer registo gravado não pode ser posteriormente sofrer alterações sob respeito legal da não omissão ou alteração de registos de saúde. Sepúlveda (2013) nos resultados do seu estudo (ver Capítulo 4) obteve a informação de que o aplicativo GestCareCCI, embora fosse considerado um bom repositório de informação também apresenta alguma dificuldade na acessibilidade desta.

Atendendo à terceira subcategoria definida – *Tempo de Espera para Ingresso na rede*, foi possível reunir informação sobre em que medida, na perspetiva dos entrevistados, o tempo de espera para ingressar na RNCCI pode influenciar um processo de referenciação. Verificou-se que por vezes o tempo é tão longo que o utente quando chega ao momento de ingressar na rede, apresenta uma condição de saúde diferente, podendo revelar outras

necessidades de cuidados. Este facto, segundo alguns elementos entrevistados, acaba por ser um fator desmotivante para novas referenciações.

“(...) É o período, o longo período de tempo de espera até a pessoa ser admitida na unidade ou na equipa dos Cuidados Continuados e que a pessoa já está diferente. (...)” P1

“(...) Agora até que eu consiga que o médico de família lá vá, até que eu consiga que o enfermeiro também lá vá e sobretudo ter tempo para fazer estas avaliações todas, não e só ir lá. É tempo para ver como é que o doente come, como é que o doente elimina, como é que ele se lava, como é que a família faz isto...porque depois eu tenho que dar resposta aos itens que a plataforma pede. (...) eu acho que neste momento resistência à referenciação] é por causa da burocracia, das dificuldades. Porque eu acho que é assim, uma coisa mais simples... (...)” P4

Atendendo aos factos que se analisam relativamente à subcategoria – *Tempo de Espera para Ingressar na Rede*, no que respeita ao ponto de origem da referenciação, não se encontram quaisquer orientações para que tal se verifique na realidade. A única orientação que se conhece é a emanada pela Portaria 174/2014 de 10 de setembro que indica um prazo de 48 horas para as equipas e unidades da RNCCI efetivarem a admissão do doente ou solicitar a reavaliação à equipa da Rede. Contudo, Fernandes (2013) e Cunha (2017) já haviam definido este aspecto como dificuldade que os profissionais referenciadores manifestavam aquando da referenciação de doentes para a RNCCI, como foi apresentado no Capítulo 4 deste trabalho.

Dirigindo a atenção devida à subcategoria – *Área de Abrangência das UCC*, este foi um aspeto referido apenas por um participante, neste caso prestador. A área de abrangência das UCC ou das instituições referenciadoras, são por vezes muito extensas, o que dificulta a correta e atempada avaliação dos doentes para a sua referenciação.

“(...) Acho que é importante dizer que aqui a B. tem uma área muito grande, portanto nós temos, a B em si e todas as freguesias que lhe estão associadas – C, A, L, como aqui não existe nada em C, foi associada também a UCSP e no fundo o centro de saúde de C também aqui e também beneficia de como na B de todos os cuidados da ECCI e portanto depois temos ainda C com todas as suas freguesias – M, SM, P, CS e ainda porque está associado a C, por ficar muito longe de A, M e veio por arrasto M. Portanto tudo isto é aquilo que é a nossa base e trabalho e pronto.... E como são sítios onde existe muita gente com alguma idade e que advém daí alguma incapacidade e também noutras situações de doença. Pois...isto é tudo um bocadinho...grande. (...)” P3

No sentido de enquadrar a realidade acabada de ser mencionada, a ARSLVT (2016) descreve o ACES do Médio-Tejo discriminando os seus onze concelhos em

aproximadamente 2.706 Km² de território e cerca de 227.999 habitantes, acrescentando que apenas existem sete USF. Para além disso, informa que nem todas as USF possuem UCC e apenas algumas são integrantes de ECCI. Neste contexto, o que foi explicado nos relatos indica que nas regiões geográficas onde existe ECCI, essa mesma equipa tem que dar cobertura àquelas onde não existe esse recurso. Isto é, para uma mesma equipa de cuidados domiciliários da RNCCI, que referem só por si perder muito tempo em deslocações para chegar a cada utente, acrescido de áreas mais distantes, a questão agrava-se. No Capítulo 4 (Estudos Existentes Sobre a RNCCI), Cunha (2017) também refere no seu estudo que as assimetrias entre as ECCI existem e que são identificadas como constrangimentos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI.

A subcategoria – *Origem do Processo de Referenciação* emerge devido ao facto de alguns entrevistados terem referido a existência de dificuldades no processo de referenciação de pessoas doentes que se encontravam associados com aspetos dirigidos ao meio da origem do próprio processo. Isto é, indicaram que se verificam problemas de articulação funcional (comunicação, sinalização e encaminhamento) entre as instituições referenciadoras (dos Cuidados de Saúde Diferenciados e Primários). Outros aspetos passam também pelo desconhecimento que, por exemplo as equipas dos Cuidados de Saúde Primários apresentam sobre como se desenrola o processo de referenciação das pessoas doentes para a Rede em meio hospitalar. Assim, como indicam que a iniciação do processo através dos cuidados diferenciados é mais atempada.

“(...) tivemos uma situação em que o doente veio para casa sem qualquer tipo de referência e a precisar de cuidados diários, completamente dependente e não veio referenciado para lado nenhum...e a equipa do centro hospitalar tem conhecimento que nós existimos. (...)” P4

“(...) Não conseguimos [ter noção do processo de referenciação em meio hospitalar]. Mas à parte de tudo é muito mau, temos que dizer. (...) Aqui o médico disse que era importante ela vir, foi tudo falado telefonicamente e a senhora só me entrou na ECCI cerca de um mês depois, um mês e pouco, pronto. É só para ver como estas coisas... também temos alguns referenciados do hospital e praticamente em 10 dias estão aqui. (...)” P3

Apesar do mencionado pelos participantes do estudo, não se encontram quaisquer orientações para que tal se verifique na realidade. A única orientação que se conhece é a que se dirige à necessidade de cumprir os momentos certos de referenciação em meio hospitalar através do aplicativo informático da rede, pela Portaria nº 174/2014 de 10 de

setembro, que refere que a EGA deve num período entre 48 horas a 72 horas antes da data prevista da alta clínica do doente, transmitir o processo à ECL. Na análise processual realizada no subcapítulo 3.2.2 e direcionada às Figuras 8 e 9, surgem abordados de forma indireta estes aspetos.

A última subcategoria – *Processo Demorado* - definida para este primeiro tema em análise refere-se à diferença que os entrevistados declaram existir entre a demora da resolução do processo com início hospitalar e início comunitário. Estes elementos mencionam que o processo de referenciação de pessoas doentes para a Rede quando é iniciado em meio hospitalar tem uma resolução muito mais atempada (como foi indicado anteriormente) do que o que é iniciado nos Cuidados de Saúde Primários, acabando por permitir um tempo de espera de ingresso na Rede menor. Outro aspeto mencionado prende-se com o estar associado à dificuldade (em contexto comunitário) com que a equipa multidisciplinar de cuidados (referenciadores) consegue reunir e avaliar a pessoa doente, o que poderá desmotivar a referenciação por parte dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

“(...) imagine que eu hoje...colocava uma avaliação inicial e a assistente social só coloca daqui a 15 dias, eles devolvem o processo e eu tenho de atualizar a avaliação de enfermagem. (...) No hospital estão lá os profissionais todos, todo o dia. Nós aqui... tenho que combinar com a assistente social, tem o médico de família fazer a visita, tem o enfermeiro de lá ir, portanto e vamos perder aqui tempo que é importante para a pessoa que precisa de cuidados. (...) Agora até que eu consiga que o médico de família lá vá, até que eu consiga que o enfermeiro também lá vá e sobretudo ter tempo para fazer estas avaliações todas, não e só ir lá. (...)” P4

Relativamente ao assunto abordado não existe numa base teórica que consiga sustentar ou contrapor as ideias partilhadas. Pensando nas realidades conhecidas dos meios hospitalares e comunitários, compreende-se que a diferença na facilidade de abordar e avaliar um utente no internamento hospitalar e no domicílio será muito grande. Verifica-se nos Cuidados de Saúde Primários uma exigência logística muito maior para esse efeito, o que só por si poderá dificultar uma referenciação mais rápida e conseqüente rapidez de resolução desse processo.

A última categoria – *Tempo de Espera* - pertencente ao tema - *Processo de Referenciação para a RNCCI* dá-nos indicação de que existem noções dispares entre os utentes e os profissionais. Os primeiros têm considerado que o referido tempo não é muito longo, já os profissionais dizem que consideram que o mesmo se revela maioritariamente elevado (com

exceção do ingresso nas ECCI, por ainda apresentarem muitas vagas) o que desmotiva por vezes a referenciação de doente. Neste sentido, apresentam-se as seguintes unidades de registos justificativas:

“(...) É o período, o longo período de tempo de espera até a pessoa ser admitida na unidade ou na equipa dos Cuidados Continuados. (...)” P1

“(...) pode ser um processo mais moroso porque... ham... houve só a escolha de uma prioridade. (...) Também é verdade que se for para uma ECCI o ingresso é rápido. Se for para uma média pode estar um mês e meio ou dois depende, porque as vagas só surgem também se os utentes tiverem alta das unidades, não é? Agora numa ECCI, pode entrar em 4 ou 5 dias. (...)” P2

“(...) veio cá o doutor e mais a sra. enfermeira fazer a avaliação e depois tivemos logo na outra semana, tivemos logo o apoio da enfermeira E. (...) Sim[logo uma semana após a referenciação(...)] não tivemos muito tempo sem o apoio dela, (...) Sim. A gente pensou que íamos ter algumas duas semanas e com ele, mas não. (...)” U1

“(...) Não estivemos muito tempo à espera, isso foi logo (...)” U2

“(...) muitas vezes o tempo que decorre entre a referenciação e a entrada da pessoa da unidade é um tempo longo (...)” P4

“(...) Foram algumas semanas, talvez duas ou três, ou nem tanto assim. Nada que consideremos um tempo muito longo. (...)” U3

“(...) a senhora só me entrou na ECCI cerca de um mês depois, um mês e pouco, (...) também temos alguns referenciados do hospital e praticamente em 10 dias estão aqui. (...)” P3

“(...) sim, mas foi ... rápido, muito rápido. (...)” U4

A este nível sabe-se que a Portaria nº174/2014 de 10 de setembro indica que as equipas e unidades cuidadoras integrantes da RNCCI devem proceder à admissão da pessoa doente num prazo de 48 horas após a ordem emanada pela ECR e ECL. No subcapítulo 3.2.2, surge representada na Figura 10 esta articulação entre equipas que posteriormente é analisada. Fernandes (2013) e Cunha (2017) também obtiveram nos seus estudos resultados que corroboram este aspeto, como pode ser consultado no Capítulo 4.

Passando à análise do tema – *Formação*, foi revelado que poucos são os profissionais de saúde que integram de alguma forma a RNCCI e que possuem formação específica acerca da mesma, dos pormenores do processo de referenciação e do seu funcionamento. Alguns

entrevistados frisaram que na sua opinião seria importante ser-lhes fornecida uma formação formal para melhor conseguirem trabalhar aos mais diferentes níveis da rede. Acrescentam ainda que o que têm aprendido advém do seu quotidiano, da experiência, da busca pela informação por próprios meios e por trabalho/relacionamento/discussão de assuntos entre pares. Assim, revelam-se alguns excertos dos diálogos realizados:

“(...) Nunca tive formação (...) mas seria importante haver reuniões anuais ou semestrais para atualização de conhecimentos, de unidades existentes. (...) estamos muito pouco informados, (...)” P1

“(...) agora a tabela nacional da funcionalidade nós os profissionais até nem sabemos como é que a preenchemos. Porque não temos informação nenhuma relativamente a isso. (...) Nunca tive [formação]. (...) Eu desconhecia tudo o que era da rede, aliás tudo o que aprendi, aprendi por tentativa e erro, por falhar (...)” P4

“(...) Sim exatamente [única formação que teve, não foi oficial, foi a que a senhora procurou para perceber como é que as coisas funcionavam]. (...) entre colegas [como resolvem as dúvidas]. De lá trouxe alguma base do que tinha visto e depois o grosso aprendi aqui com os colegas, nada de formação. (...) Isto é uma coisa que eu acho que é de tal maneira importante para nós (...)” P3

Todo o trabalho desenvolvido na RNCCI, independentemente do momento e contexto, resulta do trabalho em equipa multidisciplinar de profissionais de saúde. A formação nesta realidade, como em qualquer outra será sempre uma mais valia para na procura de melhores resultados. A ACSS (2012) refere que, em determinadas unidades da RNCCI, existem requisitos gerais e específicos de qualidade mínima onde se inclui a formação contínua para todos os profissionais, contudo as ECCI não são exemplo dessas (tal como consta dos Quadros 4 e 5). Acresce ainda o disposto no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro, que discriminam as funções da UMCCI e nelas encontra-se indicado que esta deveria promover, em articulação com os organismos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e de cuidadores a envolver na prestação de cuidados continuados integrados (como se pode verificar nos Quadros 7 e 13). Reforçando esta ideia os Despachos nº19040/2006 de 19 de setembro e nº6359/2011 de 13 de abril indicam que essa também seria uma função da ECR (tal como se pode consultar no Quadro 13 apresentado no primeiro capítulo). Ainda de acrescentar que

Greenspun & Champy, (2011) declaram que a formação das equipas de cuidados de saúde torna-as mais unidas, eficazes e até eficientes no desenrolar do fluxo das suas funções. Este aspeto foi abordado no subcapítulo da Revisão da Literatura sobre Reengenharia de Processos (3.2.1) e mais especificamente sobre a componente fundamental *pessoas* da reengenharia, tal como verificado por Fernandes (2013) e Cunha (2017) no Capítulo 4. Já Guerreiro (2016), no mesmo capítulo, vem relevar um outro ponto relativamente a este assunto, indicando que o problema da formação sobre a RNCCI tem a sua génese nos cursos de licenciatura (isto referente aos profissionais enfermeiros) onde a abordagem ao tema ainda é muito ténue.

No tema *Sugestões de Melhoria de Processo e Rede*, temos as categorias emergentes referentes à Implementação Prática do Processo de Referenciação de Pessoas Doentes para a RNCCI: *Aplicativo informático, Recursos Humanos/Profissionais e Melhoria da Abordagem Inicial*.

Relativamente à categoria *Aplicativo Informático*, os participantes no estudo referem que sentem dificuldade em conseguir realizar registos nos dois aplicativos informáticos (SClínico e GestCareCCI) existentes no âmbito das suas atividades profissionais. Gostariam que existisse uma articulação entre os mesmos de modo a que a informação relevante para um e registado no outro fosse automaticamente transferida. Relativamente ao aplicativo da RNCCI – GestCareCCI - mencionam que este lhes parece, na aplicação prática, muito pormenorizado, geral e pouco personalizado. Sugerem que deveria haver forma de poderem individualizar cada referenciação em vez de tentarem incluir de forma adaptada cada doente nos itens apresentados no aplicativo. Acrescentam ainda que acabam por registar diariamente os cuidados prestados no aplicativo SClínico e apenas utilizar o GestCareCCI na referenciação propriamente dita, bem como no preenchimento dos módulos obrigatórios nos momentos que as orientações superiores lhes exigem.

“(...) Se calhar reduzir a quantidade de itens obrigatórios e penso que é só. (...) Se calhar, se houvesse um cruzamento entre os aplicativos informáticos que nos...ham...que não obrigasse ao registo no SClínico e depois no GestCare e ainda no processo manual do utente...era facilitador. (...)” P1

“(...) uma coisa mais simples. (...) penso que bastaria para mim, neste momento, uma avaliação de enfermagem, avaliação médica e uma avaliação social... geral... e depois os outros indicadores...quando a pessoa entrava na equipa eram pormenorizados (...)” P4

“(...) era bom que se calhar não é fácil, (...) os doentes são todos muito diversos e portanto é difícil encontrar termos diferentes para todos ali, mas se calhar, diferenciar um bocadinho mais (...) É o encaixar ali melhor o doente (...)” P3

Sepúlveda (2013) no seu estudo (ver Capítulo 4) concluiu que o aplicativo GestCareCCI é um repositório de informação importante. Contudo, apresenta dificuldades de acessibilidade à informação considerada. Foi também verificado que o aplicativo em questão também não permitia a partilha de dados com outros aplicativos de registos de saúde, mencionando tal questão como aspeto importante a contornar. Além disso, as Diretivas Técnicas nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e nº1/UMCCI/2010 de 3 de março discriminam os módulos obrigatórios a serem preenchidos pelas diferentes equipas da RNCCI, como se pode consultar nos Quadros 14 e 15 no subcapítulo 2.2.5 do Enquadramento Teórico. Estas Diretivas e ainda a Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro indicam a utilização do aplicativo GestCareCCI como meio de otimizar o tempo e os recursos materiais no registo de informações importantes. A orientação da necessidade de utilização do aplicativo Informático GestCareCCI em todo o percurso do doente na Rede foi emanada pela Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010, a Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro e a Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017 de 27 de fevereiro. No Capítulo 4 surge explanada a ideia que este aspecto já era identificado por Cunha (2017) como necessário ter em conta para melhoria.

No que diz respeito à categoria *Recursos Humanos/Profissionais* do tema *Sugestões de Melhoria do Processo e Rede*, um dos entrevistados declara que, na sua opinião, para uma facilitação da operacionalização do processo de referenciação de doentes para a RNCCI e de forma a torná-lo mais eficiente, deveria existir em cada instituição/serviço referenciador, uma equipa específica para esse fim. Assim, seriam essas equipas as únicas com a preocupação de gestão do processo em si.

“(...) Eu acho que a referenciação devia ser feita por uma equipa mais específica. Para poder realmente poder ir a casa da pessoa (...) mas isso não impedia que falasse com o médico de família (...) ou essa equipa tinha um médico mas tinha que articular com o médico de família, ou tinha de ser só uma equipa enfermeiro e assistente social (...) para evitar que o preenchimento não seja assim muito superficial. (...)” P2

Compreende-se que se é referido que nos Cuidados de Saúde Primários se revela complicado reunir todos os profissionais necessários para realizar a visita domiciliária de

avaliação da pessoa doente para o referenciar para a RNCCI, esta solução poderia vir facilitar essa logística. Este aspecto seria facilitador ainda relativamente à gestão da necessidade de formação atualizada dos diferentes profissionais em aspetos associados à rede. Assim, apenas esta equipa específica necessitaria de formação mais atempada. Tal vem ao encontro de Greenspun & Champy (2011) ao defenderem que as pessoas são essenciais ao correto funcionamento dos processos e a sua adequada formação permite a eficiência do seu trabalho. Esta informação, conforme já referido, é revelada no subcapítulo 3.2.1 no momento em que as pessoas são identificadas como componente fundamental da reengenharia. Outros autores como Fernandes (2013), Guerreiro (2016) e Cunha (2017) corroboram esta ideia nos resultados dos seus estudos abordados no Capítulo 4. Cunha (2017) define a falta de formação de equipas como um aspecto a melhorar nos processos da RNCCI.

Em relação à categoria *Melhoria da Abordagem Inicial*, um dos participantes, neste caso, refere que deveria haver um maior cuidado na forma como a RNCCI é apresentada aos utentes/cuidadores informais dos utentes que dela necessitam como apoio para a sua condição de saúde-doença. Declara que deveria, ao nível das instituições referenciadoras, junto das equipas multidisciplinares de cuidados, existir um documento informativo sobre as opções de apoio para os utentes numa perspetiva de cuidados continuados, que pudesse ser fornecido e devidamente enquadrado pelos profissionais disponíveis e (in)formados para esse fim.

“(...) Tudo começa pelo hospital, aquando do internamento do doente que aos familiares fosse-lhes dados conhecimento daquilo que o Sistema Nacional de Saúde oferece porque pode haver familiares que tenham condições para ter a pessoa em casa e que vá lá o centro de saúde (...) Eu acho que sim [que a abordagem inicial fosse diferente]. (...)” U4

Neste âmbito, mais uma vez, uma equipa devidamente formada contribuiria para minorar o inconveniente referido. Pensando no contexto hospitalar, no momento em que a referênciação deve ser realizada, entre 48 horas e 72 horas antes do momento da alta clínica como indica a Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro e na importância de haver um consentimento informado e um cuidador informal responsável pelo acompanhamento da pessoa doente ao longo do referido processo (como refere a Diretiva Técnica nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro e o Ofício Circular de 24 de março de 2010 da UMCCI)

compreende-se que quanto mais atempadamente e da melhor forma for enquadrada a RNCCI, mais eficiente será esta etapa. Cunha (2017) nomeou no seu estudo, a necessidade de melhorar a comunicação como sugestão de melhoria do processo de referênciação (ver Capítulo 4).

5.4.2 Operacionalização dos Cuidados na RNCCI

Em relação à operacionalização dos cuidados, surgiram alguns temas nas entrevistas que revelam alguns contributos para a perceção dos moldes em que tal acontece no quotidiano da sociedade.

Para melhor entendimento dos temas, categorias e subcategorias analisadas neste subcapítulo, apresenta-se o Quadro 19:

Quadro 19: Temas, Categorias e Subcategorias inerentes à Operacionalização dos cuidados na RNCCI

Tema	Categoria	Subcategoria
Soluções para Quem não Ingressa Diretamente na Rede		
Sugestões de Melhoria do Processo e Rede	Recursos Humanos/Profissionais	
	Recursos Institucionais	
	Frequência dos Cuidados na Rede	
Cuidados Dentro da Rede	Aspetos Negativos	Recursos Humanos
		Recursos Materiais
		Tempo de Ingresso na Rede
		Frequência e Outros Aspetos dos Cuidados Prestados
	Aspetos Positivos	Recursos Humanos
		Outros Aspetos Dirigidos aos Cuidados
Feedback da Rede	Positivo	
	Negativo	
Aplicativo Informático GestCareCCI		

O primeiro tema definido e a ser analisado denomina-se *Soluções para Quem não Ingressa Diretamente na Rede*. Nele reúne-se as opções que foram dadas ou que os entrevistados referiram saber existir na nossa sociedade. Neste sentido, os colaboradores do estudo

indicam como soluções operacionalizáveis para os doentes que não ingressão diretamente na rede após alta clínica hospitalar ou em relativo curto espaço de tempo após referência através dos cuidados comunitários: a permanência em lares, domicílio com apoio da UCC (após alteração da tipologia para ECCI e caso existam vagas disponíveis), domicílio com apoio da equipa de cuidados da USF, domicílio sem qualquer tipo de apoio de profissionais de saúde, e no caso de cuidados de reabilitação, os utentes ficam mesmo sem os mesmos, porque os profissionais de reabilitação só trabalham para a rede (embora muitas vezes apenas em horário parcial) ou são ainda referenciados para cuidados de reabilitação em instituições privadas.

“(...) Se precisarem de apenas cuidados de enfermagem, o enfermeiro geralmente... (...)geralmente o enfermeiro de família tenta ...tenta colmatar os ... tenta prestar os cuidados necessários enquanto a pessoa não...não tem entrada na rede. Se precisar de cuidados de reabilitação, os médicos referenciam também muitas vezes em simultâneo, para a ...o convencionado para a fisioterapia, para a pessoa não estar tanto tempo sem reabilitação, neste caso. (...)” P1

“(...) Estão em casa, estão no domicílio, ou estão no lar... podem estar no lar (...) Pronto, é assim... se estiverem num lar e se o lar tiver esses cuidados, eventualmente podem ser prestados, se estiver em casa, o utente fica sem esses cuidados. (...)” P2

“(...) Não tenho mais nenhum apoio [quando a enfermeira falta] (...)” U1

“(...) Isso era com a rede porque depois ainda ia duas vezes por semana ao centro hospitalar de S. Francisco a Leiria para ir fazer a fisioterapia. (...)”U2

“(...) aquilo que nos normalmente fazemos aqui... imagine que tenho um utente (...) sai da unidade hospitalar com uma referência para uma média duração. Pronto, o hospital não fica lá com ele, ele vem para casa. Média duração, é uma unidade que normalmente demora algum tempo, aliás como a convalescência (...) o que é que nós fazemos com a família no sentido de transitarmos...pedirmos a alteração da tipologia e este utente entrar em ECCI para nós podermos começar aqui com alguns cuidados de reabilitação ou outros (...)” P4

“(...) Ficam alguns na UCC, outros ficam com os seus enfermeiros das USF ou das UCSP a aguardar que seja possível entrar. (...) Se forem doentes que necessitem de reabilitação? Eu só trabalho pela ECCI, não consigo ir por outro lado. Só a ECCI é que me permite ir a casa. Portanto, a esses coitadinhos não... (...)” P3

A Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2011 de 30 de março orienta as entidades pertencentes à RNCCI de que os utentes que não encontram disponibilidade imediata na rede após a referência deverão ficar ao cuidado das equipas de saúde dos Cuidados de Saúde

Primários. Este aspeto também foi abordado na análise processual no subcapítulo 3.2.3 onde uma das soluções de melhoria referidas, na Projeção do Processo “*To Be*”, esteve associado com o tempo de espera para ingresso na Rede para que os utentes não se sujeitassem a aguardar vaga no domicílio. Fernandes (2013) e Cunha (2017) referem a demora do processo e admissão dos doentes na Rede como um fator constrangedor na referenciação de doentes. Ferreira (2012) revela que a referenciação de doentes pode influenciar o tempo de internamento hospitalar de um doente, fazendo-o aumentar. Petronilho et al (2014) através dos resultados do seu estudo referem que os aspetos centrados na resposta da comunidade e nas respostas dos serviços de saúde são critérios envolvidos na decisão do destino dos doentes dependentes após a alta clínica hospitalar. Todos estes estudos encontram-se resumidos no Capítulo 4.

No tema *Sugestões de Melhoria de Processo e Rede* encontram-se categorias mais direcionadas à operacionalização de cuidados na rede: *Recursos Humanos/Profissionais*, *Recursos Institucionais* e *Frequência dos Cuidados na Rede*.

Relativamente ao tema em geral, um elemento entrevistado refere que na sua opinião está tudo bem, que nada é necessário ser alterado ou melhorado. A sua declaração foi a seguinte: “(...) *Por enquanto está tudo bem... não há nada por enquanto (...)*” U3

Em relação à categoria *Recursos Humanos/Profissionais* dois dos atores do estudo referem que para melhorar a capacidade de resposta às necessidades dos utentes através da prestação de cuidados de saúde, é necessário um maior número de profissionais. É também referido que esses profissionais deveriam ter as mais variadíssimas formações/profissões necessárias a uma constituição adequada das equipas de cuidados.

“(...) Para já era importante que houvesse enfermeiros, pronto. São muito poucos, (...) o enfermeiro de saúde mental... (...) e eu acho que dava um ajuda mais enfermeiros, (...) e estes elementos aqui. Todos os outros que pudessem estar... (...) se calhar era importante haver uma pessoa que não é precisa ser um enfermeiro, as pessoas específicas podiam ser, mas as outras, que podia escrever na plataforma tudo o que seriam dados gerais do utente (...) Se calhar uma ECCI poderia ter a disponibilidade com mais enfermeiros e iam ter outra disponibilidade e outro tipo de cuidados. (...) [maiores recursos humanos] especiais são fundamentais porque há coisas que só nós é que conseguimos dar aquela orientação e ajuda aquelas pessoas. (...) mais Enfermeiros especializados e generalistas porque também fazem falta (...) É assim, o que eu acho é que não invalida nada que eles para além da fisioterapia tivesse um enfermeiro de

reabilitação, até pelo contrário, era uma continuidade e fazer duas ou três horas e depois ir para o quarto, não se se será de todo.... (...)" P3

A este respeito, o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de janeiro discrimina a constituição das equipas cuidados da RNCCI e a formação dos elementos seus integrantes. Acrescenta ainda que a política seguida nesta área para as unidades e equipas da Rede se rege por padrões de qualidade, consolidada através de formação inicial e contínua. É também declarado que a prestação de cuidados nas unidades e equipas da RNCCI deve ser garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros. Nos Quadros 10, 11, 12 e 13 encontra-se descortinada a devida constituição profissional de cada equipa pertencente à Rede (Equipa Multidisciplinares de Cuidados, EGA, ECL e ECR). No Quadro 4, embora não se identifique a exigência do número de profissionais para cada unidade, surge a nomeação de alguns como médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

A categoria *Recursos Institucionais* também revela como resultado a sugestão de que deveria haver mais ECCI em todo o país.

"(...) há poucas ECCI, há alguns agrupamentos, alguns centros de saúde que não têm uma ECCI, não têm uma UCC, pronto, não é preciso ir muito longe. (...) é mais ECCI, devia ser obrigatório em cada concelho devia haver uma ECCI (...)" P3

"(...) era ótimo que todos os centros de saúde tivessem[ECCI]. (...)" U4

Verifica-se que, como já foi referido e analisado anteriormente, por vezes existem centros de saúde nos cuidados de saúde primários que não integram ECCI e que acabam por usufruir dessa oferta de UCC pertencentes ao mesmo ACES, mas a unidades de saúde diferentes. A ARSLVT (2016) revela indiretamente esse facto quando apresenta a sua área de influência e discrimina as suas valências. Compreende-se que este facto sobrecarrega as equipas prestadoras de cuidados ao domicílio da RNCCI, dificultando a melhor prestação de cuidados à população de sua responsabilidade. Este aspecto é corroborado com o estudo de Cunha (2017), ao afirmar que se verificam assimetrias entre as ECCI, assim como pouca divulgação da existência das mesmas e das funções que lhes são destinadas.

Na categoria *Frequência dos Cuidados na Rede* surgem aspetos referidos pelos entrevistados que incidem na atual baixa frequência na prestação de cuidados, em especial os de reabilitação, por parte da ECCI. Referem que houve alteração no número de vezes

em que recebem os cuidados, não compreendendo muitas vezes porque tal facto ocorre. Neste sentido, os indivíduos entrevistados sugerem que gostariam que se restabelecesse a frequência em que os cuidados são prestados ou apenas houvesse manutenção da mesma.

“(...) devíamos manter mais que uma vez ou duas por semana. (...) Fazer o apoio mais vezes por semana (...) Sim. Sim [mantivessem a frequência com que vinham anteriormente] (...)” U1

“(...) Só que viessem quarta e sexta (...) Eu acho que se voltasse a ser como quando vinha aquela enfermeira E. era bom. (...) Alguém que fizesse isso todos os dias para (...) Número de vezes, mas como era. (...) E que viessem fazer mais reabilitação e os outros cuidados que se propunham inicialmente (...)” U2

Sobre este assunto, o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho apenas discrimina a tipologia e abrangência dos cuidados prestados em cada unidade e equipa pertencente à RNCCI, (UC, UMDR, ULDM, UCP, ECCI e UDPA), como se pode observar sintetizadas nos Quadros 1, 2 e 3 do enquadramento teórico no Subcapítulo 2.2.1. Contudo não faz referência à frequência com estes devem ser prestados. Compreende-se que tal deverá ser adaptado à avaliação realizada das necessidades de cada utente como ser individual.

Quanto ao tema *Cuidados Dentro da Rede*, subdividiu-se nas categorias: *Aspetos Negativos* e *Aspetos Positivos*. A categoria *Aspetos Negativos* foi ainda subdividida em subcategorias como: *Recursos Humanos*, *Recursos Materiais*, *Tempo de Ingresso na Rede e Frequência* e *Outros Aspetos dos Cuidados Prestados*. Já a Categoria *Aspetos Positivos* apresenta apenas duas subcategorias: *Recursos Humanos* e *Outros Aspetos Dirigidos aos Cuidados*.

Atendendo ao tema *Cuidados Dentro da Rede*, constata-se pelo conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistado, que o conhecimento que estes possuem sobre os cuidados prestados em toda a rede, com especial atenção aos cuidados de reabilitação, é um pouco restrito. Os participantes U3, U1 apenas comentam os cuidados tendo em conta os contextos já por eles vivenciados, que no caso é domiciliário. Indicam que os profissionais pertencentes à ECCI lhes tratam de feridas, avaliação sinais vitais, lhes fazem ensinios e prestam cuidados de reabilitação. Os entrevistados prestadores de cuidados já revelam apresentar um leque mais abrangente de conhecimento sobre os cuidados prestados nas diversas unidades integrantes da RNCCI. Porém, nas informações que forneceram não revelaram muitos pormenores sobre este aspecto.

“(...) Então se for para UMDR, espero que e sejam prestados cuidados de reabilitação diários, quando é para convalescença podem ser diários ou bidiários e na ECCI, tendo em conta a realidade que aqui temos, só costumamos garantir entre aspas, e também de acordo com as necessidades de cada família, uma a duas vezes por semana. (...) os cuidados de reabilitação podem ser aqui prestados pela enfermeira especialista de reabilitação e/ou pelo fisioterapeuta, sabendo-se que ele só vem 14h por semana. (...)” P1

“(...) Olhe era conforme ela...conforme os serviços dessem...o que ela tinha para fazer...reabilitação, tinha que fazer oscultar...e fazer essas coisas assim...fazer as massagens...fazer os treinos que lhe eram precisos...dependia do tempo que era preciso. (...)” U1

“(...) Prontos do que é a minha intuição, porque eu não tenho acesso ao s cuidados, mas aquilo que eu acho que enquanto UC, UMDR ou ECCI, aquilo tem que ser assegurado ao doente é os cuidados que ele necessita e potenciar o potencial de reabilitação que ele tem e de recuperação da sua autonomia. (...) pode ser de outra coisa qualquer (...) Imagine a gestão de um regime terapêutico(...) ele não é propriamente dependente em termos da limitação da sua funcionalidade, mas se calhar precisa a de aprender aqui algumas questões. (...)” P4

“(...) tratamento das minhas feridas, porque eu feria-me toda e os tratamentos de reabilitação (...)” U3

“(...) Ai [na UC e na UMDR] muitas vezes já têm. Muitas vezes vão mesmo para esse fim, para reabilitação (...) de média duração. Onde podem ficar durante algum tempo e onde existe fisioterapia. (...)” P3

Relativamente à definição dos cuidados disponibilizados a nível de cada equipa e unidade prestadora de cuidados integrante da RNCCI, o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho determina especificamente os cuidados que devem ser oferecidos. No seguimento desta informação, pode-se observar o conteúdo dos Quadros 1, 2 e 3 apresentado no enquadramento teórico (Subcapítulo 2.2.1), onde essa informação se encontra reunida.

Na categoria *Aspetos Negativos*, do tema *Cuidados Dentro da Rede*, encontra-se a subcategoria – *Recursos Humanos*. Nesta incluem-se as apreciações que os entrevistados possuíam sobre os recursos humanos que prestam cuidados na RNCCI. Relativamente a este aspecto, verifica-se que os entrevistados têm a opinião de que os profissionais prestadores de cuidados da RNCCI são diminutos, com pouca formação para desempenharem funções nesta área, alguns com fracas características físicas e com elevado grau de absentismo. Revela-se de fácil entendimento que se as equipas prestadoras de cuidados não estão devidamente constituídas e se encontram no limiar da suas dotações, um profissional ao faltar, por que motivo seja, à sua atividade profissional, não vai ser substituído, privando os utentes dos cuidados que lhes estavam destinados.

“(...) mas considero que existem poucos profissionais especialistas nesta área para as necessidades da população, logo não é possível prestar os cuidados com a regularidade esperada e necessária, muitas vezes (...)” P1

“(...) Para já os enfermeiros de reabilitação são poucos, o fisioterapeuta também dá poucas horas, o nosso concelho tem uma área muito dispersa. (...)Portanto precisávamos de ter mais enfermeiros de reabilitação. (...)” P2

“(...) depois a senhora Enfermeira M. disse que ia de férias, de acordo, a...foram três semanas que não tive ninguém e agora pelo que eu vejo ela adoeceu e não tenho então esse apoio. (...) Não tenho mais nenhum apoio [quando a enfermeira falta]. (...)” U1

“(...) a [Porque se não fosse outras coisas por fora]...à parte da assistência, à parte médica, à parte da fisioterapia... que ando a caminhar...ela vai duas vezes por semana a Leiria ao S. Francisco...(...)”U2

“(...) temos é uma equipa sem recursos profissionais. Ou seja, as ECCI foram criadas sem ter (...) os profissionais e o tempo disponível para trabalhar dos profissionais que deveriam ter. Ou seja, nós temos uma ECCI aqui constituída desde 2011 mais ou menos e o assistente social a pertencer umas horas à equipa eu só tenho desde mais ou menos outubro do ano passado. (...)É assim os profissionais não têm formação para trabalhar em ECCI (...) E depois as horas que nós temos atribuídas. (...)tenho uma enfermeira de reabilitação em média 4 horas por dia. (...)E falo disto a todos os níveis – reabilitação, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala que não temos e temos muitos utentes a precisar. Portanto nós não temos recursos (...)” P4

“(...) Há poucos enfermeiros para trabalhar, nenhuma ECCI devia funcionar sem o enfermeiros de reabilitação, um enfermeiros de cuidados gerais com bastante formação (...) a semana passada, não tivemos motorista. (...) [a reabilitação nesta ECCI é feita] só pelo enfermeiro de reabilitação, a tempo parcial, eu neste momento estou só a tempo parcial e eventualmente o fisioterapeuta. (...) Os recursos profissionais escassos. (...)” P3

Para suporte de uma correta constituição da equipa prestadora de cuidados da rede e à importância da formação adequada da mesma, faz-se mais uma vez menção ao Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de janeiro e aos autores Greenspun & Champy (2011). Ao Decreto-Lei visto ser nele que se encontram discriminadas a constituição profissional de cada equipa cuidadora da RNCCI (como se pode observar nos Quadros 10, 11, 12 e 13) e aos autores visto estes defenderem que a formação das equipas de cuidados de saúde é importante tornando-as mais unidas, eficazes e até eficientes no desenrolar do fluxo das suas funções.

Incluída na categoria *Aspetos negativos*, no tema *Cuidados Dentro da rede*, encontra-se também a subcategoria *Recursos Materiais*. Sobre este assunto, os entrevistados referem

que a opinião de que os recursos materiais disponíveis para os profissionais da RNCCI desenvolverem a sua atividade profissional, são diminutos. Para além disso, um entrevistado refere mesmo que aqueles que possuem, ou são já de projetos na área da saúde anteriores ou os profissionais acabam por trazer emprestados de outras instituições de saúde para que possam trabalhar com um nível de qualidade maior. Não esquecendo que após o terminus dos cuidados por eles prestados, os mesmos têm de ser devolvidos à sua origem.

“(...) o número de viaturas e o tempo que nos é atribuído, muitas vezes é insuficiente para as necessidades e... limita a atuação do profissionais. (...)” P1

“(...) mas digamos que os recursos são menores que numa unidade de internamento (...) Portanto precisávamos de ter mais (...)materiais. Porque depois é a questão de improvisar... pronto, digamos que não há assim muitos materiais para se poder trabalhar com os utentes (...)”. P2

“(...) recurso físicos e materiais também não temos nada, não temos nada. As equipas estão dotadas ...eu tinha quando a ECCI começou, nós tínhamos algumas camas articuladas, trê, tripés, algumas cadeiras de rodas, alguns andarilhos, mas que não eram da UCC, já vinham de outros projetos antigos. Na terapia ocupacional, a terapeuta traz de outro lado a título de bons vizinhos e se o doente vier a precisar mais tempo da ajuda técnica, ou a família tem de comprar ou nós aqui tentamos fazer ou construir de forma a que facilitem as pessoas, mas ... bem... é assim... não temos materiais, não temos nadinha. (...)” P4

Não se conhece nenhum documento que descrimine os recursos materiais que cada unidade ou equipa da RNCCI necessite ter. Porém, a Portaria nº174/2014 de 10 de setembro especifica a arquitetura e o programa funcional tipo com observações relativas a espaços físicos e constituintes materiais (mobiliário principalmente) das unidades de internamento e das UDPA, excluindo as ECCI. Conhece-se apenas um documento da ACSS (2017) designado por *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*, que refere que os recursos materiais alocados às ECCI devem ser devidamente discutidos entre as ARS, a RNCCI, a Segurança Social e a Autarquia, visto que condicionam todo o funcionamento das equipas e consequentemente os resultados obtidos por estas.

Incluída no tema *Cuidados Dentro da Rede*, a categoria *Aspetos Negativos* apresenta a subcategoria – *Tempo de Ingresso na Rede*. Dois dos entrevistados referiram que a desarticulação entre as instituições referenciadoras e até referenciadoras e prestadoras de

cuidados da RNCCI provoca um aumento do tempo de espera para início da prestação de cuidados. Mencionaram ainda que tal situação poderia impedir a tomada de conhecimento atempado da situação da pessoa doente.

“(...) O problema é que muitas vezes quando nos chegam [as cartas de alta dos doentes], já passou muito tempo. Portanto a situação da pessoa já está muito desatualizada. (...) falando um pouco dos cuidados hospitalares... que houvesse a preocupação de um contato com as equipas da comunidade porque aí nós transmitiríamos a informação. (...)” P4

Fernandes (2013) e Cunha (2017) mencionam (ver Capítulo 4) que aspetos como a morosidade do processo de admissão, a falta de referência hospitalar, a ausência de planeamento de alta e sinalizações e referenciações tardias foram dificuldades já referidas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários associadas ao processo de referenciação de doente a RNCCI. Para além disso, Cunha (2017) aponta como sugestão de melhoria para o processo a melhoria da comunicação entre os diferentes profissionais intervenientes na RNCCI.

Na categoria *Aspetos Negativos*, a última subcategoria denomina-se – *Frequência e Outros Aspetos dos Cuidados Prestados*. Os atores do estudo referem que a frequência com que os cuidados lhes são prestados é baixa, não é constante, que se foi alterando com o passar do tempo sem explicação aparente e que por vezes passam diversos dias sem apoio, pois quando falta um profissional não há quem o substitua. Declaram ainda que por vezes os cuidados são superficiais e que em algumas unidades de internamento da rede, os utentes manifestam pouca evolução positiva do seu estado de saúde.

“(...) Agora é que já não é tão bem. (...) Porque vêm em muito rara vez (...) Não [ter explicação sobre a diminuição de frequência de cuidados] Agora no ponto em que a gente está [relativamente à frequência dos cuidados] e só as vezes que a gente tem, acho pouco. (...) Mas agora, desde que a dona E. deixou de passar, desde julho, pois... (...) foram três semanas que não tive ninguém e agora pelo que eu vejo ela adoeceu e não tenho então esse apoio. (...) Não tenho mais nenhum apoio [quando a enfermeira falta] (...) Faz muita falta aquela ajuda. (...)” U1

“(...) Bem há a pequena duração que o que se espera é para o descanso do cuidador. O que se espera de lá e que nós sabemos, é muito pouco. Os doentes apenas vão para outro sitio, mas não têm nenhum benefício. (...) Não têm nenhuma [reabilitação]. (...)” P3

O Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho fornece a orientação sobre a constituição das equipas e discrimina a tipologia e abrangência dos cuidados prestados em cada unidade e equipa pertencente à RNCCI. Essa informação encontra-se agrupada nos Quadros 1, 2 e 3 do enquadramento teórico no Subcapítulo 2.2.1, onde podem ser observados. Porém, mais uma vez se faz menção ao facto de não existir nenhum documento orientador que faça referência à frequência com estes devem ser prestados.

Na categoria *Aspetos Positivos*, duas Subcategorias foram nomeadas: Recursos Humanos e Outros Aspetos Dirigidos aos Cuidados. Atendendo à subcategoria – Recursos humanos, verifica-se no discurso dos entrevistados que os profissionais prestadores de cuidados da RNCCI conseguem estabelecer uma relação de ajuda e preocupação e apresentam competências na sua área de atuação. Além disso, os colaboradores do estudo, mais especificamente os prestadores de cuidados referem que a equipa se encontrava motivada para trabalhar do sentido de apoiar a pessoa doente.

“(...) Porque eu tinha a dona enfermeira cá, (...) e ela era muito boa, muito...preparada para estes serviços que ela fez. (...) fui muito bem apoiada e estou muito contente com aquilo que me fizeram. (...)” U1

“(...) Essa sim era boa, nunca faltou. Quando faltava comunicava. (...) A gente não poderíamos por não optar por uma coisa dessas porque são coisas que eles trabalham, estão dentro do assunto, sabem fazer as coisas e não é como nos que não sabemos fazer. (...) Sabem fazer melhor do que nós. (...)” U2

“(...) neste momento enquanto equipa, eu falo pela motivação da equipa em trabalhar nesta área. Temos uma equipa motivada. (...)” P4

“(...) aqui toda a equipa está a funcionar naquela direção, para aquele doente. (...)” P3

Relativamente ao aspeto relacional Inter profissional e entre profissionais e utentes enaltecidos no discurso dos atores, verifica-se que a capacidade de estabelecer uma relação de ajuda promove bons resultados e sensação de bem-estar e conforto aos utentes. Neste estudo os cuidados de reabilitação era um ponto fulcral a ser analisado e atendendo aos excertos anteriores, na maioria dirigiam-se aos profissionais prestadores de cuidados de reabilitação, que aparentemente executam a sua atividade profissional de forma mais adequada e que as suas competências específicas assim lhes permitiam. Hoeman (2011) e OE (2009) são documentos que sustentam estes aspetos no âmbito da enfermagem, ao mencionarem que o EEER é munido de competência relacional e tem o dever essencial de

providenciar uma educação eficaz e de ajuda, o que permite ao doente aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, de maneira o mais independente possível. Acrescentam ainda que este profissional deve munir os utilizadores dos serviços de cuidados de saúde de conhecimentos sobre prevenção, comportamentos saudáveis e reabilitação, assim como, procurar ajudar no desenvolvimento domínio de autorresponsabilidade pela saúde.

No que respeita à subcategoria *Outros Aspetos Dirigidos aos Cuidados*, os entrevistados referiram que o ambiente domicílio para a prestação/receção de cuidados era muito positivo. Alguns declaram ainda que a frequência dos cuidados era suficiente, tendo em consideração a sua experiência e a evolução do seu estado de saúde após a estadia na mesma. Referem-se aos cuidados de reabilitação classificando-os como muito importantes e capazes de trazerem bons resultados. Outro aspeto que se observa ser revelado são os resultados positivos conseguidos através dos cuidados de reabilitação e o decair do estado de saúde dos utentes quando estes são suspensos por algum motivo não programado.

“(...) Permite que o utente esteja no seu ambiente familia o que para muitos é importante. (...)” P2

“(...) depois ficou então de vir aqui a dona E. vinha 3x por semana, segundas, quartas e sextas (...) A enfermeira, a enfermeira E. vinha cá fazer a reabilitação à perna, ver-lhe a tensão e isso assim. Segundas, quartas e sextas no princípio. (...) Sim [logo uma semana após a referenciação]. (...)O que nos explicaram e que nos disseram é que nos davam apoio, que tínhamos o apoio dela para ajudar, para fazer a reabilitação para fazer a andar e que passavam as receitas dos medicamentos...e eu tive esse apoio. (...) Olhe... [opinião sobre os cuidados de reabilitação] eu penso que se eu não tivesse a ajuda que eu tive no princípio...desde o princípio, o meu marido já há algum tempo que já não andava e ele ainda consegue dar umas passadas. (...) eu acho que depois da dona E. deixar de cá passara, a fazer aqueles exercícios diários, de andar e os exercícios que ela fazia, o sentar e levantar da cadeira...ele começou a ficar mais preso, mais apanhado das pernas (...)” U1

“(...) A partir que começou a ter reabilitação da enfermeira, é que ela começou a melhorar lentamente e a pouco e pouco. (...) vieram sempre uma vez por semana, era o suficiente. (...) Eu acho que sim que contribuíram até bem. Já não está acamada (...)” U3

“(...) e a minha mãe em relativamente em pouco tempo começou a andar com andarilho, (...)” U4

Os vários documentos que sustentam a constituição da RNCCI, como é exemplo o Decreto-Lei nº11/2006 de 6 de janeiro e a Portaria nº174/2014 de 10 de setembro, programam diferentes contextos para os cuidados continuados serem prestados, sendo o domicílio um deles. Este aspeto surge identificado no subcapítulo 2.2.1 na apresentação da constituição da Rede e na Análise Processual (Subcapítulo 3.2.2) quando se indica a ECCI como destino da pessoa doente referenciada. O contexto domiciliário permite uma manutenção da proximidade dos utentes ao seu quotidiano. O estudo realizado por Marvanejo (2017) e incluído no Capítulo 4, sustenta a ideia de que os cuidados de reabilitação realizados aos utentes através da ECCI trazem ganhos em termos de funcionalidade. Isto traduz assim a importância da visita e tratamentos dos utentes por profissionais que prestam cuidados de reabilitação em meio domiciliário.

O penúltimo tema neste âmbito denomina-se *Feedback* e integra duas categorias: *Positivo* e *Negativo*. Este tema compreende um conjunto de perceções dos entrevistados sobre o feedback que os utentes têm apresentado sobre a sua estadia na RNCCI. Aquando da possibilidade de distinguir as perceções como positivas ou negativas, assim foram incluídas nas categorias correspondentes. Assim, associado ao tema indicam-se os excertos que no seu conteúdo não se revelam nem um feedback positivo nem negativo e sim uma visão global de utentes.

“(...) Daquilo que vou sabendo, ham...eles não desgostam, eles gostam (...) efetivamente vê-se melhoras pela terapêutica que é feita. Isto é um esboço daquilo que eu sei. Agora não sei... é isto que vou sabendo. (...)” P3

“(...) já tivemos opiniões de que correu tudo muito bem, mas também já tivemos opiniões que estão lá e ...estão lá. Não fazem nada. (...)” P4

“(...) Ah. É assim, temos tido de tudo. Há os que gostam e sentem-se gratos, há os que são muitos exigentes e acham que o tempo é pouco, pronto. (...)” P2

A nível da categoria *Positivo*, verificam-se apreciações dos utentes que adjetivam a estadia na rede como *muito positiva* e *cinco estrelas*, não manifestando intenções de não quererem sair da rede, de que se fosse necessário voltariam a ingressar na mesma e que a aconselhariam a qualquer pessoa que necessitasse. Já da parte dos prestadores é referido que o facto de poderem permitir o apoio a nível de cuidados de saúde e sociais às pessoas doentes através da sua estadia na Rede, se revela ser muito positiva.

“(...) Eu da minha parte, eu tentaria fazer igual se tivesse o mesmo apoio (...) Era capaz de aconselhar se tivessem o apoio que eu tive no princípio. (...) Não. Não. Não tenho motivos para não aceitar. Tenho motivos sim se me desse o apoio, eu aceitava. (...)” U1

“(...) A solução é sempre bem-vinda, porque eu preciso todos os dias, não é só um dia, eu preciso de todos. (...) Com certeza [integravam novamente a rede e aconselhavam-na a outros] (...)A gente não poderíamos por não optar por uma coisa dessas porque são coisas que eles trabalham, estão dentro do assunto, sabem fazer as coisas e não é como nos que não sabemos fazer. (...)” U2

“(...) sim. Sim [foi de encontro às vossas necessidades]. Tendo em conta o que precisávamos. (...) e recomendaria a qualquer pessoa caso precisassem também, sim. Familiar ou amigo. (...)” U3

“(...) Pela experiência que tive com a minha mãe na UCC, cinco estrelas (...)” U4

“(...) parece muito positiva porque somos nós que estamos no terreno e que vemos. Ao avaliar uma pessoa que tem algum benefício, então vamos ajuda-la né? (...) A verdade é que existe resultados. (...)” P3

O estudo realizado por Marvanejo (2017), revisto no Capítulo 4, dá evidência de que os utentes têm benefícios visíveis por serem cuidados por um EEER no domicílio.

Na categoria *Negativo* reúnem-se os pareceres menos positivos que os entrevistados forneceram ao entrevistador sobre a rede no geral. Os prestadores de cuidados indicam perceções mais direccionadas com a dificuldade de início de prestação de cuidados na rede, associados à diferença entre o seguimento e resolução do processo com origem hospitalar e comunitária, tal como foi referido anteriormente. Os utentes fornecem declarações tendo em conta à experiência de receção de cuidados dentro da rede e que incidem na não realização/escassa realização de cuidados de reabilitação.

“(...) quando vem já a referência do hospital, a pessoa entra quase diretamente e é um instantinho. Quando vêm por este processo, tanto através de carta ou telefónica é uma carga de trabalhos porque leva muito tempo e todo este processo tem de ser feito com a agravante que não conhecemos o utente. (...)” P3

“(...) São poucos. (...) Se ainda fizessem era bom era [em termos de reabilitação]... todos os dias. (...) Não tenho mais ninguém que venha cá fazer. (...)” U2

“(...) Em unidades de internamento. A convalescença é um bocadinho menos, porque também o tempo de internamento são os 30 dias e é assim, também há aqui um investimento um bocadinho maior, mas as famílias têm algumas questões relativamente às unidades de internamento. Dizem que ficam muito parados...não

veem a pessoa a fazer ou a recuperar tanto quanto gostariam que recuperassem, ham... não os veem integrados noutras atividades (...)" P4

Fernandes (2013) e Cunha (2017) (ver Capítulo 4) referem que a morosidade do processo de admissão foi uma das dificuldades já referidas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários associada a todo o processo de referenciação de doente para a RNCCI, onde os cuidados prestados também são incluídos. Atendendo a este aspecto, a Portaria nº174/2014 de 10 de setembro orienta as equipas e unidades cuidadoras integrantes da RNCCI no sentido de procederem à admissão da pessoa doente num prazo de 48 horas após a ordem emanada para esse efeito. Relativamente à frequência dos cuidados, como já foi referido anteriormente não existe nenhum documento que defina exatamente a periodicidade com que os cuidados devam ser prestado na RNCCI, apenas o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho define as atividades cuidadoras que cada unidade e equipa tem de assumir.

Em relação ao tema *Aplicativo Informático GestCareCCI*, as opiniões incidem em aspetos como o aplicativo GestCareCCI ser importante, útil, igual em todas as instituições, mas contudo também se consegue apresentar complexo, pouco personalizado, demorado no seu preenchimento e muito direcionado para as unidades de internamento institucionais. Para além disso, volta a ser referido que deveria estar interligado com o aplicativo de registos diários dos profissionais de saúde – SClínico, para que uma vez a informação registada num, surgisse automaticamente no outro, tornando tudo mais célere e eficiente, aspetos já referidas quando foi feita análise do tema *Sugestões de Melhoria do Processo e Rede*.

"(...) eu penso que ele é importante no sentido em que permite uma listagem, uma hierarquia, uma ordenação dos processos que entram ou que estão a aguardar vaga e que estão...pronto...que estão a aguardar vaga e na admissão é importante no sentido da retidão de não haver ham... como dizer (...) Exatamente [não permite que os doentes passem à frente uns dos outros] (...)" P1

"(...) Ele [o aplicativo informático GestCareCCI] é igual para todas as unidades. (...) Ele é importante, mas ele é importante, mas ele é importante também(...) obriga a preencher muita coisa e perde-se muito tempo e depois é um duplo registo. Nós no SClínico. O nosso registo interno, também fazemos os registos e portanto devia haver uma articulação entre os dois porque há coisas que estão em simultâneas. (...)" P2

"(...) que na minha opinião está muito voltado para a área de internamento, internamento mesmo, nas unidades. (...) Mas acho que este aplicativo está muito voltado realmente para uma perspetiva muito mais de hospitalar do que propriamente domicílio da pessoa e o processo de referenciação inicia-se com dados biográficos da pessoas e dados de identificação, avaliação medica,

avaliação social, avaliação de enfermagem e depois todas as outras escalas que o aplicativo nos obriga a preencher. (...) Muitas vezes a gente engana-se e quando se grava, dependendo da situação em que está o episódio, deixo de ter o episódio depois na minha ação. (...)" P4

"(...) eu acho que está tudo muito bem, eu acho e que precisava de mais, de um pouco mais esmiuçado. Não é preciso muito mais porque senão também fica uma coisa não muito fácil. Mas eu acho que é muito útil e os benefícios para os doentes é evidente. (...) É muito difícil, não nos está ainda acessível aqui, nós ainda não conseguimos fazer. Fazemos no SClínico. (...) daquilo que vou ouvindo, porque ainda não sei muito porque estou cá há relativamente pouco tempo, eu percebo que ainda não se chegou a essa fase de serem feitos os registos nessa plataforma e portanto, ne por mim, nem por ninguém. O ideal era serem feitos, mas ...é preciso é serem feitos sempre. (...)Portanto nós temos de fazer risco de queda, risco de ulcera de pressão e os autocuidados, mas no SClínico, de 15 em 15 dias que depois irá ser feito no GestCare. (...)" P3

Os documentos como a Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010, a Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro e a Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017 de 27 de fevereiro vêm orientar e uniformizar a utilização do aplicativo GestCareCCI para toda a RNCCI, defendendo ser uma iniciativa facilitadora de articulação dos diversos intervenientes na rede, o que contraria o mencionado pelos participantes. A Nota informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro documenta a possibilidade deste aplicativo interagir com uma plataforma de dados da saúde, contudo essa e outras associadas à gestão de custos da rede são exclusivas neste tipo de interatividade, o que não facilita o quotidiano das equipas profissionais da RNCCI. Esta informação surge também nos dados obtidos dos estudos de Sepúlveda (2013) e Cunha (2017) (ver Capítulo 4). Sepúlveda (2013) refere que o GestCareCCI embora seja um ótimo repositório de informação importante sobre os doente e os cuidados prestados ao mesmo na RNCCI, a acessibilidade a esta não se revela fácil. Para além disso, revela que o aplicativo referido não apresente interligação com um outro aplicativo informático de registos utilizado nos Cuidados de Saúde Primários (SAPE). Cunha (2017) identifica que algumas sugestões de melhoria associadas ao processo da Rede apontando como base por exemplo a melhoria dos registos no processo clínico eletrónico e a melhoria do sistema de tecnologia e informação com ferramentas que apoiem a tomada de decisão.

Capítulo 6: Conclusões

O atual contexto demográfico e de saúde em Portugal resultante de graduais alterações a esses níveis ao longo dos anos traduz-se numa população mais envelhecida e portadora de doenças crónicas num leque mais abrangente de idades. Este facto acarreta um grau de incapacidade considerável a estes indivíduos, o que indiscutivelmente lhes implica a necessidade de apoio de terceiros. Tendo em conta esta realidade, a necessidade de apoio a estes indivíduos numa lógica de continuidade de cuidados revela-se uma realidade. Para este fim, e devido à fraca oferta a este nível em Portugal, constituiu-se a RNCCI. Rede interorganizacional de apoio social e de saúde. Nesta foram definidas diversas tipologias de unidades e equipas prestadoras de cuidados tanto em contexto de internamento institucional, como em contexto domiciliário, onde cada uma adquire responsabilidades específicas na área dos cuidados. Para a devida oportunidade de ingresso em qualquer uma destas modalidades, o utente percorre um processo de referenciação integrante de várias etapas.

Em estudos já realizados e dirigidos à RNCCI, revistos no Capítulo 4, embora ainda em número reduzido, verifica-se que associado a este assunto, nem tudo parece se encontrar efetivado da melhor forma.

O trabalho de investigação apresentado nesta dissertação de mestrado, foi realizado na perspetiva de: analisar teoricamente o percurso do doente desde a sua referenciação para a RNCCI até o seu ingresso e estadia na mesma, atendendo em maior pormenor, aos cuidados de reabilitação, fazendo uso das técnicas da *Reengenharia de Processos*, analisar o processo de operacionalização da referenciação e triagem dos doentes para a RNCCI, analisar a implementação prática das soluções processuais referidas e caracterizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma.

Após a compreensão do estado de arte sobre o tema e pela análise processual realizada apelando a técnicas da ferramenta de gestão *Reengenharia de Processos*, ilustrada pelos diversos diagramas *swimlane*, pode-se compreender como estão devida e congruentemente planeadas, sob o ponto de vista teórico, as etapas de referenciação de doentes para a Rede, a triagem dos mesmos para as diferentes unidades e equipas cuidadoras da RNCCI e ainda

de prestação de cuidados ao doente dentro da Rede. Apesar disso, é possível nomear sugestões a nível de referenciação hospitalar com o intuito de melhorar a gestão sobre as vagas da RNCCI, promovendo uma diminuição do tempo de espera para ingresso nas unidades e equipas de cuidados. A principal sugestão passa pela reestruturação das equipas pertencentes ao processo de referenciação de doentes para a RNCCI ou até mesmo terminar com alguma delas:

- A equipa multidisciplinar de cuidados/funcional utilize, logo no início do mesmo, o aplicativo GestCareCCI e que seja daí onde todas as etapas se vão interligando e seguindo;
- A EGA seria excluída do processo;
- O número de profissionais das ECL poderia ser aumentado, com o intuito de tornar mais eficiente a tomada de decisão sobre um maior número de processos;
- À ECR ser-lhe apenas atribuídas funções superiores de gestão e avaliação, ficando unicamente de forma mais efetiva, associada à tomada de decisão sobre processos de referenciação aquando da verificação dessa necessidade por parte da ECL;
- Existir formação adequada e contínua dos profissionais integrantes das equipas referidas.

Para além disso, elaborou-se num estudo de caso, com abordagem qualitativa, através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas e da realização de análise de conteúdo dos dados obtidos com o intuito de analisar a implementação prática das soluções processuais teorizadas e de caracterizar tanto o processo de referenciação de pessoas doentes para a RNCCI como a operacionalização dos cuidados dentro da mesma, mais especificamente cuidados de reabilitação – a nível das ECCI. Procurou-se compreender a perspetiva dos profissionais cuidadores, no caso quatro, e dos utentes/cuidadores informais dos utentes, também eles quatro, experienciadores desses cuidados. Do estudo de caso conseguiu-se chegar a resultados que revelaram a existência de aspetos que influenciam a implementação correta do processo de referenciação de doentes para a RNCCI. A nível das equipas que referenciam os doentes pode-se indicar:

- A falta de formação dos profissionais referenciadores;

- A abordagem menos cuidada por parte dos profissionais referenciadores, aos utentes e cuidadores informais dos mesmos, na apresentação da RNCCI. A este nível pode compreender-se que a existência de alguma variedade de ofertas através da Rede, traga dificuldades no reter de todo pormenor das mesmas, principalmente quando a (in)formação não é trabalhada junto dos profissionais de saúde para que consiga ser transmitida também aos utentes e seus cuidadores informais de uma forma consistente;
- Dificuldade na articulação da equipa multidisciplinar referenciadora para avaliação do utente;
- A dificuldade de utilização do aplicativo informático GestCareCCI. Constata-se que os profissionais apresentam opiniões que incidem em aspetos como o aplicativo GestCareCCI ser importante, útil, igual em todas as instituições, mas contudo também se consegue apresentar complexo, pouco personalizado, demorado no seu preenchimento e muito direcionado para as unidades de internamento institucionais.
- As desigualdades sentidas entre o desenrolar do processo dependendo do contexto de origem da referência;
- Área de abrangência de cada instituição referenciadora, dificultando a avaliação atempada e correta de cada utente, por se verificar demasiado extensa;
- O elevado tempo de demora para ingresso dos doentes em algumas unidades, o que desmotiva a iniciativa de referência;

No que se refere a aspetos associados à caracterização da operacionalização dos cuidados na RNCCI, em especial a nível das ECCI, na área geográfica definida, o estudo de caso permitiu chegar às conclusões seguintes:

- Ao nível dos recursos humanos/profissionais estes encontram-se em número diminuto para uma devida prestação de cuidados de qualidade. Percebe-se que associada a uma provável inadequação na constituição das equipas prestadoras de cuidados, poderá existir a necessidade de gestão mais rigorosa de recursos profissionais, pelos cuidados de saúde a prestar aos utentes que precisam. Isto poderá incorrer na necessidade de diminuir a frequência da oferta dos cuidados, para que não haja prejuízo de nenhuma parte. Contudo, por qualquer momento de absentismo

do profissional e devido aos recursos efetivamente diminutos, os cuidados podem vir a deixar de ser executados;

- O número de horas efetivas dos profissionais que integram as ECCI para trabalho desenvolvido a esse nível revela-se diminuto. Alguns ainda encontram contratados com horário parcial ou integram outras atividades na instituição de saúde;

- Na falta de profissionais prestadores de cuidados de reabilitação, os utentes, ficam sem os mesmos ou recorrem por meios próprios a profissionais ou instituições privadas, visto não existir recursos humanos substitutos;

- A frequência dos cuidados prestados pela ECCI nem sempre é consistente, ou seja, nem sempre é mantida e quando é alterada, isto é, diminuída, por vezes não é comunicada;

- Os recursos materiais, disponíveis para os profissionais desenvolverem a sua atividade profissional são diminutos, tanto a nível de viaturas, mobiliário adaptado como de material específico para reabilitação das mais variadas capacidades;

- Os recursos institucionais são poucos atendendo à área de abrangência de cada ECCI. Isto é, verificam-se centros de saúde que não possuem essa valência, pelo que usufruem dos recursos de outros.

- Dificuldades na realização dos registos referentes aos cuidados de saúde associados a incompatibilidade ainda existente dos aplicativos informáticos SClínico e GestCareCCI, obrigando a uma repetição dos mesmos ou à opção entre eles, acabando por ser menosprezado na sua utilização em prol do outro

É interessante verificar que muitos resultados obtidos foram de encontro aos já referidos nos estudos realizados por Ferreira (2012), Fernandes (2013), Sepúlveda (2013) e Cunha (2017) reunidos no Capítulo 4 Estudos Existentes Sobre a RNCCI. Contudo, apesar das dificuldades apresentadas, constata-se através dos dados adquiridos com a realização das entrevistas semi-estruturadas, que embora o processo de uma forma geral seja considerado muito burocratizado e por vezes até demorado, o feedback geral dos utentes e prestadores de cuidados, sobre esta iniciativa do Estado, é maioritariamente positivo.

Assim, este estudo conjuntamente com os contributos dos estudos pré-existentes e com a análise do processo referido anteriormente, permitiram chegar à conclusão que embora, como referido, a nível teórico os processos se encontram no essencial devidamente planeados, efetivamente na operacionalização das soluções processuais tal não é tão linear, assim como a nível da prestação de cuidados e em especial os de reabilitação. No âmbito processual verificam-se dificuldades, principalmente a nível dos recursos profissionais no que respeita ao reunir da equipa avaliadora do utente e da utilização do aplicativo informático, o que, em muitos aspetos, poderia ser resolvido com uma adequada (in)formação dos elementos referenciadores. A constituição de uma equipa específica destinada apenas a esse fim, em cada instituição onde a referenciação se realiza (a nível de Cuidados de Saúde Primários) também poderia ajudar a contornar essas dificuldades. No âmbito dos cuidados prestados na Rede, incluindo os de reabilitação, encontram-se dificuldades maioritariamente associadas à utilização do aplicativo informático para registo dos mesmos, à existência diminuta de recursos materiais e aos períodos de baixa frequência em que os cuidados são prestados devido à existência reduzida de recursos profissionais. Todas estas dificuldades referidas poderiam ser tidas como pontos de partida para a melhoria da entidade RNCCI.

Conclui-se assim, que o objetivo geral desta dissertação de analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente aspetos referentes aos cuidados de reabilitação, nela oferecidos, foi atingido. Isto porque, foi possível compreender que nem tudo o que estava aparentemente planeado de forma excelente, na sua implementação, no quotidiano das diferentes instituições de saúde, se verifica tão otimizado. Contudo, pode-se dizer que em qualquer iniciativa que se possa ter no sentido de conseguir apoiar o maior número de indivíduos e colmatar algumas falhas na resposta às suas necessidades, não é possível conseguir o parecer semelhante em todos os indivíduos. Cada um é único e acarreta na sua história de vida experiências que o fazem ter percepções das coisas diferentes de outros. Neste sentido, embora em Portugal tenha havido a iniciativa de constituir a RNCCI com objetivos dirigidos ao apoio e conforto ao utente tanto a nível social como de saúde (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de janeiro), nem sempre o resultado é efetivado da melhor forma. Contudo, os aspetos menos positivos deverão ser pontos de partida para uma melhoria.

Na realização deste trabalho indicam-se algumas limitações: alguma escassez de bibliografia científica sobre a temática em estudo dificultando uma abordagem mais aprofundada, alguns problemas de funcionamento apresentados pelos *softwares* utilizados nos diagramas *swimlane* e nas entrevistas, o *delay* entre os pedidos de colaboração às instituições de saúde e as respostas recebidas revelou-se extenso, dificuldade em coligir em tempo útil informação adicional solicitada relativa aos pedidos de colaboração e dificuldade em obter informação sobre o trabalho específico que cada profissional das equipas pertencentes ao processo de referenciação.

Em investigações futuras seria interessante poder aumentar o número e tipo de colaboradores envolvidos em estudo, obtendo-se a perspectiva dos prestadores dos cuidados diferenciados, compreender o funcionamento real da RNCCI a nível das equipas de coordenação e aumentar de área geográfica a estudar. Por fim seria interessante conhecer a forma como é realizada avaliação da RNCCI pelas entidades responsáveis.

Referências Bibliográficas

- ACSS. (2007). A Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Portugal. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/JFnpW1>
- ACSS. (2012). Requisitos de Qualidade Mínimos para as Tipologias de Cuidados Continuados Integrados. *Standards CCI – Rev.* Portugal. Obtido em 2017, de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Standards%20UCCI.pdf>
- ACSS. (2017). RNCCI. Portugal. Obtido de goo.gl/99zztw
- Albuquerque, A., & Rocha, P. (2006). *Sincronismo Organizacional*. São Paulo: Saraiva.
- Andersson, G. & Karlberg, I. (2000). Integrated care for elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 1, p. 10.
- Ariño, A. (2003). Measures of strategic alliance performance: an analysis of construct validity. *Journal of International Studies*, 34, N°1, 66-79.
- ARSLVT. (2016). ACES MÉDIO TEJO. Portugal. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/7KUdwg>
- Audit Commission. (Janeiro de 2004). Avoiding and diverting admissions to hospital – a good practice guide. *Health & Social Care Change Agent Team*.
- Balestro, M. V., Antunes, J. A., Lopes, M. C., & Pellegrin, I. d.-R.-2. (2004). A Experiência da Rede PETRO-RS: uma Estratégia para o. *RAC, Edição especial*, 181-202. RAC. Obtido em 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rac/v8nspe/v8nespa10.pdf>
- Barbeira, M., Franco, M., & Haase, H. (2012). Strategic Networks in the Healthcare Sector: Measuring Knowledge Management Capabilities. *Proceedings at the 13th European Conference on Knowledge Management - ECKM 2012*. Universidade Politécnica de Cartagena, Espanha.
- Campos, C. J. (2004). Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 611-614. Brasília, Brasil: scielo. Obtido em 20018, de <https://goo.gl/XL1ZzN>

- Casey, B., Oxley, H., Whitehouse, E., Antolín, P., Duval, R., & Leibfritz, W. (2003). *Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform*. OECD Economics Department Working Papers. 23 (369). França: OECD Publishing.
- Castells, M. (1999). *A Sociedade em Rede* (Vol. 1.). São Paulo: Paz e Terra.
- Cavalcante, R. B., Calixto, P., & Pinheiro, M. M. (2014). ANÁLISE DE CONTEÚDO: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.:Est*, 24, 13-18. João Pessoa. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/xBd697>
- CHMT. (2017). Centro Hospitalar do Médio Tejo mantém crescimento da atividade assistencial. Portugal. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/skQBb9>
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (2004). Lisboa:OMS. DGS
- Código Deontológico . Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República*. Lisboa
- CNCRNCCI. (2017). Orientação Técnica N.º 2/CNCRNCCI/2017 . Lisboa.
- Comissão Europeia. (2010). *The Social Situation in the European Union 2009*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Craveiro, M. C. (2007). *Formação em contexto : um estudo de caso no âmbito da pedagogia da infância*. Universidade do Minho. Obtido em 2018, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7085>
- Cunha, C. R., & Melo, M. C. (2006). A Confiança nos relacionamentos interorganizacionais: o campo da biotecnologia em análise. *ERA-eletrónica*, 5, Art.18. Scielo. Obtido em 2017, de <https://goo.gl/YdNwhF>
- Cunha, A. M. (2017). *Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE*. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/HuL3yv>
- Davenport, T. H. (1993). *Process Innovation: Reengineering Work Through Information Technology*. Boston: Harvard Business School Press.

Davenport, T. H. (1994). *Reengenharia de Processos: Como Inovar na Empresa Através da Tecnologia da Informação*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Campus.

Dawes, S. S. (2008). D Measures and conditions of success in public sector knowledge networks. *Center for Technology in Government, CTG Working Paper, N° 03*. Obtido em 2017, de <http://www.ctg.albany.edu/publications/working/measures/measures.pdf>

Decreto –Lei nº101/2006 de 6 de junho. (2006). *Diário da República, 1 Série -A*. Lisboa.

Decreto –Lei nº233/2005 de 29 de dezembro. (2006). *Diário da República, 1 Série -A*. Lisboa.

Decreto-Lei nº8/2010 de 28 de janeiro. (2010). *Diário da República, 1ª Série*. Lisboa.

Decreto–Lei nº93/2005 de 7 de junho. (2005). *Diário da República., 1 Série - A*. Lisboa.

Despacho nº12082/2010 de 27 de julho. (2010). *Diário da República., II - Série*. Lisboa.

Despacho nº19040/2006 de 19 de setembro. (2006). *Diário da República, 2ª Série*. Lisboa.

Despacho nº6359/2011 de 13 de abril. (2011). *Diário da República. , 2ª Série*. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma 015/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Lisboa: DGS. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/RoChN2>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. (M. d. Saúde, Ed.) Obtido em 2017, de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Standards%20UCCI.pdf>

Directiva Técnica nº1/UMCCI/2010 de 3 de março. (2010). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro. (2008). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2011 de 30 de março. (2011). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Diretiva Técnica nº5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro. (2008). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Diretiva Técnica nº7/UMCCI/2012 de 3 de setembro. (2012). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Dornelles, T. S. & Gasparetto, V. (2015). Gerenciamento de Processos: Estudo em uma organização hospitalar catariense. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. nº4. M.C. Novaretti. Obtido em 2017, de <https://goo.gl/Axcmg3>

Duarte, P. F. (2010). As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-organizacionais. Factores Facilitadores e Obstáculos. Covilhã, Departamento de Gestão e Economia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas de investigação em educação. *Noesis*. Nº18. Pp 64-66. <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi2/fernandes.pdf>

Fernandes, A. F. (2013). Dificuldades sentidas pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários, na referenciação de utentes para a RNCCI. Bragança, Portugal. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9931>

Ferreira, L. G. (2012). O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto EPE . Porto, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Franco, M., Mainardes, E., & Martins, O. (2011). A Review of Inter-organizational Networks: Evidence from Studies Published in the Period 2005-2008. *Cuadernos de Administración*, Vol. 24, Nº 43, 133-155.

Gomes, B. P., & Ferreira, M. R. (2010). Assistência de enfermagem em Ortopedia e traumatologia. *Revista Enfermería Global*, (20:1-3). ISSN 1695-614.

Gomes, C., & Quitério, P. (2012). Quando o esquecimento vai para além de um simples lapso. *Jornal de Enfermagem e o cidadão*, (32:9). Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 2017, de <https://goo.gl/NnFGbt>

Greenspun, H., & Champy, J. (2011). *Reengenharia na Saúde, Um manifesto pela revisão radical da atenção à saúd.* Bookman.

Guerreiro, I. (2009). *Desafios de Um Modelo Integrado. 2ª.* Lisboa: Companhia de Ideias.

Guerreiro, A. C. (2016). Conhecimentos sobre a RNCCI: um estudo exploratório sobre a perceção dos alunos do curso de enfermagem. Bragança, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/imChtV>

Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol 22, n°2, 201-210.*

Hammer, M., & Champy, J. (1993). *A reengenharia da empresa: Em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência.* Rio de Janeiro: Campus.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação (5ª edição ed.).* Loures: Lusodidacta.

Huber, M. (2007). Long-term care for older people: The future of Social Services of General Interest in the European Union. Discussion Paper. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Hupcey, J. E. (2010). Measurement Issues in Qualitative Research. In C. F. Waltz, O. L. Strickland, & E. R. Lenz, *Measurement in Nursing and Health Research (4.ª Edição ed., pp. 225-226).* New York: Springer Publishing Company. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/TAeT5P>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). Dia Internacional das Pessoas com Deficiência - Saúde e incapacidades. *Destaque.* Portugal. Obtido em 2017, de <https://goo.gl/UjSRyK>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. *DEstaque.* Portugal. Obtido em 2017, de <https://goo.gl/hdTmE5>

Instituto Nacional para a Reabilitação [INR]. (2010). O que é a CIF? Portugal. Obtido em 2018, de <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>

International Organization for Standardization, [ISO]. (2009:2011). Obtido em 2017, de <https://www.iso.org/standard/57370.html>

Joia, L. A. (2012). *Reengenharia e Tecnologia da Informação: O Paradigma do Camaleão*. São Paulo: Pioneira.

Katz, R. e. (2000). Organizations. Em R. C. Dorf, *The technology management handbook* (Vol. Cap. 7). Boca Raton: CRC Press.

Loong, A. C., & Keng-Boon, O. (2008). *Adoption of interorganizational system standards in supply chains. Industrial Management & Data Systems* (Vols. 108, N°4, p. 529-547). Obtido em 2017, de www.emeraldinsight.com/0263-5577.htm.

Loureiro, R., Brou, E., & Fernandes, A. (2017). Estrutura e organização dos cuidados de saúde em Portugal. Introdução das unidades locais de saúde e os problemas da integração vertical. *Revista Portuguesa de gestão & saúde*, n°22, pp. 32-37.

Lundvall, B.-A. (2003). *LUNDInnovation, competence building and social cohesion on Europe: toward a learning society*. Cheltenham: Edward Elgar.

Marcus, M.T. & Liehr, P.R. (2001). Abordagens de pesquisa qualitativa In: Wood GL, Haber J *Pesq Enferm* 4ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan;

Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.

Marvanejo, D. J. (2017). Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido em 2018, de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4507>

Mance, E. (1999). *A Revolução das Redes*. (Ano 5, N°51). São Paulo: Informa, Vozes, CEPAT.

Minayo, M. (2007). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (10ª ed.). São Paulo: HUCITEC.

Mota, D. (2014). A Enfermagem de Reabilitação e a Família no Processo de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/Yffta2>

Nota Informativa n°8/UMCCI/2012 de 13 de novembro. (2012). UMCCI. Lisboa

Nunes (2013) *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. ISBN: 978-989-98206-1-6.

Ofício Circular da UMCCI de 10 de fevereiro. (2009). UMCCI. Lisboa.

Ofício Circular da UMCCI de 24 de março. (2010). UMCCI.Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral - Relembrar o dia 31 de Março é trazer para a memória as pessoa que sofreram de um AVC - Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Espaço Cidadão.

Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017 de 27 de fevereiro. (2017). *Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, J., & Mott, S. (2010). Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health and Social Care in the Community*. (nº18, 1:10-20). Blackwell Publishing Ltd.

Onwuegbuzie, A. J., 2003, Effects sizes in qualitative research: a polegomenon, *Quality & Quantity: International Journal of Methodology* 37, 393-409.

Patrício, K. P., Ribeiro, H., Hoshino, K., & Bocchi, S. C. (2008). O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4). Obtido em 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/15.pdf>

Pereira, T. B., & Santos, R. J. (2008). Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.... *Enformação*, (6: 6-9). Enformação.

Pesämaa, O. (2006). Development of Relationships in Interorganizational Networks. Luleå University of Technology: Tese de Doutoramento. ISSN 1402-1544.

Petronilho, F. A., Pereira, F. M., & Silva, A. A. (2014). Critérios de Decisão Sobre o Destino do Doente Dependente no Autocuidado após Alta Hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem, N°8 Série II* , 35-43. Portugal: Sinais Vitais. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/PVStSr>

Plano Nacional de Saúde. (2010). Definição de Doença Crónica. Lisboa: DGS. Obtido em 2017, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Como fazer uma apresentação oral. Como elaborar um poster. Como pesquisar na Web... e muito mais.* Pocinho

Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro. (2017). *Diário da República, 1ª Série.* Lisboa.

Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro. (2014). *Diário da República, 1ª Série.* Lisboa.

Portaria nº343/2015 de 12 de outubro. (2015). *Diário da República.* Lisboa.

Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management, vol 33.* University of Arizona.

Regulamento nº125/2011 de 18 de fevereiro . (2011). *Diário da República, 2ª Série.*

Resolução de Conselho de Ministros nº168/2006 de 18 de dezembro. (2006). *Diário da República.* Lisboa.

Resolução de Conselho de Ministros nº37/2010 de 14 de maio. (2010). *Diário da República. 1.ª série.* Lisboa

Ridderstolpe, L., Johansson, A., Skau, T., Rutberg, H. & Ahlfeldt, H. (2002). Clinical Process Analysis and Activity-Based Costing at a Heart Center. *Journal of Medical Systems, 26(4).*

Santos das Neves. (2014). Relatório da Prática Especializada em Enfremagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Leiria, Instituto Politécnico de Leiria. Obtido em 2018, de <https://goo.gl/ptZ5PC>

Secção de Medicina Física e de Reabilitação da, U. E. (2009). *Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa.*

Sepúlveda, J. L. (2013). Sistemas de Informação em Enfermagem. Um estudo sobre a relevância da informação de referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido em 2018, de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9406>

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.

Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes – I. Métodos*. Madrid: Ed. La Muralla

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2016). *Composição do SNS. Serviços e Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde*. Portugal. Autor. Obtido de 08 de novembro de 2017, de <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/composicao-do-sns/>

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2016a). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Física e de Reabilitação*. (SNS, Ed.) Portugal. Obtido em 2017, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018). *Missão, Visão e Valores*. Lisboa. Obtido em 2018, de <http://www.chmt.min-saude.pt/visao-missao-e-valores/>

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (s.d). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa, Portugal. Autor. Obtido a 06 de novembro de 2017, de <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>

Sharp, A., & McDermott, P. (2001). *Workflow modeling. Tools for process improvement and application development*. Boston: London: Artech House Publishers.

Simões, D., & Soares, A. L. (2003). *Redes Organizacionais e Desenvolvimento de Sistemas de Informação*. Aveiro, Instituto Superior de Contabilidade e Administração. Obtido em 2018, de http://ria.ua.pt/bitstream/10773/9370/1/2003CAPSI03_71.pdf

Thompson, G. F. (2003). *Between Hierarchies and Markets: The logics and limits of network forms of organizations*. Oxford, Oxford University Press.

Trigo, V. (2005). *Confiar é Preciso. Semanário Económico – Dinheiro e Management*, N°986, 23.

Turato, ER. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis (RJ): Vozes.

UMCCI. (2009). Guia Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
UMCCI. Obtido em 2017, de <https://goo.gl/WUze4W>

Universidade de Aveiro, Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores, Microio & Ludomedia, C. d. (23 de Outubro de 2017). www.webqda.net.
Obtido de O WEBQDA: <https://www.webqda.net/o-webqda/>

Anexos

Anexo I

(Consentimento Informado da RNCCI)



Handwritten signature

CONSENTIMENTO INFORMADO

(nome do utente),

(estado civil), residente em _____
_____, Titular do Bilhete de Identidade /
Cartão de Cidadão nº _____, válido até ___/___/_____, (na falta de outro documento de
identificação preencher os dados referentes ao Passaporte) Passaporte nº _____, emitido por

(País) válido até ___/___/_____, NIF _____, Cartão de Utente do
SNS nº _____ Beneficiário do Subsistema nº _____ (se for o caso,
identificar subsistema de saúde e respetivo nº de beneficiário), NISS _____, declaro que:

Fui informada/o do meu estado de saúde, bem como das opções terapêuticas e intervenções de apoio social adequadas à minha situação, tendo-me sido proposta a admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na tipologia de (assinalar a opção):

- Internamento em Unidade de _____ (identificar a tipologia)
 Apoio domiciliário por Equipa de _____ (identificar a ECCL ou
ECSCP), na residência atual _____ (identificar
se diferente da anteriormente mencionada).

Para me serem prestados, enquanto aí me mantiver, os cuidados de reabilitação/ de manutenção / paliativos (riscar o que não interessa) necessários à minha situação de saúde, tendo ficado ciente dos cuidados e intervenções propostos, seus efeitos, a sua finalidade e objetivos¹.

No decurso da prestação de cuidados pela referida Unidade - Equipa (riscar o que não interessa), será desenvolvido, em conformidade com a minha situação, um Plano Individual de Intervenção que me será descrito e explicado previamente à realização dos cuidados e intervenções aí previstas e para a elaboração do qual participarei.

Fui também informado de ter total liberdade para recusar a admissão proposta e de poder, a qualquer momento, não autorizar ou retirar o consentimento, para a prestação dos cuidados de saúde, bem como de a todo o momento poder solicitar mais informação e/ou esclarecer dúvidas junto dos profissionais que integram a Unidade – Equipa (riscar o que não interessa).

Os meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, serão tratados, sob sigilo, no domínio da RNCCI exclusivamente para efeitos de gestão dos serviços de saúde da Rede e de prestação de cuidados e tratamentos de saúde no respetivo âmbito. O responsável pelo tratamento é a Coordenação Nacional da RNCCI e sei que posso aceder e retificar os dados que me respeitam mediante solicitação nesse sentido à Coordenação Nacional da RNCCI.

¹ Devem nomeadamente ser descritos ao doente, de forma clara e perceptível, os cuidados, tratamentos ou procedimentos propostos, sua finalidade, objetivos e duração, possíveis complicações e/ou efeitos secundários e eventuais alternativas.



CONSENTIMENTO INFORMADO

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, sob a forma anonimizada, dou a minha expressa autorização: Sim Não (assinalar qual a opção)

De forma livre e esclarecida e para os devidos efeitos,

Declaro consentir na minha admissão na _____
(identificar Unidade/ Equipa) nos termos acima enunciados

Declaro que recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informado da sua adequação ao meu estado de saúde e situação de dependência.

Motivos _____

_____, ____ de _____ de 20____.

O Utente ⁽¹⁾

O Representante do Utente ⁽²⁾

O Profissional _____ (identificar entidade) ⁽³⁾

⁽¹⁾ Assinatura do utente conforme a do documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respetiva cópia.

⁽²⁾ Assinatura conforme a do documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respetiva cópia. Devem ainda, neste caso, ser registados os respetivos contactos.

⁽³⁾ Assinatura legível do Profissional que presta a informação e obtém o consentimento do utente.

Anexo II

(Relatório médico para o processo de referenciação de doentes para a RNCCI)



Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E
Abrantes
Lg. Eng.º Bioclas
2200-202 ABRANTES
Tel. : 249810100 Email: geral@chmt.min-saude.pt

Documento
de Trabalho

Nº Processo	[REDACTED]		
Masculino	Data Nasc:	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Tel. : [REDACTED]

Médico de Família:	[REDACTED]
C. Saúde:	[REDACTED]

Data de Criação :	[REDACTED]	Local : CHMT-ABRANTES-INTERNAMENTO	
Data de Bloqueio :	[REDACTED]	Criado por :	[REDACTED] Versão : 0

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Data Previsível de Alta _____

Diagnostico (principal e secundario) _____

Medidas terapeuticas efectuadas _____

Situação Clínica (incluido estado do doente relativamente a deficits motores) _____

Necessidades de Cuidados (Tratamentos, fisioterapia, pensos e outras) _____

Dieta _____

Farmacos actuais _____

Motivo da proposta _____

ABRANTES, 06 de Abril de 2018

O(A) Médico(a)

[REDACTED]

Anexo III

(Referência de Enfermagem para a RNCCI)



Utilizador: RITA ISABEL ROBALO L. OLIVA

Identificação do Doente:

Processo:
Nome: Sexo:
Data Nascimento: SNS:
NIF: NISS:
BI:

Histórico

Unidade de:
Admissão no Hospital: Previsão de Alta: Serviços:

Situação / Evolução Clínica:

Situação Neurológica / Comportamento:

Comunicação:

Vitalidade:

Atividade:

Observações:

Alimentação e Conforto:

Cuidados especiais:

Observações:

Alimentação:

Dieta:

Obs.:

SNG: nº:
Motivo:
Observações:

Eliminação:

Eliminação vesical:
 Dispositivo Urinário
Algalia n.º: Tipo:
Motivo da algália:
Observações:

Movimentação:

Posicionamento:
Alternar decubito num período horas
Transferência:
Levante: Sim Não
Risco de cair:
Auxiliares de marcha:
Programa de reabilitação funcional / Fisioterapia:

 Sim Não
Observações (Potencial de recuperação/Progressos verificados):

Eliminação intestinal:
 Ostomizado: Tipo:

Observações:

Integridade da pele / mucosas:
Úlcera de pressão: Sim Não
Feridas: Sim Não
Observações:

Impulso Propulso:

Motivo da resposta / Objetivos a atingir:

Avaliação da dor:

Perímetros: Torácico:
Abdominal:
Anca:

Observações:

Data: Enfermeiro/a:

Guardar

Anexo IV

(Avaliação da Assistente Social para o processo de referenciação de doentes para a RNCCI)

UTENTE

 NOME: _____ SEXC M F

D. NASCIMENTO _____ NATURALIDADE _____

ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDADE _____

SIT. PROF. _____ ref _____ H. LITERÁRIAS _____ SUB SIST. SAÚDE _____

Nº SNS	NISS	NIF	BI/CC/PASSAPORTE

DISTRITO _____ CONCELHO _____ FREGUESIA _____

LOCALIDADE _____ CODIGO POSTAL _____

RUA _____

TELEMOVEL _____ TELEFONE _____

AGREGADO FAMILIAR

NOME _____ G. PARENTESCO _____

D. NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____ SIT. PROF. _____

NISS	NIF	INTEGRA AG. FISCAL	ESTADO AGREGADO
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Ativo <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/>

NOME _____ G. PARENTESCO _____

D. NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____ SIT. PROF. _____

NISS	NIF	INTEGRA AG. FISCAL	ESTADO AGREGADO
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Ativo <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/>

NOME _____ G. PARENTESCO _____

D. NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____ SIT. PROF. _____

NISS	NIF	INTEGRA AG. FISCAL	ESTADO AGREGADO
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Ativo <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/>

CONTACTOS PRIVILEGIADOS

NOME _____

TIPO / QUALIDADE do CONTACTO					
Familiar	Amigo <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	R. Legal <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>

BI/CC/PASSAPORTE

DISTRITO _____ CONCELHO _____ FREGUESIA _____

LOCALIDADE _____ CODIGO POSTAL _____

RUA _____

TELEMOVEL _____ TELEFONE _____ OUTRO _____

OBSERVAÇÕES:

AVALIAÇÃO SOCIAL

COM QUEM VIVE

Família natural Grau de Parentesco _____ Família Acolhimento
Só Em Instituição Especifique _____
Outra Especifique _____

DE QUEM RECEBE APOIO

Centro de dia Vizinhos Ajuda domiciliária
Empregada doméstica Familiares Grau de Parentesco _____
Técnicos (Serviço Social / Saúde / Outros) Descrição: _____

QUE TIPO DE APOIO RECEBE

Medicamentos Higiene da casa Higiene pessoal Higiene da roupa
Higiene da roupa Alimentação Pecuniário
Ajudas técnicas Descrição: _____
Outros Especifique _____

SITUAÇÃO HABITACIONAL

DIAGNÓSTICO

DILIGÊNCIAS JÁ EFECTUADAS / EM CURSO

CONTEXTO SÓCIO-FAMILIAR

Tipologia da rede proposta: _____ Unidades Prestadoras Propostas:

1ª Opção: _____ 2ª Opção: _____ 3ª Opção: _____

Apêndices

Apêndice I

(Processo de pedido de autorização à Direção do ACES Médio-Tejo e à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT para realização de entrevistas)

*Informar que devem
ser emitidos
à Comissão de Ética da
ARSLVT.*

Ex.^{ma}(s) Sra.(s)
Diretora Executiva
Dra. Maria Sofia Theriaga Mendes Varanda
Gonçalves
ACES Médio-Tejo
R. Dr. Rivotti
2350-365 Riachos

Sofia Theriaga
Diretora Executiva
ACES Médio Tejo

V/ referência

V/ comunicação

N/ referência

Data
26/06/2018

Assunto: Pedido de Autorização para a Realização de Entrevistas

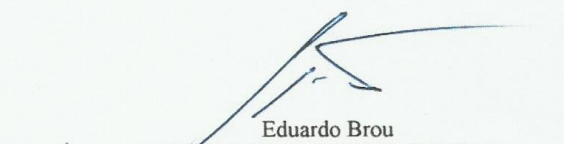
No âmbito do trabalho empírico que fará parte da Dissertação de Mestrado da Sra. Enfermeira Rita Isabel Robalo Lourenço de Oliveira, aluna do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde da Escola Superior de Gestão de Tomar (ESGT) do Instituto Politécnico de Tomar (IPT), com o título provisório "Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI): um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento, nomeadamente em cuidados de reabilitação", está prevista a elaboração de um estudo de caso que inclui a realização de entrevistas a profissionais referenciadores de doentes para a RNCCI pertencentes ao Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), profissionais prestadores de cuidados dentro da RNCCI, pertencentes às ECCEI e a utentes/cuidadores informais dos utentes cuidados na RNCCI, pelas ECCEI, da área de influência do CHMT.

Serve, desta maneira, a presente para solicitar a V.Exas. a permissão para que a mestranda Rita Isabel Robalo Lourenço de Oliveira, proceda à realização das referidas Entrevistas, a profissionais e utentes/cuidadores informais associados à Vossa Digníssima Instituição, cujos guiões se anexam em conjunto com o consentimento informado a fornecer aos participantes, cumprindo os devidos aspetos éticos e referentes à proteção de dados pessoais obtidos.

Esta dissertação é orientada por Eduardo Fontão Mont'Alverne Brou (Professor Doutor), Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Tomar e co-orientada pela Professora Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio (Professora Mestra), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Os dados recolhidos serão partilhados apenas pelos investigadores, anonimizados e poderão vir a ser divulgados em artigos de revistas científicas.

Ficamos na expectativa de uma resposta positiva referente à disponibilidade e importante colaboração de Vossas Exas.

Com elevada consideração e os melhores cumprimentos,


Eduardo Brou
pd' director
(Orientador no Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde –
ESGT/IPT)

Exma. Senhora
Dr.ª Rita Oliveira
catita.rita@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		8032/CES/2018	27.08.2018

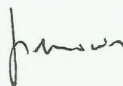
Assunto: Rede nacional de cuidados continuados integrados (rncci): um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em cuidados de reabilitação.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e pelo procedimento de votação electrónica, emitiu um parecer favorável.

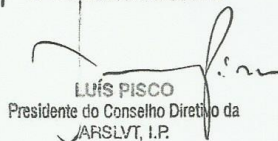
Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,



N.º Conselho Directivo



LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer

Proc.079/CES/INV/2018

Título: Rede nacional de cuidados continuados integrados (rncci): um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em cuidados de reabilitação.

Autora: Rita Isabel Robalo Lourenço de Oliveira

Local de realização: Centro Hospitalar e ACES do Médio Tejo

Objetivos:

1. Analisar teoricamente, sob a perspetiva processual, a congruência e lógica do percurso do doente desde as instituições referenciadoras, ingresso na RNCCI e dentro desta (com especial atenção ao enquadramento das atividades de reabilitação), apelando às técnicas desenvolvidas pela ferramenta de Gestão de Reengenharia de Processos;
2. Analisar o processo de operacionalização da referenciação e triagem dos doentes para a RNCCI;
3. Analisar a implementação prática das soluções processuais referidas;
4. Caracterizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma;

Metodologia

Pretende-se realizar um trabalho de investigação não-experimental, descritivo, um estudo de caso, seguindo uma abordagem qualitativa. O método de amostragem utilizado neste estudo será o não probabilístico, mais especificamente intencional e por conveniência. Serão incluídos profissionais referenciadores de doentes para a RNCCI pertencentes a serviços do Centro Hospitalar Médio Tejo ou das USF do ACES do Médio- Tejo. Para além destes, pretende-se que sejam entrevistados profissionais prestadores de cuidados a utentes inclusos na RNCCI em regime domiciliário, através das ECCI da área de influência do CHMT. Por fim, pretende-se que sejam também abordados utentes cuidados pelas equipas pertencentes a RNCCI referidas anteriormente (ECCI). Os elementos da amostra serão escolhidos tendo em conta a sua função e local onde trabalham ou onde são cuidados (no caso dos utentes). Para além disso, encontram-se geograficamente próximas, embora acabem por serem selecionados sem ordem específica. Pretende-se conseguir chegar a um médico, um enfermeiro e um assistente social pertencentes a, pelo menos, duas das sete UCC e ainda, caso seja necessário, entrevistar um médico, um enfermeiro e um assistente social de, pelo menos, duas das oito USF integradas no referido ACES, dependendo sempre dos resultados obtidos, da saturação dos dados. Relativamente ao número utentes/cuidadores informais cuidados pelas ECCI, pretende-se, pelo menos, conseguir entrevistar dois por cada equipa. Espera-se vir a ter como "Elo de ligação" o Enfermeiro chefe/coordenador/responsável por cada ECCI escolhida.

População do estudo

Profissionais referenciadores de doentes para a RNCCI pertencentes a serviços do Centro Hospitalar Médio Tejo ou das USF do ACES do Médio- Tejo.

Para além destes, pretende-se que sejam entrevistados profissionais prestadores de cuidados a utentes inclusos na RNCCI em regime domiciliário, através das ECCI da área de influência do CHMT.

Instrumento de recolha de informação

- Guião de entrevista semiestruturada a profissionais referenciadores de doentes para a RNCCI;
- Guião de entrevista semiestruturada a utentes/cuidadores informais dos utentes cuidados na RNCCI;
- Guião de entrevista semiestruturada a profissionais prestadores de cuidados dentro da RNCCI.

Apreciação:

- Trata-se de um estudo que pretende aprofundar o conhecimento sobre a eficácia e eficiência do desenho e funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), tomando como exemplo o que se passa na região do Médio Tejo;
- Como referido, é um trabalho de investigação não-experimental, descritivo, um estudo de caso, seguindo uma abordagem qualitativa;
- O tema é pertinente, integrando-se numa área de crescente importância no âmbito de cuidados gerais e de saúde à população, com taxas de envelhecimento progressivamente mais elevadas;
- Vai procurar estabelecer uma correção entre o desenho organizacional e os resultados práticos obtidos;
- A sua realização tem propósitos académicos, destinando-se à obtenção, por parte da autora, do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde na Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Tomar;

Assim sendo, e face ao teor do parecer, a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável.


Lisboa, 27 de agosto de 2018

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Autorização

Maria Sofia Theriaga Mendes Varanda Gonçalves, enquanto Diretora Executiva Do ACES Médio Tejo, autorizo a realização de um estudo sobre a “Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) eficácia e eficiência do desempenho e funcionamento, nos cuidados de reabilitação” assim como entrevistas a profissionais referenciadores de doentes do RNCCI, e informo que o ACES Médio Tejo tem as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições adequadas.

Diretora Executiva do ACES Médio Tejo



Maria Sofia Theriaga Mendes Varanda Gonçalves

Apêndice II

(Consentimento Informado para a Realização das Entrevistas – Via do Investigador e do Participante)

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
(RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e
eficiência do seu desenho e funcionamento
nomeadamente em Cuidados de Reabilitação.

(Via do investigador 1/2)

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser convidado(a) como voluntário(a) a participar no estudo de investigação: “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação”, que tem como objetivo geral analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente dos cuidados de reabilitação, nela oferecidos, através do inquérito por entrevista.

Acreditamos que esta investigação seja importante, uma vez que poderá permitir ajudar na melhoria do processo de referenciação de doentes para a RNCCI por parte dos profissionais referenciadores e até melhoria dos cuidados de saúde prestados na RNCCI.

Participação do estudo – A minha participação no referido estudo será de responder pessoalmente a uma entrevista realizada por um elemento entrevistador, de duração variável, num local e momento definidos pela instituição.

Riscos e Benefícios – Fui alertado(a) que, da pesquisa a ser realizada, não posso esperar benefícios diretos e imediatos. Também recebi informações de que é possível que aconteçam desconfortos ou riscos mínimos relacionados com a otimização do espaço, material e momento da realização da entrevista. Tentarei responder com sinceridade e prontidão às questões que me colocarem de modo a facilitar a aquisição dos dados pretendidos.

(Via do investigador 2/2)

Sigilo e Privacidade – Estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, o meu nome ou outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar-me será mantido em sigilo. Os pesquisadores responsabilizam-se pela confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados da pesquisa. Estou ciente de que estes resultados poderão ser publicados, no entanto, o anonimato será mantido.

Autonomia – É assegurada durante toda a pesquisa, bem como garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Isto é, tudo que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Declaro que fui informado(a) de que posso recusar-me a participar do estudo, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e, por desejar sair da investigação, não sofrerei qualquer prejuízo.

Declaro que li todas as informações supracitadas, compreendendo o que me é solicitado, e que me foi fornecida uma cópia da presente carta devidamente assinada pela responsável do estudo. Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo à entrevista que me vai ser realizada.

_____/_____/_____

Assinatura do Participante

Assinatura da Investigadora

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
(RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e
eficiência do seu desenho e funcionamento
nomeadamente em Cuidados de Reabilitação.

(Via do participante 1/2)

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser convidado(a) como voluntário(a) a participar no estudo de investigação: “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação”, que tem como objetivo geral analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente dos cuidados de reabilitação, nela oferecidos, através do inquérito por entrevista.

Acreditamos que esta investigação seja importante, uma vez que poderá permitir ajudar na melhoria do processo de referenciação de doentes para a RNCCI por parte dos profissionais referenciadores e até melhoria dos cuidados de saúde prestados na RNCCI.

Participação do estudo – A minha participação no referido estudo será de responder pessoalmente a uma entrevista realizada por um elemento entrevistador, de duração variável, num local e momento definidos pela instituição.

Riscos e Benefícios – Fui alertado(a) que, da pesquisa a ser realizada, não posso esperar benefícios diretos e imediatos. Também recebi informações de que é possível que aconteçam desconfortos ou riscos mínimos relacionados com a otimização do espaço, material e momento da realização da entrevista. Tentarei responder com sinceridade e prontidão às questões que me colocarem de modo a facilitar a aquisição dos dados pretendidos.

(Via do participante 2/2)

Sigilo e Privacidade – Estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, o meu nome ou outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar-me será mantido em sigilo. Os pesquisadores responsabilizam-se pela confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados da pesquisa. Estou ciente de que estes resultados poderão ser publicados, no entanto, o anonimato será mantido.

Autonomia – É assegurada durante toda a pesquisa, bem como garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Isto é, tudo que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Declaro que fui informado(a) de que posso recusar-me a participar do estudo, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e, por desejar sair da investigação, não sofrerei qualquer prejuízo.

Declaro que li todas as informações supracitadas, compreendendo o que me é solicitado, e que me foi fornecida uma cópia da presente carta devidamente assinada pela responsável do estudo. Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo à entrevista que me vai ser realizada.

_____/_____/_____

Assinatura do Participante

Assinatura da Investigadora

Apêndice III

(Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHMT para realização de entrevistas)



Ex.^{mo}(s) Sr.(s)
Presidente do Conselho de Administração do
CHMT
Dr. Carlos Andrade Costa
Centro Hospitalar Médio-Tejo
R. Xanana Gusmão 45
2350-754 Torres-Novas

V/ referência

V/ comunicação

N/ referência

Data
26/06/2018**Assunto: Pedido de Autorização para a Realização de Entrevistas**

No âmbito do trabalho empírico que fará parte da Dissertação de Mestrado da Sra. Enfermeira Rita Isabel Robalo Lourenço de Oliveira, aluna do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde da Escola Superior de Gestão de Tomar (ESGT) do Instituto Politécnico de Tomar (IPT), com o título provisório "Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI): um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento, nomeadamente em cuidados de reabilitação", está prevista a elaboração de um estudo de caso que inclui a realização de entrevistas a profissionais referenciadores de doentes para a RNCCI pertencentes ao Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), profissionais prestadores de cuidados dentro da RNCCI, pertencentes às ECCTI e a utentes/cuidadores informais dos utentes cuidados na RNCCI, pelas ECCTI, da área de influência do CHMT.

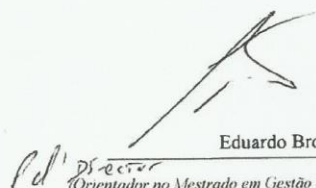
Serve, desta maneira, a presente para solicitar a V.Exas. a permissão para que a mestranda Rita Isabel Robalo Lourenço de Oliveira, proceda à realização das referidas Entrevistas, a profissionais e utentes/cuidadores informais, associados à Vossa Digníssima Instituição, cujos guiões se anexam em conjunto com o consentimento informado a fornecer aos participantes, cumprindo os devidos aspetos éticos e referentes à proteção de dados pessoais obtidos.


Esta dissertação é orientada por Eduardo Fontão Mont'Alverne Brou (Professor Doutor), Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Tomar e co-orientada pela Professora Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio (Professora Mestra), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Os dados recolhidos serão partilhados apenas pelos investigadores, anonimizados e poderão vir a ser divulgados em artigos de revistas científicas.



Ficamos na expectativa de uma resposta positiva referente à disponibilidade e importante colaboração de Vossas Exas.

Com elevada consideração e os melhores cumprimentos,


Eduardo Brou
(Orientador no Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde - ESGT/IPT)

 CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.R.E.	
ADMINISTRAÇÃO	
ASS. <i>Bomfim</i>	N.º <i>42111</i> DATA <i>22.06.18</i>
DESTINO: _____	
CÓPIA: _____	
ASS. _____ DATA _____	



Apêndice IV

(Guião de Entrevista Semi-Estruturada aos Profissionais Prestadores de Cuidados da RNCCI)

Guião da

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A PROFISSIONAIS PRESTADORES DE CUIDADOS DENTRO DA RNCCI

RITA ISABEL ROBALO LOURENÇO DE OLIVEIRA

**Área Geográfica do CHMT
junho de 2018**

Guião da Entrevista Semi-estruturada

TEMA: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação.

OBJETIVO GERAL: Analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente dos cuidados de reabilitação, nela oferecidos.

Blocos Temáticos

Bloco A – Apresentação e legitimação da entrevista

Bloco B – Representação sobre o processo de referenciação para a RNCCI

Bloco C – Representação sobre aspetos pós processo de referenciação de doentes para a RNCCI

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
<p style="text-align: center;">A Apresentação e legitimação da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista - Motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os objetivos da pesquisa: analisar teoricamente, sob a perspectiva processual, a congruência e lógica do percurso do doente desde as instituições referenciadoras, ingresso na RNCCI e dentro desta (com especial atenção ao enquadramento das atividades de reabilitação); Analisar o processo de operacionalização da referência e triagem dos doentes para a RNCCI; Analisar problemas de implementação prática das soluções processuais - Dar a conhecer ao entrevistado a dinâmica do trabalho de campo. Neste primeiro momento, é realizada a entrevista. - Garantir a confidencialidade da informação prestada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, de modo a não influenciar as respostas

<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Representação sobre o processo de referência para a RNCCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o percurso profissional do profissional prestador de cuidados. - Conhecer a percepção dos prestadores de cuidados da Rede em relação ao processo de referência. - Conhecer a avaliação que o profissional prestador de cuidados faz do processo de referência de doentes para a RNCCI. - Compreender a formação e os conhecimentos adquiridos pelos profissionais prestadores de cuidados sobre o processo de referência de doentes para a RNCCI. - Identificar fatores que dificultam a operacionalização da referência de doentes para a RNCCI. - Identificar sugestões de melhoria do processo de referência de doentes para a RNCCI, na perspetiva dos profissionais prestadores de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fale-me sobre o seu percurso profissional. - Descreva como se desenrola o processo de referência de doentes para a RNCCI. - Sabendo que a RNCCI surgiu como uma tentativa de colmatar a lacuna existente, na nossa sociedade, em cuidados continuados, como avalia, em termos globais, o processo de referência de doentes? - Explique que formação/conhecimentos adquiriu sobre a RNCCI e o processo de referência de doentes para a mesma e em que momentos. - Como caracteriza a implementação prática do processo de referência de doentes para a RNCCI? - Que fatores pode identificar como facilitadores/dificultadores do processo de referência de doentes para a RNCCI? - O que pensa ser possível alterar para melhorar todo o processo de referência e ingresso na RNCCI, assim como o trabalho desenvolvido na mesma? 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de exercício profissional. - Locais onde desempenhou funções e factores de influência na escolha ou não do serviço/instituição. - Os atores do processo (incluindo quem aborda o doente/cuidador informal). - Os tempos utilizados/cumpridos - Os instrumentos utilizados - Positivo/negativo; útil/inútil; adequada. - Troca de experiências entre profissionais. - Formação específica. - Como colmatam as suas dúvidas. - Conhecimento sobre os recursos existentes e pertencentes à RNCCI - Fatores dificultadores/facilitadores. - Burocratização. - Resistência à referência de doentes para a RNCCI por parte de algum grupo profissional. - Sugestões de melhorias.
---	---	---	--

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Representação sobre aspetos pós processo de referenciação de doentes para a RNCCI</p>	<p>- Compreender a noção dos profissionais prestadores de cuidados sobre o que vai para além da etapa a que pertencem no processo de referenciação.</p>	<p>- Explique o circuito da informação ao longo do processo de referenciação.</p> <p>- Clarifique o que acontece quando os doentes não têm vaga na RNCCI no momento da alta clínica hospitalar, ou logo após a referenciação através dos Cuidados de Saúde Primários.</p> <p>- Quando um doente é referenciado para a RNCCI, o que espera que aconteça ao mesmo, durante a estadia deste sob os cuidados na unidade/equipa: UC, UMDR, ECCI?</p> <p>- Qual o feedback que tem tido dos utentes/dos cuidadores informais dos utentes sobre as suas experiências na RNCCI?</p> <p>- Fale-me da importância do aplicativo informático GestCareCCI no processo de referenciação e ingresso e estadia dos doentes para/na RNCCI.</p> <p>- Que aspetos pode identificar como facilitadores e dificultadores na prestação de cuidados gerais e específicos de reabilitação na RNCCI?</p>	<p>- Circuito da informação após preenchimento da documentação no momento da referenciação.</p> <p>- Articulação entre os diferentes atores do processo.</p> <p>- Aplicativos informáticos utilizados em todo o processo de referenciação.</p> <p>- Seguimento da situação do doente após referenciação.</p> <p>- Diferenciação de cuidados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI.</p> <p>- Percepção sobre a apreciação dos doentes sobre a utilidade e adequação da RNCCI.</p> <p>- Utilidade, existência e acessibilidade do aplicativo GestCareCCI.</p> <p>- Aspetos facilitadores e dificultadores da prestação de cuidados na RNCCI.</p>

Apêndice V

(Guião de Entrevista Semi-Estruturada aos Utentes/Cuidadores Informais dos Utentes Cuidados na RNCCI)

Guião da

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A UTENTES/CUIDADORES INFORMAIS DOS UTENTES CUIDADOS NA RNCCI

RITA ISABEL ROBALO LOURENÇO DE OLIVEIRA

**Área Geográfica do CHMT
junho de 2018**

Guião da Entrevista Semi-estruturada

TEMA: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação.

OBJETIVO GERAL: Analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente dos cuidados de reabilitação, nela oferecidos.

Blocos Temáticos

Bloco A – Apresentação e legitimação da entrevista

Bloco B – Representação sobre o processo de referenciação para a RNCCI

Bloco C – Representação sobre aspetos pós processo de referenciação de doentes para a RNCCI

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
A Apresentação e legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista - Motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os objetivos da pesquisa: analisar teoricamente, sob a perspectiva processual, a congruência e lógica do percurso do doente desde as instituições referenciadoras, ingresso na RNCCI e dentro desta (com especial atenção ao enquadramento das atividades de reabilitação); Analisar o processo de operacionalização da referência e triagem dos doentes para a RNCCI; Analisar problemas de implementação prática das soluções processuais - Dar a conhecer ao entrevistado a dinâmica do trabalho de campo. Neste primeiro momento, é realizada a entrevista. - Garantir a confidencialidade da informação prestada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, de modo a não influenciar as respostas

<p style="text-align: center;">B Representação sobre diversos aspetos ligados a todo o processo de referenciação de doentes para a RNCCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer como se desenvolveu o primeiro contato com a RNCCI (incluindo referenciação). - Conhecer a perceção do utente /cuidador informal sobre os cuidados oferecidos pela RNCCI e o seu funcionamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreva-me como lhe foi explicado a RNCCI como solução para o seu problema. - Considera que essa forma foi de encontro às suas necessidades? - Expresse a sua opinião sobre o tempo de espera a que esteve sujeito para ingresso na RNCCI. - Qual a sua perceção sobre os cuidados de saúde que lhe explicaram ser os mais adequados a si, na RNCCI e que deveriam ser prestados na instituição/equipa para a qual foi referenciado? Foram os que encontrou na realidade? - Qual a sua perceção relativamente à frequência em que os cuidados são realizados dentro da RNCCI? - Em que medida os cuidados de reabilitação contribuíram para o resultado do seu estado de saúde final? 	<ul style="list-style-type: none"> - Origem do processo de referenciação. - O <i>timing</i> do início do processo de referenciação e explicação do mesmo. - Adequação da explicação da RNCCI e do processo de referenciação. - Qual o profissional fez a abordagem inicial. - Curto/longo/adequado/inadequado. - Número de dias e local de espera para ingresso na RNCCI. - Cuidados de reabilitação; - Muitas vezes/poucas vezes/número de vezes adequado/insuficiente. - Contribuição positiva/negativa. - Tipo de melhoras.
--	--	---	--

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Perceção geral do utente/cuidador informal do utente cuidados na RNCCI, sobre a RNCCI em si.</p>	<p>- Perceber a avaliação feita pelo utente/cuidador informal da RNCCI.</p>	<p>- Como avalia a sua estadia na RNCCI?</p> <p>- Atendendo à sua experiência na RNCCI, explique-me se voltaria a ingressar na mesma e se a recomendaria a uma familiar ou amigo.</p> <p>- Indique algumas razões pelas quais voltaria ou não à RNCCI.</p> <p>- Recomendaria a mesma a familiares e amigos que necessitassem de cuidados de reabilitação?</p> <p>- Na sua opinião o que poderia ser mudado na RNCCI para ser uma melhor opção no apoio aos cuidados?</p>	<p>- Positiva/negativa/Produtiva/Boa solução/Boa ajuda/Permitiu melhoras.</p> <p>- Importância da RNCCI para o utente/cuidador informal.</p> <p>- Aspectos positivos /negativos.</p> <p>- Sugestões de melhorias.</p>

Apêndice VI

(Guião de Entrevista Semi-Estruturada aos Profissionais Referenciadores de Doentes para a RNCCI)

Guião da

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A PROFISSIONAIS REFERENCIADORES DE DOENTES PARA A RNCCI

RITA ISABEL ROBALO LOURENÇO DE OLIVEIRA

**Área Geográfica do CHMT
junho de 2018**

Guião da Entrevista Semi-estruturada

TEMA: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação.

OBJETIVO GERAL: Analisar a eficácia e eficiência do desenho processual e funcionamento da RNCCI, mais especificamente dos cuidados de reabilitação, nela oferecidos.

Blocos Temáticos

Bloco A – Apresentação e legitimação da entrevista

Bloco B – Representação sobre o processo de referenciação para a RNCCI

Bloco C – Representação sobre aspetos pós processo de referenciação de doentes para a RNCCI

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
<p style="text-align: center;">A Apresentação e legitimação da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista - Motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os objetivos da pesquisa: analisar teoricamente, sob a perspectiva processual, a congruência e lógica do percurso do doente desde as instituições referenciadoras, ingresso na RNCCI e dentro desta (com especial atenção ao enquadramento das atividades de reabilitação); Analisar o processo de operacionalização da referenciação e triagem dos doentes para a RNCCI; Analisar problemas de implementação prática das soluções processuais. - Dar a conhecer ao entrevistado a dinâmica do trabalho de campo. Neste primeiro momento, é realizada a entrevista. - Garantir a confidencialidade da informação prestada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, de modo a não influenciar as respostas

<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Representação sobre o processo de referência para a RNCCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o percurso profissional do profissional referenciador. - Conhecer a forma de atuação dos profissionais de referenciadores no processo de referência de doentes para a RNCCI. - Conhecer a avaliação que o profissional referenciador faz do processo de referência de doentes para a RNCCI. - Compreender a formação e os conhecimentos adquiridos pelos profissionais referenciadores sobre o processo de referência de doentes para a RNCCI. - Identificar fatores que dificultam a operacionalização da referência de doentes para a RNCCI, nos serviços referenciadores. - Identificar sugestões de melhoria do processo de referência de doentes para a RNCCI, na perspectiva dos profissionais referenciadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fale-me sobre o seu percurso profissional. - Descreva como se desenrola o processo de referência de doentes para a RNCCI e qual o seu papel no mesmo. - Sabendo que a RNCCI surgiu como uma tentativa de colmatar a lacuna existente, na nossa sociedade, em cuidados continuados, como avalia, em termos globais, o processo de referência de doentes? - Explique que formação/conhecimentos adquiriu sobre a RNCCI e o processo de referência de doentes para a mesma e em que momentos. - Que fatores pode identificar como dificultadores do processo de referência de doentes para a RNCCI? - O que pensa ser possível alterar para melhorar todo o processo de referência e ingresso na RNCCI, assim como o trabalho desenvolvido na mesma? 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de exercício profissional. - Locais onde desempenhou funções e factores de influência na escolha ou não do serviço/instituição. - Os atores do processo (incluindo quem aborda o doente/cuidador informal). - Os tempos utilizados/cumpridos - Os instrumentos utilizados - Positivo/negativo; útil/inútil; adequada. - Troca de experiências entre profissionais. - Formação específica. - Como colmatam as suas dúvidas. - Conhecimento sobre os recursos existentes e pertencentes à RNCCI - Fatores dificultadores. - Burocratização. - Resistência à referência de doentes para a RNCCI por parte de algum grupo profissional. - Sugestões de melhorias.
---	---	--	--

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Representação sobre aspetos pós processo de referenciação de doentes para a RNCCI</p>	<p>- Compreender a noção dos profissionais referenciadores sobre o que vai para além da etapa a que pertencem no processo de referenciação.</p>	<p>- Explique o circuito da informação ao longo do processo de referenciação.</p> <p>- Clarifique o que acontece quando os doentes não têm vaga na RNCCI no momento da alta clínica hospitalar, ou logo após a referenciação através dos Cuidados de Saúde Primários.</p> <p>- Quando referencia um doente para a RNCCI, o que espera que aconteça ao mesmo, durante a estadia deste sob os cuidados na unidade/equipa: UC, UMDR, ECCI?</p> <p>- Qual o feedback que tem tido dos utentes/dos cuidadores informais dos utentes que já foram referenciados?</p> <p>- Fale-me da importância do aplicativo informático GestCareCCI no processo de referenciação e ingresso e estadia dos doentes para/na RNCCI.</p>	<p>- Circuito da informação após preenchimento da documentação no momento da referenciação.</p> <p>- Articulação entre os diferentes atores do processo.</p> <p>- Aplicativos informáticos utilizados em todo o processo de referenciação.</p> <p>- Seguimento da situação do doente após referenciação.</p> <p>- Diferenciação de cuidados nas diferentes unidades e equipas da RNCCI.</p> <p>- Percepção sobre a apreciação dos doentes sobre a utilidade e adequação da RNCCI.</p> <p>- Utilidade, existência e acessibilidade do aplicativo GestCareCCI.</p>

Apêndice VII

(Exemplar do Protocolo de Entrevista)

Entrevista P2

EU: Gostava que me falasse um pouco do seu percurso profissional.

ELA: É assim, eu comecei a trabalhar em janeiro de 84, trabalhei sempre em cuidados de saúde primários, apanhei várias reformas ham... trabalhei sempre no centro de saúde de O, com exceção de um ano, quando fiz o concurso para enfermeira chefe, em que estive um ano em A e depois tive oportunidade de voltar ao centro de saúde de O e voltei. Pronto, onde sou a enfermeira chefe há 20 anos e sou agora também coordenadora da UCC.

EU: Relativamente o processo de referenciação de doente para a rede, gostava que me descrevesse como se desenrola esse dito processo, atendendo aos intervenientes, aos timings em que acontecem, origens, instrumentos utilizados...

ELA: Pronto. A referenciação para a rede independentemente da tipologia é feita sempre ham... pelo médico de família, no caso dos cuidados de saúde primários, e até pelo médico de família e pelo enfermeira de família. Independentemente da tipologia para onde eles vão, ECCI, Convalescença, media, longa ou paliativos. Depois internamente, nos agilizamos o processo de ser um enfermeiro que está mais ligado à rede que faz a introdução do aplicativo informático, portanto nós temos sempre o impresso manual da rede, ham... que deve ser assinado pelo médico e que estabelece os diagnósticos, o motivo de internamento e o plano de cuidados e pelo enfermeiro e depois nós introduzimos à rede, pronto. Ham... e o processo tem sido assim, tem sido facilitador. Pronto. É a nossa realidade. Outras há em que é o próprio médico e enfermeira de família a põem no aplicativo. Pronto. Ham... nós fazemos assim porque tem a ver com o historial de quando se iniciou a rede, nós éramos também, digamos EGAS, EGAS locais, tínhamos uma chave da EGA de Torres Novas e foi um pouco assim que o processo iniciou. Os médicos não veem problema algum uma vez que eles preenchem e nós introduzimos. Pronto.

EU: O aplicativo que referiu utilizarem na rede é...?

ELA: O GestCare. Quanto aos instrumentos utilizados, são os preconizados pela rede e até que há parâmetros obrigatórios que recentemente foram alterados, mas sem esse preenchimento o processo não avança. Ham...

EU: Em termos globais e tendo em conta o motivo de origem da Rede, ham...qual a sua percepção sobre a existência da rede, tendo em conta o objetivo da rede.

ELA: O objetivo da rede no fundo é a prestação de cuidados de saúde e de âmbito social e também de outros cuidados ham... na minha perspetiva a filosofia é boa porque há pessoas que têm algum potencial de recuperação e não têm logo eu ir para um lar de idosos e portanto permite que a pessoa tenha alguma recuperação nessas unidades e volta novamente depois ao ambiente familiar. Pronto. Por outro lado, a ECCI sendo também um tipologia da rede, mas em que os cuidados são prestados no ambulatório, também permitem ham...prestar cuidados diferenciados, mas digamos que os recursos são menores que numa unidade de internamento. Permite que o utente esteja no seu ambiente família o que para muitos é importante.

EU: No início e agora no desenrolar dos tempos, em relação à rede, chegaram a adquirir alguma formação sobre a mesma, forma de referenciar?

ELA: Sim eu recebi. Porque eu fui que iniciei aqui o processo portanto fui eu que recebi a formação. Mas também não é nada complicado, pronto. E geralmente transmiti, pronto...

EU: Formação oficial?

ELA: Sim. Sim. Sim. Sim. Ham...

EU: Estava dizer-me que depois que houve depois transmissão...

ELA: Sim... houve depois transmissão de informação, nomeadamente depois mais em termos de ECCI. Pronto. Porque em termos de referenciação, era eu que fazia a referenciação, depois aqui há uns... não sei mais ou menos quanto tempo, mas há talvez 5 anos também pus outra colega a fazer a referenciação, nessa altura também passei a informação, na questão da referenciação.

EU: Como é que caracteriza na sua perspetiva a implementação prática do processo de referenciação?

ELA: Como é que eu caracterizo o processo de referenciação...

EU: A nível de facilidade ou dificuldade, se foi um processo complicado...

ELA: É assim, eu acho que os médicos de família... já conhecem melhor a rede. No início foi um bocadinho complicado porque nem sabiam o que é que isso era, por mais que a gente explicasse era sempre um bocadinho difícil de entender. Agora eles já...pronto. Até porque muitas vezes até é o utente que se deslocam ao médico de família a pedir para referenciar o utente, para o médico fazer o preenchimento, pronto. É evidente que o processo não é muito fácil, porque a avaliação feita pelo... tabela da funcionalidade ham...não é muito ...é assim... ela é pratica se a pessoa for ao local e avaliar as condições do utente, que estes utentes habitualmente estão em casa, os médicos, a equipa de saúde não faz a equipa domiciliar, portanto quando e o preenchimento pela equipa de saúde é uma referenciação é muito na base do que diz o familiar, certo? E digamos que em termos práticos poderá não corresponder ao verdadeiro estado do doente porque o médico e o enfermeiro o que está a preencher é o que diz o cuidador, certo?

EU: Não é uma avaliação técnica?

ELA: Não é uma avaliação tão técnica.

EU: Ok. Ham... Se pudesse alterar alguma coisa no processo de referenciação ou no próprio trabalho desenvolvido dentro da rede. Teria algumas sugestões de melhoria ou de alteração?

ELA: Eu acho que a referenciação devia ser feita por uma equipa mais especifica. Para poder realmente poder ir a casa da pessoa...com a assistente social, pronto. Devia ser uma equipa mais especifica ham... mas isso não impedia que falasse com o médico de família e q o médico de família preenchesse ...ou essa equipa tinha um médico mas tinha que articular com o médico de família, ou tinha de ser só uma equipa enfermeiro e assistente social porque há três parâmetros obrigatórios que é a avaliação médica, de enfermagem e social, nesta parte dos recursos humanos. Como nós sabemos que os médicos andam sempre muito atarefados, podia ser mais o enfermeiro e o assistente social que tinha que articular com o médico de família para ele fazer a sua avaliação em termos de diagnostico, pronto. E se houvesse necessidade ia fazer a visita, pronto... ham... eu sou mais apologista ... para evitar que o preenchimento não seja assim muito superficial.

EU: Consegue-me explicar ham... na sua perspetiva qual o circuito de informações o doente ao longo do processo de referenciação, tanto ham...nos dois ambientes de origem, dos cuidados de saúde primários ou hospitalar. O seguimento normal do processo.

ELA: Sei mais ou menos, pronto. Tem que ser feitas as avaliações pelos 3 profissionais que eu disse, ham...no hospital ... eu não sei mas eventualmente a avaliação de enfermagem pode ser feita independente do médico, não têm de estar os três técnicos presentes assim como a social porque cada um faz a sua e mete ao aplicativo, pronto. Na parte dos cuidados de saúde primários, eventualmente podia ser assim, embora nos funcionamos mais como equipa, se vai a enfermeira... também deve ir o assistente social ...o médico é mais difícil de ir porque está sempre muito super... super ocupado. Muitas vezes o médico faz o seu preenchimento com base no historial que já conhece e que está registado no SClínico.

EU: Informação que é colocada por vocês no aplicativo segue depois para...

ELA: a ECL...para apreciação.

EU: Posteriormente, para a...

ELA: ...

EU: ...ECR, não é?

ELA: Portanto depois há a ECL com base no registo faz uma apreciação ham... e valida se a tipologia proposta é a mais correta ou se não sugere uma alteração. Já tem acontecido a nossa ECL torres novas mandar alterar para ECCI. E...daí nós temos que falar com os familiares a dizer que a ECL propõe a alteração de tipologia, se querem ou não. Os familiares podem não estra interessados e podem recusar. Habitualmente quando nós falamos com eles e que é para a ECCI eles até aceitam. Por isso é que o processo no meu ponto de vista é mais prático se houver esta equipa, que é o que acontece aqui, porque eu não estou a ver depois o médico a ir ao aplicativo... e os tempos a passarem o prazo... e aquilo estar lá pendente porque o médico não viu...ou a equipa de saúde não viu e estar à espera ... isto no caso da mudança de tipologia.

EU: Têm timings para decisão?

ELA: Sim. É mesmo. Mesmo para se mandar o consentimento... portanto muitas vezes somos nós que mandamos aqui o consentimento A55, também tem um timing para ser enviado se não o processo é cancelado, por isso é que eu sou a favor de uma equipa mais específica e não com equipa...porque se não ...é assim eles também aprendem, mas depois com tantas preocupações... e pode passar um bocadinho ao lado ham...

EU: O que é que normalmente...

ELA: E eu ia dizer, em termos do processo de referenciação, depois a ECL aprecia e depois se concordar com a tipologia proposta remete a ECR e é a ECR que coloca o utente na tipologia e nas tipologias que nós habitualmente perguntamos ao familiar ou ao cuidador...damos sempre duas ou três opções...

EU: As unidades de...

ELA: ...das unidades. Não da tipologia em si, mas das unidades. Ham... muitas vezes o cuidador ou familiar só querem aquela... aquela por uma questão de residência e nós tentamos explicar que fica mais condicionado, porque quando se põe mais do que uma tipologia, as três, permite que o utente seja colocado mais rápido. Portanto onde houver vaga mais rápido ele entra mais rápido, a ECR coloca mais rápido. Quando o cuidador ou familiar só quer aquela por uma questão de residência para depois ir visitar, pode ser um processo mais moroso porque ham... houve só a escola de uma prioridade.

EU: E o que acontece a esses utentes quando eles não têm vaga ham...logo a seguir à referenciação?

ELA: Estão em casa, estão no domicílio, ou estão no lar... podem estar no lar...

EU: E a nível de cuidados de reabilitação se forem referenciados para unidades de...?

ELA: De média...

EU: De média, convalescença ou ECCI?

ELA: Pronto, é assim... se estiverem num lar e se o lar tiver esses cuidados, eventualmente podem ser prestados, se estiver em casa, o utente fica sem esses cuidados. Ou então, se já vinham prescritos do hospital ou se o familiar tinha ido ao médico de família, pode haver nalgumas situação... também digamos esse tratamento.

EU: Através dos cuidados de saúde primários?

ELA: Sim. Sim. Mas isso é preciso o familiar...pronto...ir pedir ao médico...pronto.

EU: Então no normal do seguimento, a partida ficarão sem os cuidados?

ELA: Sem os cuidados. Sim.

EU: Até ao ingresso na rede?

ELA: Sim. Sim.

EU: Qual é o feedback que tem tido dos utentes ou dos familiares?

ELA: Também é verdade que se for para uma ECCI o ingresso é rápido. Se for para uma média pode estar um mês e meio ou dois depende, porque as vagas só surgem também se os utentes tiverem alta das unidades, não é? Agora numa ECCI, pode entrar em 4 ou 5 dias.

EU: E esse trabalho de reabilitação nas ECCI poderá estar condicionado ou não encontram nenhuns fatores dificultadores da prestação desses cuidados?

ELA: Ah então não encontramos! Para já os enfermeiros de reabilitação são poucos, o fisioterapeuta também dá poucas horas, o nosso concelho tem uma área muito dispersa. Nós temos uma capacidade de 50 utentes, ham... portanto digamos que em termos de recursos humanos estamos mal, e depois temos os recurso materiais que é a questão das viaturas de deslocação, também ham... como a prestação é no domicílio, temos que contar para além da prestação, o tempo da deslocação, portanto digamos que a colega não pode ter muitos utentes, portanto digamos que não pode ir diariamente a um utente. Portanto digamos que não pode ir diariamente ao utente... não pode ir diariamente...porque se não ficava só com 3 utentes. Não é? Assim ela tem uma média de 6,7,8. Haverá utentes que vai duas vezes numa semana, outros três, outros uma, pronto. Ela também não faz só isto, tem outras atividades, mas mesmo assim ela anda sempre numa correria. Portanto precisávamos de ter mais enfermeiros de reabilitação. E materiais. E materiais. Porque depois é a questão de improvisar... pronto, digamos que não há assim muitos materiais para se poder trabalhar com os utentes.

EU: Qual o feedback que tem tido dos utentes ou/e dos cuidadores informais? Sobre o trabalho que tem tido a nível de reabilitação?

ELA: Ah. É assim, temos tido de tudo. Há os que gostam e sentem-se gratos, há os que são muitos exigentes e acham que o tempo é pouco, pronto. E há outros que acham que a gente faz milagres mas o potencial é quase nulo e digamos que os utentes da ECCI também são utentes muitas vezes não tem aquele potencial de voltar a andar, portanto digamos que é uma reabilitação de manutenção para evitar ham... as articulações rígidas e para irem fazendo alguns movimentos.

EU: Anteriormente falou do aplicativo informático GestCareCCI, ham... Na sua opinião qual ...

ELA: Ele é igual para todas as unidades.

EU: É?

ELA: É. Ele é igual.

EU: ...E a importância dele no processo de referenciação e na prestação de cuidados na rede?

ELA: Ele é importante, mas ele é importante, mas ele é importante também... ham...hum...obriga a preencher muita coisa e perde-se muito tempo e depois é um duplo registo. Nós no SClínico. O nosso registo interno, também fazemos os registos e portanto devia haver uma articulação entre os dois porque há coisas que estão em simultâneas. Como por exemplo, a avaliação da dor, se eu avalio no SClínico, não devia precisar de avaliar no GestCare certo? Faço a avaliação da queda, aplicar a escala de Morse, se faço de um lado não devia fazer do outro, as feridas se faço de uma lado não...pronto, ham... e isto é uma perda de tempo. As coisas deviam estar ligadas – o GestCare e o SClínico.

EU: O que me está a explicar é que diariamente registam no SClínico e que só teoricamente é que registam no GestCareCCi ou...fazem a par?

ELA: É assim, há as avaliações quinzenais, que a rede e obriga ham... Mas há colegas que independentemente dessas avaliações quinzenais fazem registos quase diários lá.

EU: No GesteCareCCI?

ELA: No GestCareCCI. Na avaliação de enfermagem, pronto, e isso rouba muito tempo. Mesmo as avaliações e já roubam muito tempo. Rouba? Ham...é uma força de expressão...

EU: Hum...hum...

ELA: ... ocupa muito tempo.

Apêndice VIII

(Codificação – Nós em árvore WebQDA)

RNCCI

Emitido por Rita Isabel



Códigos Árvore

Nome	Fontes	Refs
Percurso Profissional	0	0
Início da atividade profissional / Tempo de serviço	4	4
Contextos de Trabalho	4	7
Processo de Referência de doentes para a RNCCI	0	0
Intervenientes na referência	8	22
Origem da referência	8	20
Etapas do processo	6	31
Timings de referência	4	7
Avaliação geral	5	18
Fatores dificultadores	0	0
Recursos Humanos/profissionais	4	14
Aplicativos Informáticos	3	7
Tempo de espera para ingresso na rede	2	2
Área de abrangência das UCC	1	1
Origem do processo de referência	3	5
Processo demorado	2	4
Tempo de espera para ingressar na rede	6	13
Soluções para quem não ingressa diretamente na rede	5	12
Formação	5	20
Sugestões de melhoria do processo e rede	0	0
Aplicativo Informático	3	9
Recursos Humanos/profissionais	3	9
Recursos institucionais	2	5
Frequência dos cuidados na rede	2	7
Melhoria da abordagem inicial	1	2
Cuidados dentro da rede	4	7
Aspetos negativos	0	0
Recurso Humanos	6	15
Recursos Materiais	3	4
Tempo de ingresso na rede	2	2
Frequência e outros aspetos dos cuidados prestados	3	23
Aspetos positivos	0	0
Recursos Humanos	4	11
Outros aspetos dirigidos aos cuidados	6	24

Gerado a: 03/11/2018 14:08:19

Página: 1 de 2

feedback da rede	4	4
Positivo	5	18
Negativo	3	4
Aplicativo informático GestCareCCI	4	17

Apêndice IX

(Codificação – Árvore de códigos WebQDA)

