

MARIA CAROLINA JULIANA MONTEIRO

**DETERMINANTES SOCIAIS CONDICIONANTES DAS
ALTAS CLÍNICAS DOS UTENTES DA REDE NAS
UCCI: UM ESTUDO DE CASO**

Orientadora: Maria do Céu Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa
2014**

MARIA CAROLINA JULIANA MONTEIRO

**DETERMINANTES SOCIAIS CONDICIONANTES DAS
ALTAS CLÍNICAS DOS UTENTES DA REDE NAS
UCCI: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados, no Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria do Céu Costa

Co-Orientador: Mestre Osvaldo Santos

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

Dedicatória

Pela sabedoria e altruísmo,
pelo acreditar e confiar,
por todos os sorrisos e todas as lágrimas,
por me ajudares a crescer e ensinares a procurar ser melhor,
e principalmente por estares sempre aí... obrigada.

Ao Mentor da minha vida

Agradecimentos

Pretendo apenas deixar umas breves palavras de agradecimento a algumas das pessoas que mais contribuíram para a concretização deste trabalho. No entanto, estas palavras de agradecimento estendem-se a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para este caminho.

- À Professora Maria do Céu Costa, minha orientadora, pelo seu constante acompanhamento e contributos fundamentais para este trabalho, pelas sugestões, críticas, e por todas as palavras de incentivo com que sempre me motivou

- Ao Professor Osvaldo Santos, meu co-orientador, pelo permanente apoio e constantes contributos, alguns verdadeiramente decisivos para a concretização deste trabalho. Agradeço ainda a sua disponibilidade e amabilidade infindáveis.

- À Unidade de Cuidados Continuados L Nostrum, nas pessoas da Sra. Directora Dr.^a Cristina Mendonça e da Dra. Tânia Francisco, cuja disponibilidade foi absolutamente essencial para a concretização deste trabalho. Estendo o meu reconhecimento a todos os profissionais da UCCI que contribuíram para a colecção de dados aqui analisados e que constituem o centro da investigação deste projecto.

- À Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde e a todos os Professores do curso de Mestrado com quem aprendi os caminhos que aqui me conduziram.

- Aos meus amigos pelo apoio e incentivo incondicional, ao longo desta caminhada

Por fim, e não menos importantes do que qualquer um dos mencionados, aos meus filhos, por todo o tempo e atenção de que os privei, e por nunca me fizerem sentir essa falha.

Muito obrigada
Carolina Monteiro

Resumo

Introdução: O adiamento das altas clínicas nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) por motivos sociais é actualmente considerado um dos principais motivos que impedem a integração atempada de novos clientes na Rede Nacional de Cuidados Continuados, RNCC, daqui em diante designada como a REDE. Este atraso tem impacto ao nível da recuperação e estabilização dos utentes, bem como ao nível de eficiência e eficácia da UCCI, não podendo deixar de se considerarem os aspectos sociais e económicos.

Objectivo Geral: Identificar os determinantes que influenciam as altas clínicas em UCCI.

Métodos e População do Estudo: Este é um estudo de caso colectivo, em que os dados observacionais, transversais, são recolhidos por meio de questionário de auto-relato (por cada área de intervenção directa) e por análise dos processos de consulta de pacientes. O objecto desta pesquisa abrange dois grupos: o grupo de amostra composto por 70 profissionais de saúde que lidam directamente com os utentes e o grupo amostra composto de utentes internados na UCCI L Nostrum, com alta clínica entre 1/1/2011 e 31/12/2012, e que foram integrados através da REDE. Foram recolhidos os dados de 293 utentes sendo objecto de estudo os casos de 83 utentes integrados através da REDE e com prolongamento de internamento por motivos sociais.

Resultados: Na percepção dos profissionais de saúde, as respostas institucionais apresentam-se como a condicionante mais indicada, tanto para os utentes em geral, com 22 indicações (88%) como para os utentes da REDE, com 10 indicações (40%). Relativamente aos motivos familiares há referência de 76% para os utentes em geral e de 36% para os utentes da REDE. Os motivos económicos também apresentam, para os profissionais inquiridos, um valor expressivo (68%) nos utentes em geral, estando nos da REDE este factor condicionante a par com os motivos familiares (36%). Os motivos estruturais têm menor expressão tanto nos utentes em geral (32%) como nos utentes da REDE (16%). “Outros” para os utentes em geral, refere-se a dependência funcional (4%). Nos motivos familiares, para os utentes em geral, 23 (92%) foi mais vezes indicada a insuficiência de suporte familiar, para os utentes da REDE, 13 (52%). A ausência de suporte familiar, para os utentes em geral, representa 48% das respostas, seguindo-se o suporte inadequado (28%) e a ausência de cuidadores (24%). Para os utentes da REDE, o suporte inadequado apresenta-se como segundo motivo (7%), seguindo-se a ausência de suporte familiar (16%). Na percepção dos profissionais, os utentes da REDE estão também condicionados pela distância geográfica (8%) da sua área residencial.

Em termos estruturais, os motivos mais assinalados pelos profissionais para a generalidade dos utentes foram as barreiras físicas à mobilidade (80%) e a habitação sem condições básicas de habitabilidade (78%). Os mesmos motivos foram assinalados para os utentes da REDE, barreiras físicas à mobilidade (40%) e habitação sem condições de habitabilidade (28%). No entanto, relativamente aos utentes em geral, a ausência de habitação (29%) e a distância geográfica (4%) também foram motivos assinalados.

Dos motivos económicos percebidos pelos profissionais, a insuficiência de rendimentos é o factor mais assinalado pela generalidade dos utentes (84%) e pelos da REDE (68%), seguida da percepção da capacidade de reposta limitada das instituições, 64% para a generalidade dos utentes e 28% para os da REDE e por fim os tipos de respostas insuficientes para as necessidades individuais dos utentes (20% dos utentes em geral e 12% da REDE).

No total dos dois anos, 2011 e 2012, verificaram-se na UCCI L Nostrum 293 prorrogações (100%) das quais 210 (71,6%) foram consideradas dentro do prazo e justificadas com motivos clínicos, enquanto 83 (28,3%) foram efectivamente protelamentos por motivos sociais, tendo em conta que nestes casos os utentes já não tinham critérios clínicos que justificassem a sua permanência na UCCI. Das 210 prorrogações consideradas dentro do prazo e justificadas com motivos clínicos, 93 (44,3%) foram-no por tempo de espera para transferência de UCCI. Em 2011, dos 146 utentes com alta protelada (100%), 50 utentes (34,2%) permaneceram na UCCI por motivos sociais, enquanto em 2012 houve registo de 33 casos de protelamento (22,4%) em 147 (100%) altas prorrogadas.

Conclusões: Dos factores identificados como motivo de protelamento nos 83 utentes, estritamente por motivos sociais, destaca-se o protelamento de alta por espera de integração em equipamento/resposta adequada, nomeadamente lar ou serviços de apoio domiciliário (79,5%), seguindo-se a insuficiência de rendimentos do utente/familiares para contratação de serviços ou resposta institucional (74,7%), a inexistência de condições habitacionais para regresso ao domicílio (63,9%) e a insuficiência de suporte familiar (54,2%). Regista-se também a inadequação do suporte familiar (31,3%), a inexistência de suporte familiar (28,9%) e, em menor percentagem, a ausência de condições estruturais (13,3%). A ausência de domicílio (sem abrigo) (8,4%) e a ausência de rendimentos (4,8%) também foram factores inibidores da alta clínica. Dos 293 utentes identificados que tiveram protelamento da alta por motivos sociais verificou-se que 144 (49,1%) dos utentes permaneceram unicamente pela existência de condicionantes institucionais e familiares/estruturais.

Aspectos éticos: ao longo deste estudo, foram assegurados e respeitados, todos os procedimentos de garantia da confidencialidade e rigor na recolha dos dados, e a não interferência nas dinâmicas da instituição, dos utentes e dos profissionais.

Palavras-chave: envelhecimento, dependência, cuidados continuados, protocolos, respostas sociais

Abstract

Introduction: The postponement of clinical discharges from Integrated Continuous Care Units (UCCI) for social reasons is currently considered one of the main reasons that prevent the timely integration of new patients in the National Network for Continuing Care, RNCC, hereinafter referred to as the network REDE. This delay has an impact on the recovery and stabilization of the users as well as at the level of efficiency and effectiveness of the UCCI, reason why we cannot fail to consider the social and economic aspects.

General Objective: To identify determinants those influence the clinical discharges in a particular UCCI.

Study Population and Methods: This is a collective case study observational, cross-sectional, where data are collected through self-report questionnaires (one for each area of direct intervention) and based on analysis of consultation processes of patients. The purpose of this research covers two groups: the sample consists of 70 health professionals who deal directly with patients and the sample group composed of users admitted to the UCCI L Nostrum, with clinical discharge between 1/1/2011 and 31/ 12 / 2012 who were integrated within the REDE. Data from 293 users were collected being further subject to this study 83 cases of users integrated in the network REDE characterized by prolonged hospitalization for social reasons.

Results: In the perception of health professionals, institutional responses are presented as the most suitable condition for both general users, with 22 (88 %) nominations and for REDE users with 10 nominations (40 %). With regard to family reasons there are reports of 76 % professionals for general users and 36% for REDE users. Economic grounds also feature, for the respondents professionals, as a significant amount (68 %) among general users, being this factor pointed out for REDE users along with family reasons (36 %). The structural motifs have lower expression in both general users (32 %) as the REDE users (16 %). "Others" to users in general, refers to the functional dependency (4%). In regard to familiar reasons perceived to general users 23 (92%), insufficient family support were more times 13 (52%) indicated for users of the REDE The absence of familiar support to general users represents 48% of the responses, followed by inadequate support (28%) and the absence of caregivers (24%). For users of the network REDE, inadequate support is shown as a second issue (7%), followed by the absence of a family aid (16%). In the perception of professionals, users of REDE are also constrained by geographical distance (8 %) of their residential area.

In structural terms, two reasons reported by more professionals for the majority of users were physical barriers to mobility (80 %) and housing without basic living conditions (78 %). The same reasons were reported although with different figures for users of REDE,

physical barriers to mobility (40 %) and housing unfit for use (28 %). However, for users in general, the absence of housing (29%) and geographical distance (4%) were also marked reasons. Economic reasons perceived by professionals were insufficient income as the factor most quoted by the majority of users (84 %) and REDE users (68 %) followed by the perception of limited response capacity of institutions, 64 % for the general users and 28 % for users of the NETWORK. Yet been reported and finally the types of insufficient responses for the needs of individual users (20% of general clients and 12 % of REDE clients).

In the two years 2011 and 2012, there was a value of 293 extensions (100 %) in total in UCCI L Nostrum, of which 210 (71.6 %) were considered and justified within clinical grounds, while 83 (28.3 %) were actually postponed for social reasons, taking into account that in these cases the users have had no clinical criteria to justify their stay at UCCI. Among the 210 postponements considered as extensions of the deadline and all justified on clinical grounds, 93 (44.3 %) were due to waiting time for transfer of UCCI. In 2011, of the 146 (100%), users with a delayed discharge, 50 clients (34.2 %) remained in the UCCI for social reasons while in 2012 there were registered 33 cases of postponement (22.4 %) in 147 (100 %) extended discharges.

Conclusions: Of the factors identified by health care professionals as a reason for postponing discharges in the proven cases associated to social reasons, encompassing 83 users, waiting for integration in equipment / adequate response is highlighted, in particular nursing home or domestic support services (79.5 %), followed by insufficient income from user/family to hire services or institutional home care (74.7 %) , lack of housing conditions to return home (63.9 %) and lack of family support (54.2 %) .

Also recorded is the inadequacy of family support (31.3 %), lack of family support (28.9 %) and, to a lesser extent, the absence of infrastructural conditions (13.3%). The absence of home (homeless) (8.4%) and lack of income (4.8%) were also clinical discharge factors inhibitors. Of those 293 users who had delayed discharge for social reasons, 144 (49.1) % had institutional factors and family / infrastructural determinants.

Ethical aspects: Consultation of clinical registers has been previously allowed by the direction of the UCC under study. Data collection, storing and analyses have assured the anonymity of participants (users and health care professionals).

Key-Words: aging, dependency, continuing care, discharge delays, social responses

Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde
AVD – Actividades da Vida Diária
AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CDSS – Centros Distritais de Solidariedade Social
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipas Coordenadoras Locais
ECR – Equipas Coordenadoras Regionais
ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA – Equipas de Gestão de Altas
ERPI – Estruturas Residenciais Para Idosos
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ISSS – Instituto de Solidariedade e Segurança Social
MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
PNS – Plano Nacional de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
SAD – Serviços de Apoio Domiciliário
SVIP – Serviço de Verificação de Incapacidades Permanentes
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UADI – Unidades de Dia e Promoção da Autonomia
UCP – Unidades de Cuidados Paliativos
UCV – Unidades de Convalescença
UDPA – Unidades de Dia e Promoção da Autonomia
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMCSP – Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários
UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (REDE)

Índice geral

Capítulo I – Fundamentação teórica	16
Introdução	
1- Envelhecimento e velhice	22
1.1- Saúde / Doença	25
1.2- O Estado de Dependência	26
2- Portugal, um país a envelhecer	28
3- Políticas e respostas sociais na saúde	32
3.1 - Os Cuidados Continuados Integrados em Portugal	34
3.1.1- As Unidades de Cuidados Continuados (UCCI)	36
3.1.1.1- Unidades de Internamento	37
3.1.1.2- Unidades em Ambulatório	39
3.1.1.3- Unidades de resposta domiciliária	39
3.2 - A RNCCI como resposta na área da saúde	40
3.2.1- Altas clínicas e prolongamentos	43
3.2.2- Os constrangimentos das altas	43
3.3- Respostas sociais na velhice e na dependência	45
3.3.1- IPSS: Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) como resposta social	46
Capítulo II – Finalidade e objectivos do estudo	51
1- Objectivos Gerais	53
2- Objectivos específicos	53
Capítulo III – Métodos	55
Desenho da investigação	55
1- População, amostra e amostragem	57
2- Instrumentos de recolha de dados	58

2.1- Formulário – Plataforma GestCare (fonte de informação)	58
2.2- Questionário auto-administrado	58
3- Conceptualização das variáveis	59
4- Análise de dados	60
5- Aspectos éticos	61
Capítulo IV – Resultados	63
1- Percepção dos profissionais de saúde quanto aos prolongamentos/altas clínicas	63
1.1- Caracterização dos profissionais de saúde da L Nostrum	63
1.2- Percepção dos profissionais da UCCI L Nostrum	67
1.2.1- Quanto à generalidade dos utentes da UCCI	67
1.2.2 – Utesntes da RNCCI (2011-2012)	71
2- Utesntes da UCCI L Nostrum	74
2.1- Caracterização sociodemográfica dos utentes	74
2.2- Caracterização dos internamentos	79
2.2.1- Admissões e altas	79
2.2.2 – Protelamento de altas	82
2.2.3 – Destino de saída	83
Capítulo V – Discussão	84
Capítulo VI – Conclusão	94
Referências	97
Anexos	I

Índice de tabelas

Tabela 1: Sexo e idade dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.....	64
Tabela 2: Categoria profissional idade dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.	65
Tabela 3: Anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum. ..	65
Tabela 4: Anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum. ..	65
Tabela 5: Média/DP Anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.....	66
Tabela 6: Média/DP de anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.....	66
Tabela 7: Tipologias em que os profissionais de saúde da UCCI L Nostrum exercem actividade	67
Tabela 8: Percepção quanto ao aumento de prorrogações por tipologia.....	68
Tabela 9; Percepção sobre o motivo de prorrogação de internamento mais frequente.	68
Tabela 10: Percepção sobre motivos sociais condicionantes das altas.	69
Tabela 11: Percepção sobre motivos familiares condicionantes das altas.	69
Tabela 12: Percepção sobre motivos estruturais condicionantes das altas.....	70
Tabela 13: Percepção sobre motivos económicos condicionantes das altas.	70
Tabela 14: Percepção sobre motivos institucionais condicionantes das altas	71
Tabela 15: Percepção sobre agravamento de prorrogações de internamento dos utentes da REDE entre 2011 e 2012.....	71
Tabela 16: Percepção quanto ao agravamento de prorrogações de internamentos dos utentes da REDE entre 2011 e 2012 por tipologia.....	72
Tabela 17: Percepção quanto ao agravamento de prorrogações de internamentos dos utentes da REDE entre 2011 e 2012 por sexo.	72
Tabela 18: Percepção quanto ao enquadramento familiar dos utentes da REDE, com alta protelada por motivos sociais, entre 2011 e 2012.	73
Tabela 19: Percepção quanto aos motivos de protelamento de internamento dos utentes da REDE entre 2011 e 2012.....	73
Tabela 20: Caracterização dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo o sexo e a idade.	75
Tabela 21: Identificação da naturalidade dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo a distribuição Nuts II.....	76
Tabela 22: Caracterização dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo o estado civil.....	76

Tabela 23: Caracterização do enquadramento familiar dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012.	77
Tabela 24: Identificação dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, residentes no distrito de Lisboa segundo o concelho de residência.	78
Tabela 25: Total de admissões de utentes da REDE na UCCI L Nostrum entre 1/1/2011 e 31/12/2012 nas tipologias de Convalescença (CV), média duração e reabilitação (MDR) e longa duração e manutenção (LDM).....	80
Tabela 26: Definição do tipo de altas da UCCI L Nostrum entre 1/1/2011 e 31/12/2012.	80
Tabela 27: Motivos de prorrogação de internamento na UCCI entre 1/1/2011 e 31/12/2012.....	81
Tabela 28: Média de dias internamento dos utentes da REDE com alta protelada.	81
Tabela 29: Média de dias internamento dos utentes da REDE com alta protelada por motivos sociais.	82
Tabela 30: Identificação de condicionantes sociais promotores de prorrogação dos internamentos dos utentes da UCCI com alta clínica, no período entre 1/1/2011 e 31/12/2012 e que permaneceram após alta clínica.	83
Tabela 31: Destino de saída dos utentes da UCCI em situação de prorrogação de internamento, entre 1/1/2011 e 31/12/2013.	83

Índice de figuras

Figura 1: Evolução do número de vagas em Lisboa e Vale do Tejo de 2009 a 2012 (CV – convalescença; MDR – média duração e reabilitação; LDM – longa duração e manutenção; CP – cuidados paliativos).....	41
Figura 2: Evolução do número de vagas em Lisboa e Vale do Tejo de 2009 a 2012 (CV – convalescença; MDR – média duração e reabilitação; LDM – longa duração e manutenção; CP – cuidados paliativos)	42
Figura 3: Evolução do número de respostas nas valências de ERPI e SAD, entre 2000 e 2012, em Portugal Continental e no distrito de Lisboa.	48
Figura 4: A capacidade de resposta em ERPI e SAD traduz-se no número de vagas existentes nas valências de ERPI e SAD, entre 2000 e 2012, em Portugal Continental e no distrito de Lisboa	50

Capítulo I – Fundamentação teórica

Actualmente, a velhice e a dependência, associadas ao aumento da esperança média de vida à nascença, constituem um dos principais temas de interesse, no domínio das políticas sociais em Portugal. No entanto, já nos Estados Unidos da América, nos anos 40, e em países mais desenvolvidos da Europa, nos anos 60, foram criados e melhorados os serviços dirigidos às pessoas idosas (Vaz, 1998; Gomes, 2006). Segundo o critério cronológico seguido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-se pessoa idosa todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade. Em Portugal, e só a partir da década de 70 e devido ao crescente peso demográfico deste grupo etário, é que se passou a dar maior atenção à dimensão social da velhice (Fernandes, 2001).

Diversos factores têm sido indicados como responsáveis pelo aumento da esperança média de vida, nomeadamente: os progressos científicos na área da saúde, uma maior consciencialização e investimento ao nível das políticas sociais e de saúde, bem como uma mudança nos próprios comportamentos individuais, principalmente na adopção de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Ou seja, os ganhos em saúde alcançados proporcionaram o aumento significativo da capacidade de sobrevivência e, consequentemente, o aumento da longevidade.

Por inerência, o aumento significativo da capacidade de sobrevivência e o aumento da longevidade proporcionaram o aumento das situações de dependência.

A sociedade actual valoriza em primeiro lugar a juventude, a aparência física e a vitalidade, o que vai tornando invisíveis as pessoas idosas e/ou dependentes. Na sociedade “trabalhista” actual, as famílias alteraram as suas dinâmicas, e deixaram de desempenhar funções como o cuidar dos idosos e dos dependentes. Estas mudanças levaram ao aumento da procura de respostas tanto na área da saúde como na área social (Giddens, 2000).

As alterações demográficas verificadas em Portugal, bem como em outros países da Europa, em que o envelhecimento da população é acentuado e progressivo, conduziram a uma nova abordagem das políticas sociais existentes. Nesse sentido, foram criadas estratégias que procuram responder de forma eficaz a esta mudança populacional em que se verifica o aumento da esperança média de vida e, consequentemente, o aumento de pessoas em situação de dependência.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), também designada por REDE, surgiu como um projecto inovador em Portugal, que veio responder a necessidades pertinentes na área da saúde, para a promoção da autonomia e do bem-estar das pessoas em situação de dependência. Tendo sido implementada em 2006, tem alargado a sua área

de intervenção através da abertura de novas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), e do desenvolvimento de parcerias que permitem respostas mais alargadas e mais adequadas às necessidades das pessoas.

A RNCCI veio colmatar uma lacuna existente: a falta de respostas adequadas para pessoas que necessitavam de continuar a receber cuidados de saúde e que já não reuniam critérios para manter o internamento nos hospitais de agudos.

Apesar de noutros países estarem em curso projectos semelhantes, o sistema português destaca-se pela diversidade de respostas na área da saúde e pela intervenção feita com os utentes ao nível multidisciplinar, não se limitando à prestação dos cuidados de saúde.

No entanto, as saídas das UCCI imediatamente após as altas clínicas, apresentam algumas dificuldades, o que se torna um obstáculo à admissão de novos utentes, que precisam de cuidados inadiáveis. Esta situação levou-nos a indagar sobre a existência e operacionalidade de respostas de continuidade para os utentes quando já não têm critérios clínicos que justifiquem a sua permanência em internamento.

Os Cuidados Continuados Integrados são uma área de prestação de cuidados de saúde muito recente, ainda em fase de implementação, pelo que não existem muitos estudos, desconhecendo-se, até à data, qualquer estudo realizado sobre este tema. Perante a relevância que as problemáticas do envelhecimento, da dependência e das respostas nesta área apresentam, pareceu-nos de grande pertinência uma abordagem exploratória sobre um aspecto que deve ser considerado para que a REDE seja efectivamente uma solução e uma resposta adequada e eficaz, na área da saúde e social: as altas das UCCI's.

O interesse pela realização deste estudo resultou da pertinência de reflectir sobre esta questão, pelo que o objectivo deste trabalho foi identificar determinantes sociais que condicionam execução de altas clínicas na UCCI, bem como as percepções que os profissionais de saúde da Unidade têm sobre os factores que condicionam as altas clínicas dos utentes, tendo por base a pergunta: *“Será que existem condicionantes que impedem a alta da UCCI L Nostrum após a alta clínica do utente?”*. O objectivo principal deste estudo é identificar determinantes sociais que possam ser factores influenciadores e/ou condicionantes das altas clínicas nesta UCCI. Para tal, e por ser um estudo de caso, foi necessário conhecer a estrutura organizacional da UCCI, incluindo responsáveis e recursos humanos, e as tipologias consideradas no protocolo realizado com a Administração Regional de Saúde (ARS) e com o Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MTSS).

Percurso metodológico

O processo de investigação iniciou-se com uma revisão narrativa da literatura sobre envelhecimento, dependência, RNCCI e respostas sociais. Em simultâneo foi feita uma revisão narrativa da literatura científica nacional (através do Google Académico) e internacional (através da Web of Knowledge e da PubMed) relativo ao fenómeno do envelhecimento humano e demográfico. Foi também consultada a legislação e orientações técnicas (repositórios de informação em bibliotecas virtuais e nas entidades da REDE) de modo a analisar e consolidar conhecimentos, tendo em conta recomendações e estratégias definidas pelas autoridades intervenientes nestas políticas sociais.

Posteriormente, foi solicitada autorização à Unidade de Cuidados Continuados L Nostrum, situada na Encarnação, Mafra, no distrito de Lisboa, para realização do estudo, que deu concordância após aval positivo da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados (UMCCI).

A escolha desta unidade teve duas razões distintas:

1ª- A UCCI L Nostrum da Encarnação é uma unidade de referência: abrange as quatro tipologias de internamento da REDE, o que se traduz por um número alargado de camas protocoladas, e por ter uma vasta equipa multidisciplinar focada em investir nas várias áreas do bem-estar e da promoção da autonomia.

2ª- Por questões profissionais e cordiais, relacionadas com as boas relações institucionais entre a UCCI L Nostrum e a investigadora, na qualidade de profissional do serviço onde trabalha. Refira-se que a investigadora é Assistente Social do ISSS e trabalha na área da velhice e da dependência, na procura/articulação de respostas sociais, institucionais ou no domicílio, para integração de utentes que têm alta da REDE. Naturalmente, envolve um trabalho de articulação directa com as várias entidades envolvidas (UCCI's, lares, serviços de apoio domiciliário e famílias). É neste contexto que a investigadora sente diariamente grandes dificuldades na obtenção de respostas atempadas e adequadas para os utentes.

Sendo este um estudo exploratório, propusemo-nos a analisar, em termos teóricos, dois fenómenos distintos mas, em termos práticos, complementares:

- a) Os factores condicionantes das altas da UCCI, com base no registado nas fichas de utente, concomitantemente com a percepção dos profissionais de saúde que contactam directamente com os utentes, de modo a verificar até que ponto a percepção dos profissionais de saúde é coincidente com os motivos apurados através da consulta dos processos clínicos.

- b) A existência de respostas sociais existentes, susceptíveis de ser consideradas suficientes e adequadas para responder de forma célere às necessidades dos utentes, após a alta clínica.

Tendo em conta o enquadramento legal definido para cada tipologia em termos de tempo de internamento, optámos por não incluir no estudo a tipologia de Cuidados Paliativos. Esta tipologia, atendendo à sua especificidade, não tem tempo limite, logo não existem protelamentos sociais.

Em termos metodológicos, foram construídos dois instrumentos de recolha de dados: um formulário e um questionário. O formulário foi preenchido com base na consulta dos processos dos doentes incluídos no estudo. Este formulário consistiu numa lista de verificação de factores, ao nível individual, clínico, económico, familiar/social, do doente para caracterizar o perfil dos utentes da REDE e identificar motivos de protelamento de alta dos mesmos, tendo por fonte de informação o Aplicativo de Monitorização da RNCCI (sistema informático de suporte, ao nível nacional, entre ARS e as entidades conectadas à RNCCI). O questionário autopreenchido foi construído com base na revisão de literatura sobre instrumentos utilizados para identificação de obstáculos à alta clínica, em diferentes contextos de cuidados de saúde, com o objectivo de recolher informação sobre a percepção dos profissionais relativamente aos protelamentos de altas clínicas. Com estes questionários pretendeu-se, também, fazer uma breve caracterização pelos profissionais relativamente aos protelamentos e às altas clínicas.

Posteriormente, foi feito o levantamento das respostas sociais existentes em 31/12/2012, adequadas às necessidades dos utentes, tendo em conta a situação social e de saúde, de modo a estabelecer relação entre, por um lado, o motivo do protelamento da alta dos utentes com alta clínica e a percepção dos profissionais de saúde quanto aos protelamentos de altas clínicas por motivos sociais, e, por outro lado, a existência de respostas adequadas às necessidades dos utentes aquando da alta.

Os dados recolhidos nos questionários requereram tratamento estatístico, realizado em SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.

Esta dissertação de Mestrado encontra-se estruturada em seis capítulos.

O Capítulo I, além desta Introdução geral, está dividido em três subcapítulos. O primeiro subcapítulo aborda o envelhecimento e a velhice, sendo elaborada uma sinopse temática sobre esta problemática, tendo em conta os conceitos de saúde, doença e dependência. Ao longo do segundo subcapítulo é apresentado um ponto de situação actual do envelhecimento em Portugal e de que modo este tem provocado mudanças na estrutura populacional. No terceiro ponto, foi feita uma breve abordagem às políticas e respostas na área social e da saúde. Neste enquadramento abordou-se a Rede Nacional de Cuidados

Continuados em Portugal, nas suas várias vertentes e como resposta na área social e na área da saúde.

No Capítulo II é explicada a finalidade deste estudo, tendo em conta a problemática abordada e as metas definidas a alcançar, pormenorizando os objectivos gerais e a definição dos objectivos específicos.

Os métodos utilizados são apresentados no Capítulo III.

Neste capítulo apresenta-se a amostragem de doentes, censitária, sendo os elementos amostrais todos os doentes referenciados pela REDE e com alta clínica entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2012. No que respeita à amostra dos profissionais de saúde, neste caso uma amostra não aleatória (de conveniência), foram considerados só os profissionais de saúde com intervenção directa com utentes e a trabalhar na UCC L Nostrum SA. O tamanho amostral foi de 193 doentes e de 70 profissionais de saúde.

O Capítulo IV apresenta os resultados organizados de forma a acompanhar os objectivos do estudo, seguindo as três vertentes da investigação:

- Caracterização sociodemográfica da amostra dos utentes da L Nostrum e dos respectivos internamentos. As admissões e as altas foram analisadas tendo em conta o motivo do protelamento e o destino de saída dos utentes.
- Caracterização da percepção dos profissionais de saúde quanto aos prolongamentos/altas clínicas, no que respeita à generalidade dos utentes da UCCI e exclusivamente em relação aos utentes da RNCCI no período entre 2011-2012. Esta análise incluiu também uma breve caracterização dos profissionais de saúde.
- Quanto às respostas sociais/saúde no distrito de Lisboa, foi feito o levantamento do número de respostas na área social (lares -ERPI e SAD), referenciadas na Carta Social do MTSS, bem como o número de respostas integradas, na área da saúde, agregadas à RNCCI. Estes dados são apresentados nos Capítulo I e fazem parte dos elementos de discussão no Capítulo V.

O Capítulo V foi dedicado à discussão dos resultados e considerações em torno da pergunta de partida. Assinalaram-se os limites metodológicos do estudo e o que ficou por responder face aos objectivos iniciais.

O Capítulo VI apresenta as conclusões gerais do estudo, encerrando este projecto de investigação, que pretende ser um contributo para uma melhor reflexão sobre a importância do desenvolvimento de respostas de saúde e sociais, num sistema articulado de seguimento, onde se relewa a importância da existência de profissionais devidamente qualificados e especializados na área dos cuidados continuados.

Este trabalho de investigação pretende ser um contributo para uma reflexão aprofundada sobre o que pode ser feito para ajudar a ultrapassar os obstáculos existentes que condicionam não só a vida dos utentes e seus familiares como também a dinâmica das instituições, não permitindo o total cumprimento da sua missão.

1- Envelhecimento e velhice

Desde a segunda metade do século passado que a maioria dos países industrializados ou em vias de industrialização vive com o drama do rápido envelhecimento das suas populações (Paschoal, 2000). O aumento da população de idosos na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade activa (Sequeira, 2010), tem sido identificado como responsável pelas alterações demográficas, e tem-se acentuado nas últimas décadas. Para tal, têm contribuído factores de ordem económica, social e até cultural (Robertis, 2003), sendo um processo com várias implicações, nomeadamente em termos biológicos, psicológicos e sociais (Osório, 2007). O envelhecimento humano está associado não só ao aumento da esperança média de vida mas também à redução da taxa de mortalidade dos indivíduos em idades infanto-juvenis, dos jovens adultos e dos de meia-idade (Figueiredo, 2007). Vários factores têm sido indicados como responsáveis pelo aumento da esperança média de vida, nomeadamente: os progressos científicos na área da saúde, maior consciencialização e investimento ao nível das políticas sociais e de saúde, e mudanças ao nível de comportamentos individuais, principalmente na adopção de estratégias de prevenção e promoção da saúde (Ferreira, 2011).

Nesse sentido, os ganhos em saúde alcançados proporcionaram um aumento significativo da capacidade de sobrevivência e, conseqüentemente, da esperança média de vida. Entre o ano de 2000 e o ano de 2008, a esperança de vida para os homens aumentou 2,7 anos, situando a média nos 75,7 anos, e nas mulheres um aumento de 1,9 anos, o que equivale a uma média de 82,2 anos (Carrilho, 2006). Em 2011, a esperança média de vida indicada para os homens era de 76,7 anos e 82,6 anos para as mulheres (INE, PORDATA, 2013).

Actualmente, a esperança média de vida ronda os 82 anos; no entanto, a OMS perspectiva para 2020 um aumento de 20% na esperança média de vida e na esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos (Gonçalves, C. & Carrilho, 2006). Mas, associado ao aumento de longevidade, tem-se verificado o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que só na última década aumentou 21% (UMCCI, 2012). Estas alterações têm sido alvo de preocupação por parte de vários países, não só pelas alterações do perfil populacional, como também pelo aumento da percentagem de indivíduos com perda de capacidade, e pelo aumento das necessidades e da procura de respostas adequadas, não só na área da saúde como também ao nível social (Ferreira, 2011).

Ao longo da história, o envelhecimento e a velhice têm sofrido mutações sociais e representacionais: o estatuto respeitável nas sociedades tradicionais transformou-se em isolamento e dependência nas sociedades industrializadas. A velhice tem como característica

principal o declínio, geralmente físico, que leva as alterações sociais e psicológicas, sendo um processo ininterrupto que influencia inevitavelmente o contexto social do indivíduo (Squire, 2005). Actualmente, a imagem social da velhice situa-se numa base algo confusa entre o envelhecimento biológico e o envelhecimento social (Vaz, 2001).

Vários autores definem o conceito de envelhecimento de uma forma generalista quando se referem a um processo em que ocorrem alterações e mudanças nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Pode definir-se o conceito de envelhecimento como o estado avançado do desenvolvimento humano que todo o indivíduo sadio, e que não sofreu qualquer acidente, irá alcançar (Stuart-Hamilton, 2008). Mas Squire (2005) defende que o envelhecimento é um processo que depende de factores fisiológicos, sociais e psicológicos, em que estes podem combinar-se entre si e ocorrerem sem que haja, obrigatoriamente, relação com o factor idade. Segundo Fontaine (2009: pág. 19), *“não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afecta os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo”*. Ou seja, o envelhecimento pode ser considerado como um processo biológico progressivo e natural que tem início no nascimento e se vai manifestando através do declínio e diminuição progressiva das capacidades funcionais e das células (Ferreira, 2005).

Existem outros elementos que devem ser igualmente considerados por serem influenciadores de atitudes sociais relativamente aos idosos e à velhice, nomeadamente a modificação da aparência física, a perda de capacidade de reacção, a proximidade da morte, o aumento da dependência, entre outros. Nesse contexto, Giddens (2000) assinala que o envelhecimento pode gerar problemas psicológicos, sociais e económicos, podendo levar à solidão e desorientação, pelo facto de as pessoas terem de reestruturar grande parte das suas actividades quotidianas.

Após os anos 70, surge a designação de “terceira idade”. Esta designação tinha como objectivo a integração social mas revelou-se como uma forma de distinguir a velhice autónoma da velhice dependente.

A valorização dada pela sociedade actual à juventude, a luta pelo anti-envelhecimento e conservação da aparência física, contrariam a aceitação da inevitável perda da vitalidade. Como consequência, a sociedade tende a tornar invisíveis as pessoas idosas e/ou dependentes pelo que existe uma pressão relacionada com o envelhecimento da população, com o respectivo encargo nas despesas de assistência na velhice e na saúde. Esta pressão é acentuada pelos condicionalismos económicos, por exemplo a crise económica, em que a crise estrutural do emprego é a mais evidente (Giddens, 2000). Noutra vertente, à medida que evolui e se torna cada vez mais numa sociedade “trabalhista”, o tempo

disponível para a família é cada vez menor, levando a uma acentuada procura de respostas sociais para o problema da velhice e da dependência (Giddens, 2000).

Frequentemente, a dependência encontra-se associada à velhice como consequência natural do envelhecimento. No entanto, pode estar associada a situações de deficiência, seja esta natural (malformações genéticas) ou adquirida (Giddens, 2000). A dependência pode ser um estado provisório ou definitivo em que, por razões associadas à falta ou perda de autonomia, seja esta de origem física, psíquica ou/e intelectual, os indivíduos necessitam da ajuda de terceiros para realizar as actividades básicas quotidianas (CID, 2001). Nas pessoas idosas, a dependência pode assumir diversas formas, resultantes da interferência de factores externos na incapacidade física individual como: fragilidade económica resultante de baixos rendimentos, isolamento social, dependência de familiares ou escassez de redes de suporte e apoio social (Fernandes, 2001).

Para um melhor entendimento sobre a problemática da velhice e da dependência apresentam-se umas breves definições dos conceitos que considerámos mais relevantes, tendo em conta a perspectiva de alguns autores.

Quando se aborda a questão da velhice ou do envelhecimento, da dependência e/ou da deficiência, devem-se ter em conta várias áreas de impacto (social, saúde, económica, etc.) e todos os aspectos que estão relacionados com a pessoa. Não sendo inédito que vários autores definam o conceito de envelhecimento de uma forma generalista, é, consensualmente, um processo em que ocorrem alterações e mudanças nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Ou seja, o envelhecimento é um processo que depende de factores fisiológicos, sociais e psicológicos, que podem combinar-se entre si e ocorrerem sem que haja, obrigatoriamente, relação com o factor idade (Squire, 2005). Pode igualmente ser considerado como um processo biológico progressivo e natural que tem início no nascimento e se vai manifestando através do declínio e diminuição progressiva das capacidades funcionais e das células (Ferreira, 2005). Em todo o caso, e fazendo uma definição abreviada, “o envelhecimento é o estado final do desenvolvimento, que todo o indivíduo sadio e que não sofreu acidentes vai atingir” (Stuart-Hamilton, 2008: pág. 22).

A velhice tem como característica incontornável o declínio, geralmente físico, que leva a alterações sociais e psicológicas, sendo um processo ininterrupto que influencia inevitavelmente o contexto social do indivíduo (Squire, 2005). Mas, actualmente, a imagem social da velhice assenta numa base algo confusa entre o envelhecimento biológico e o envelhecimento social (Vaz, 2001).

1.1- Saúde /Doença

Existem vários modelos teóricos que definem a saúde e a doença, segundo diferentes concepções. Do ponto de vista biomédico, e considerando apenas as alterações na dimensão física ou biológica do indivíduo, a saúde é encarada como um estado de ausência de doença (Reis, 1998). Mas, segundo o modelo biopsicossocial, a saúde implica a interacção entre as dimensões física, mental, emocional (psicológica) e social e, como tal, não pode ser avaliada exclusivamente, numa ou apenas algumas das suas dimensões (Reis, 1998). Ainda assim, tendo em conta que o indivíduo é um ser biopsicossocial, alguns autores consideram pertinente desenvolver um conceito mais abrangente pelo que Reis (1998: pág. 40) defende que: *“Saúde é um bem-estar não só a nível físico mas mental e social, esse bem-estar que tem de ser visto nesta relação de equilíbrio entre o homem e o ambiente”*.

Importa salientar que a definição do conceito de saúde, tal como a maioria das definições, tem implícita a conjuntura social, económica, política, social e cultural e, principalmente, os valores individuais do autor. Outros factores interferem, igualmente na perspectiva do autor, nomeadamente a época, o lugar, a classe social, e as suas concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar, 2007).

Devido à multiplicidade de definições para “saúde” a Organização Mundial de Saúde universalizou o conceito definindo-o como: *“completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou de enfermidade”* divulgado na carta de princípios de 7 de Abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), que provocou o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e protecção da saúde (Scliar, 2007).

Os conceitos de doença e dependência surgem em contraposição ao conceito de saúde. No que concerne ao envelhecimento, dificilmente se conseguem dissociar estes dois conceitos porque à medida que o indivíduo avança na idade, maior é a probabilidade de surgirem doenças, que muitas vezes vão deixando sequelas irreversíveis (Branco, 2010).

Palavra originária do latim *“dolentia”*, doença significa “dor, padecimento”. Em geral, a doença é caracterizada como ausência de saúde, um estado que ao atingir um indivíduo provoca distúrbios das funções físicas e mentais. Pode ser causada por factores exógenos (externos, do ambiente) ou endógenos (internos, do próprio organismo) (Reis, 1998)

O modelo psicossomático define o conceito de doença como a ausência de saúde na presença de distúrbios físicos e mentais/emocionais (Reis, 1998). No entanto, a definição médica do conceito refere apenas como uma alteração no estado do corpo ou em alguns dos seus órgãos, interrompendo ou perturbando o desempenho das funções vitais (Apifarma, 2008). Esta definição reducionista tem sido alvo de críticas por várias ciências sociais porque não considera a influência que têm os elementos que contactam com o indivíduo (família,

amigos e outros com quem se relaciona), o meio onde está inserido, a sua cultura, e as consequências sociais decorrentes da situação de doença além das consequências biológicas, nomeadamente o isolamento, o preconceitos e outros (Backes, 2009).

1.2- O estado de dependência

Segundo Paschoal (2000), a dependência está presente ao longo de todo o percurso de vida. Existem três noções fundamentais que devem ser observadas quando se aborda a questão da dependência: (a) a multidimensionalidade que se reporta a vários domínios, nomeadamente físico, económico e social; (b) a multicausalidade (dependência por velhice) e (c) a multifuncionalidade, que considera a função adaptativa e/ou parte do processo de adaptação.

O estado de dependência revela a incapacidade física, psíquica ou intelectual que um indivíduo tem para satisfazer as suas necessidades básicas. Tal como refere o Conselho da Europa de 1998, dependência é um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes afim de realizar os actos correntes da vida diária (Batista, 2008). O apoio pode ser ao nível das actividades instrumentais da vida diária (AIVD) como: vestir, comer, fazer higiene pessoal ou deslocar-se, ou ao nível das actividades necessidades para o desenvolvimento pessoal e social sem limitações (AVD), favorecendo a integração e a participação social do indivíduo. O apoio está relacionado com o desenvolvimento de tarefas de ordem prática, como fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar, cuidar da própria saúde e manter a sua integridade e segurança (Batista, 2008 e Figueiredo, 2007). No mesmo enquadramento, Giddens (2000) refere que a dependência pode surgir como consequência natural do envelhecimento, mas pode estar associada a situações de deficiência, seja esta natural (malformações genéticas) ou adquirida. Pode ainda ser considerada como um estado provisório ou definitivo em que, por razões associadas à falta ou perda de autonomia, seja esta de origem física, psíquica ou/e intelectual, o indivíduo necessita da ajuda de terceiros para realizar actividades básicas quotidianas (CID, 2001).

O novo decreto-lei de 6 de Junho/2006, sobre a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, veio definir este conceito de uma forma mais abrangente e mais objectiva e descreve-o como: *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta 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 actividades da vida diária” (Dec. Lei nº101/2006:3857).

2- Portugal, um país em envelhecimento

A União Europeia tem mostrado um interesse crescente pelos cuidados de saúde e sociais, promovendo-se a definição de novas prioridades para a garantia do acesso a serviços existentes e para a adequação dos mesmos às mudanças sociodemográficas (Dias, 2009). Estas mudanças foram igualmente sentidas por países não pertencentes à União Europeia, pelo que, desde há vários anos, se vêm desenvolvendo estratégias para responder à crescente procura de cuidados de saúde (Lopes, 2010) através da criação e promoção de respostas adequadas para pessoas em situação de dependência, durante os vários estádios da doença/recuperação. Respostas essas facilitadoras da autonomia e da participação dos visados, reforçando as suas capacidades e competências, bem como das suas famílias, com uma nova forma de cuidados intermédios (entre a rede hospitalar e a comunidade), através da utilização de um modelo intersectorial que avalia e trata o indivíduo de uma forma holística e que intervém ao nível da saúde individual, social e familiar (Lopes, 2011).

Tal como a maioria dos países industrializados, a população portuguesa encontra-se num processo de envelhecimento progressivo. Apesar de apresentar uma percentagem mais baixa em relação a alguns países europeus, nas últimas décadas registou-se um aumento significativo da taxa de envelhecimento, com maior prevalência da população feminina mais idosa (Vaz, 2001).

Estudos realizados demonstraram que, no ano de 1993, por cada 100 jovens com idade inferior a quinze anos havia cerca de 79 indivíduos com mais de 65 anos de idade (Carrilho & Patrício, 2004). Já em 2000, por cada 102 idosos havia 100 jovens com idade inferior a 15 anos, sendo que em quatro anos, em 2004, esse valor aumentou para 110 idosos por cada 100 jovens (Carrilho & Patrício, 2007). Ou seja: entre 1993 e 2004 e tendo como referência o número de jovens com menos de quinze anos de idade houve um aumento de cerca de 13,9% da população idosa,

Entre 2001 e 2009, e tendo em conta a população residente em Portugal, a percentagem da população idosa em Portugal aumentou de 16,5% para 17,9% (Carrilho & Patrício, 2010). Nesse sentido perspectiva-se que esta tendência se manterá, estimando-se que em 2050 Portugal seja um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos, passando de 16,9%, no ano de 2001, para 31,9% no ano de 2050 (Carrilho & Gonçalves 2006). Em 31/12/2011, o total de indivíduos com mais de 65 anos era de 320 961 representando 20,3% da população total residente em território continental (UMCCI, 2012). Tendo em conta a evolução registada nas últimas três décadas (entre 1981 e 2010), em que a população idosa passou de 1,125 milhões para 1,881 milhões, tudo aponta para que o número de idosos atingirá os 2,1400 milhões em 2020. Este aumento representará 20,4% da

população total, correspondendo a um aumento de 87% nas últimas quatro décadas (INE, 2009).

O Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de 2011 refere que os dados recolhidos nos Censos 2011 permitiram verificar que, entre 2001 e 2011, houve um aumento significativo da população com mais de 65 anos revelando um total de 320,961 indivíduos (UMCCI, 2012). Situação que se confirma nos dados constantes no relatório da Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – 2011, que refere que em 31/12/2011, ao nível do território continental, 20,3% da população era idosa (MTSS, 2011). Perante a contingência de aumento da população idosa residente para 31,9%, em 2050, perspectiva-se que Portugal seja um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos (UMCCI, 2012).

Associado a este aumento, inevitavelmente deu-se o aumento das doenças crónicas. O índice de dependência total subiu de 48%, em 2001, para 52% em 2011, ou seja: em cada 100 indivíduos, 52 estarão dependentes. Este agravamento do aumento no índice de dependência total é resultante do aumento do índice de dependência de idosos, que, segundo relatório dos Censos 2011, só na última década aumentou 21% (INE, 2011).

No que se refere à dependência associada à velhice, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 estima que em 2016, em Portugal, mais de 5,2 milhões de pessoas deverão ser afectadas com pelo menos uma doença crónica e 2,6 milhões a sofrer de duas ou mais doenças crónicas, podendo mesmo haver cerca de 3% da população que sofra de cinco ou mais doenças crónicas. De igual modo, estima-se que em 2020, 10 em cada 100 indivíduos estará dependente para a realização das actividades da vida diária (AVD) (Campos, 2010). O aumento da proporção da população idosa e o decréscimo da população em idade activa tem, igualmente e por consequência, o agravamento do índice de dependência de idosos. As estimativas para 2007 apontavam por cada 100 indivíduos em idade activa a residirem no país, cerca de 26 seriam idosos, sendo que, em 2025 esse valor poderá ascender a 34 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa e 58 idosos por cada 100 indivíduos em 2050 (INE, 2006).

Em Portugal, tal como em outros países industrializados, a estrutura e dinâmica das famílias modificou-se devido às alterações demográficas, conduzindo à necessidade de criar recursos sociais de apoio que substituíssem as responsabilidades familiares e apoiassem no cuidado e acompanhamento dos idosos.

Esta alteração na estrutura familiar, em que as famílias alargadas passaram a ser nucleares, levou a que já não houvesse espaço, entre família, para os idosos. Cada vez mais os idosos vivem sozinhos e quando já não têm condições físicas e/ou psíquicas para tal, são

integrados em lares ou residências que, por sua vez, desempenham o papel da família (Barreto, 2002).

O aumento da percentagem de indivíduos com perda de capacidade e, conseqüentemente, as alterações do perfil da população, passaram a ser alvo de preocupação por parte das entidades governantes, levando à procura de novas soluções que respondam a esta problemática nas suas várias vertentes: saúde, social e económica.

Efectivamente, até este momento, as unidades hospitalares constituíam a única resposta/alternativa para as pessoas que se encontravam em situação de dependência e com necessidade de cuidados diferenciados, mesmo quando já não necessitassem de cuidados típicos de uma unidade de agudos. Estas ocorrências promoviam permanências excessivas nas unidades hospitalares, causando um impacto negativo não só ao nível da eficiência e capacidade de resposta a situações agudas, como em termos económicos, e para os próprios utilizadores, uma vez que permaneciam expostos a focos de infecção e outros eventos adversos à sua recuperação. Perante a evidência, era urgente a criação e promoção de respostas adequadas para pessoas em situação de dependência, durante os vários estágios da doença/recuperação. Segundo Lopes, essas respostas devem ser facilitadoras da autonomia e da participação dos visados, reforçando as suas capacidades e competências, bem como das suas famílias, com uma nova forma de cuidados intermédios (entre a rede hospitalar e a comunidade), aplicando um modelo de intervenção intersectorial que avalia e trata o indivíduo de forma holística, intervindo ao nível da saúde, ao nível social e familiar (Lopes, 2010). Nesse enquadramento, Ferreira (2001) acrescenta que a continuidade dos cuidados deve ser encarada como o elemento principal no processo de prestação de cuidados. Cuidados estes que devem ser não só de continuidade e diferenciados, e que devem ir para além dos cuidados imediatos prestados nas situações agudas e no contexto hospitalar, contemplando inevitavelmente a vertente social. Dias (2009) defende que este tipo de cuidados deve ser entendido como uma resposta, mais do que um recurso, para minimizar os resultados decorrentes da fragmentação e da descontinuidade da prestação de cuidados, uma das características actuais dos sistemas sociais e de saúde na Europa.

Existem publicados estudos observacionais que investigam as razões para excessivo protelamento de altas em meio hospitalar e relacionado com o acesso aos serviços da comunidade, nomeadamente demora no atendimento médico, bem como o papel crucial da atitude do clínico (Selker, H.P. et al, 1989; Carey M.R. et al, 2005; de Jong, J.D. et al, 2006). Várias intervenções foram adoptadas para reduzir estadias hospitalares desnecessárias, incluindo planeamento de alta associado a programas que favorecem a transferência para serviços de cuidados comunitários, nomeadamente lembretes para sensibilizar os médicos, auditorias periódicas para identificar e agir sobre razões para os protelamentos, o uso de listas

de verificação para a identificação das motivações da decisão dos médicos de referência. Estudos publicados que avaliaram estas intervenções no entanto, são principalmente observacionais (Setrakian, J.C. et al, 1999; Lagoe R.J. et al, 2005; Vanhaecht K et al, 2005) [7-9], ou são estudos aleatorizados, que avaliam o impacto das intervenções individuais em condições ou procedimentos específicos (Naylor M, et al, 1994; Marrie T.J, et al, 2000; Sulch D, et al, 2000; Kim MH, et al, 2002).

3- Políticas e respostas sociais e de saúde

As alterações estruturais resultantes da evolução da sociedade transformaram-na numa sociedade “trabalhista”, em que o tempo disponível para a família é cada vez menor, levando a uma acentuada procura de respostas sociais alternativas para o problema da velhice e da dependência (Giddens, 2000). Nesta evolução, a relação de partilha de responsabilidades entre o Estado e a família originou o aparecimento de um novo modelo que previa uma combinação dos recursos e dos meios utilizáveis pelo Estado, dos recursos familiares e do mercado ou, ainda, das iniciativas privadas (Fernandes, 2004).

Estas mudanças foram igualmente sentidas por países não pertencentes à União Europeia, que desde há vários anos vêm desenvolvendo estratégias para responder às crescentes necessidades de cuidados (Lopes, 2010). Em Portugal, as mudanças na estrutura da sociedade vieram revelar uma clara desadequação nas respostas sociais e de saúde no nosso país relativamente à nova realidade demográfica (Barreto, 2002).

Perante esta realidade era urgente mudar as políticas sociais existentes e criar novas respostas sociais, mais adequadas às necessidades desta nova sociedade. O campo das políticas sociais tem implícita a identificação do elemento social na dimensão política e contempla o bem-estar público, na satisfação das suas necessidades, contando, também, com a interferência das outras políticas consideradas não sociais. Esta articulação entre as várias políticas tem como objectivo viabilizar a sua concepção e a sua aplicação de acordo com a sua génese. De facto, as políticas sociais surgem como resposta do Estado às necessidades sociais, numa efectivação de garantia dos Direitos de Cidadania, através do acesso à prestação de bens e serviços em áreas fundamentais ao bem-estar humano e social (saúde, educação, habitação, entre outras) (Carreira, 1996).

As respostas sociais apresentam-se como um conjunto de medidas fundamentais, de natureza económica e social, emanadas de uma estratégia política que tem em vista promover o desenvolvimento equitativo das sociedades. Visam, essencialmente, a garantia do acesso das camadas mais vulneráveis da sociedade aos direitos fundamentais (educação, saúde e assistência social) consignados na lei, permitindo a promoção de melhor qualidade de vida, e atenuando as desigualdades promotoras de insegurança e de instabilidade social (MTSS, 2006).

O surgimento de novas políticas activas tem coadjuvado esta mudança de paradigma, apostando nos cuidados de continuidade, favorecendo o desenvolvimento de cuidados especializados e diferenciados, possibilitando as altas hospitalares de situações que apenas necessitam de reabilitação e tratamento continuado (Carvalho, 2012). Efectivamente, surgiram novas políticas e respostas sociais com o objectivo de responder à problemática do

envelhecimento e da dependência, simultaneamente em caso de necessidade, através de uma intervenção ampla e integrada. Na década de 70, surgiu um modelo que alargou os direitos de protecção social aos trabalhadores, principalmente no acesso de todos a pensões por limite de idade ou por incapacidade para o trabalho. No entanto veio a tornar-se num novo problema devido ao esforço financeiro a que o Estado ficou sujeito. Esta situação foi ultrapassada nos anos 80 através de transferência de responsabilidades, com a criação de instituições de carácter privado mas sem fins lucrativos (IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social, sem fins lucrativos). Esta nova concepção abrangeu também a área da saúde, da educação, da habitação e a criação de equipamentos para apoio à terceira idade (Vaz, 2001).

Perante a nova conjuntura demográfica e socioeconómica, o Estado Providência teve inevitavelmente de repensar a abordagem a esta problemática e criar novas respostas para substituir funções que anteriormente eram exercidas pelas famílias, não só pela mudança das características populacionais, mas também pela evolução da sociedade, que deixou menos tempo e menos capacidade para desenvolver essas funções, nomeadamente do cuidar dos idosos cada vez mais dependentes. No entanto, tal como Correia (2003) refere, Portugal continua a ser um dos países menos dotados de estruturas de apoio social e, sobretudo, de cuidados de saúde a pessoas dependentes e idosas. Consequentemente, e devido à insuficiência de respostas estatais, principalmente para os idosos, tem-se vindo a notar uma proliferação de lares lucrativos (José, Wall & Correia, 2002).

No que respeita a assistência à população idosa, em Portugal existem dois níveis de assistência distintos: um baseado na assistência social, no qual se enquadram as respostas no âmbito da Acção Social e Regimes, e outro reservado na área da saúde. Em termos de Acção Social, as respostas existentes reportam-se à disponibilização de equipamentos e instalações para acolhimento de pessoas idosas com, ou em risco, de perda de autonomia através da satisfação das necessidades básicas e de acompanhamento lúdico/recreativo/ocupacional. Ao nível da saúde, verifica-se a assistência na área da geriatria, mas esta apresenta ainda muitas limitações.

Nesse enquadramento, Barreto (2002) refere a evidente desadequação das respostas sociais e de saúde no nosso país relativamente à realidade sociodemográfica, nomeadamente no que respeita ao baixo valor das prestações sociais (incluindo reformas e complementos) e as deficiências no sistema de saúde (a eficácia no tempo de resposta e acesso a cuidados de saúde).

A nova estrutura demográfica e a urgência da criação de respostas específicas e abrangentes, tanto da velhice como da dependência, que contemplassem a prestação de

cuidados de saúde diferenciados e contemplassem a vertente social, foram factores decisivos que estão na génese dos Cuidados Continuados Integrados em Portugal.

3.1- Os Cuidados Continuados Integrados em Portugal

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) surgiram em Portugal após ter sido constituído, em 2005, um grupo de trabalho designado por Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, que teve por objectivo o desenvolvimento de estratégias que viessem a proporcionar soluções adequadas às novas necessidades da população idosa e/ou em situação de dependência ou de perda de autonomia. Esta estratégia visa a criação de condições para que as pessoas possam viver com mais saúde, tendo por suporte a operacionalização de políticas de saúde e sociais, assentes num modelo Integrado, em que se pretende a potencialização dos recursos existentes, numa complementaridade entre o sector social, privado e da saúde. Neste enquadramento, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), também designada por REDE, legislada pelo Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho (Dec-Lei n.º101/2006).

A REDE foi projectada para responder de forma mais eficaz e adequada a esta nova problemática, com base na implementação de novos serviços de promoção de continuidade de cuidados de saúde e de apoio social. Tem por missão a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade (Netto, 2002).

Com a criação da REDE, o conceito de “cuidado integrado” surge como um novo paradigma, com capacidade para apresentar soluções para diversos problemas criados pela divisão entre as áreas da saúde e dos serviços sociais (Dias, 2009). Segundo Ferreira (2011), e tendo em conta a definição emanada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são definidos como um conjunto de intervenções integradas de saúde e apoio social, baseadas numa avaliação conjunta e tendo por objectivo a recuperação total da pessoa. Neste processo, a pessoa é entendida como estando num processo terapêutico e de apoio social activo e contínuo. Ou seja, os CCI têm por objectivo promover a autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e da reinserção familiar e social (Ferreira, 2011).

Na concepção desta resposta social e de saúde, foram salvaguardadas as situações crónicas ou agudas de dependência e/ou deficiência, que podem surgir em qualquer momento da vida dos indivíduos. Como tal, têm acesso todos os indivíduos que por ausência ou perda

de autonomia psíquica ou intelectual, por falta 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, por ausência ou insuficiência de apoio familiar ou de outra natureza, são incapazes de realizar as suas actividades da vida diária (Dec. Lei n.º101/2006). Ou seja, o acesso não é exclusivo a pessoas idosas, mas sim para todos os indivíduos que se encontrem na situação descrita.

A REDE é tutelada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS), em parceria com diversas entidades prestadoras de cuidados. Estas entidades podem ser instituições, públicas ou privadas, nomeadamente Centros de Saúde, Instituições Particulares de Solidariedade Social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos, entidades privadas com fins lucrativos que, através da celebração de protocolos com o Estado, prestam cuidados continuados tanto no local de residência do utente, como em instalações próprias. (RNCCI, 2011). Estas instituições estão organizadas por unidades e equipas de cuidados continuados da área da saúde e social, com equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, e outros profissionais e prestam cuidados e acções paliativas (Dec. Lei n.º101/2006).

A REDE é coordenada a nível nacional com suporte ao nível regional pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR). Tem um carácter multidisciplinar e é composta por representantes das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSS), e pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL). Estas últimas são equipas dos centros distritais do Instituto da Solidariedade e Segurança Social (ISSS) e devem integrar pelo menos um médico, um assistente social e um enfermeiro, podendo facultativamente fazer parte integrante das mesmas, um representante da autarquia local. Quando se prevê a necessidade de cuidados ao nível de apoio social, a proposta é efectuada pelo responsável da área social da equipa de coordenação local da referida área.

As ECL articulam com as ECR, da respectiva região, assegurando o acompanhamento e a avaliação da rede ao nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência, sendo da sua competência proceder a uma apreciação e avaliação da situação de saúde e social do utente, e garantir o cumprimento dos critérios de referenciação e os requisitos obrigatórios. O acesso dos utentes à RNCC é possível através das ECL que asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência. As referenciações são comunicadas à ECL, através do médico de família e após avaliação criteriosa da situação do utente no âmbito da saúde bem como, da sua situação social.

O planeamento das altas hospitalares é da competência das Equipas de Gestão de Altas (EGA) que, quando reunidas as condições de transferência e, nomeadamente em caso de existência de vaga, comunicam com a equipa hospitalar e em simultâneo com a unidade que irá receber o utente. A EGA encontra-se sediada em hospital de agudos, é constituída por uma equipa hospitalar multidisciplinar, que deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social, e cujo objectivo é a preparação e gestão de altas hospitalares em articulação com outros serviços, para os doentes que necessitam de acompanhamento na área da saúde e social, seja com saída para o domicílio, seja para unidades de convalescença ou unidades de média duração e de reabilitação, existentes na área de influência hospitalar.

A referenciação ao nível da EGA processa-se através de uma plataforma via Internet denominada *GestCare CCI*: Aplicativo de Monitorização da RNCCI. A esta plataforma estão ligadas mais de 700 entidades, desde Centros de Saúde, Unidades Hospitalares e UCCI, entre outras (UMCCI, 2012)¹

Algumas das respostas da REDE obrigam à institucionalização, embora na maioria dos casos seja temporária. Netto (2002) refere que as respostas de internamento da REDE apresentam-se como um recurso necessário para muitas situações de saúde, tendo como objectivo atender às necessidades particulares dos indivíduos, sempre com vista ao bem-estar e à promoção da autonomia, de modo a reduzir ao mínimo o impacto que a situação de doença possa ter sobre a vida do indivíduo. Ou seja: *“Esta resposta é efectivada através de acções flexíveis mas que obrigam a técnicas e equipamentos específicos. Estas acções devem ter como objectivo principal o restabelecimento das situações de saúde, procurando o equilíbrio e a manutenção das capacidades dos idosos de modo a que estes, sempre que possível, possam retornar aos seus lares.”* (Netto, 2002:417-418).

3.1.1. As Unidades de Cuidados Continuados (UCCI)

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) apresentam-se como uma resposta à problemática dos cuidados de saúde em que existe dependência, para a qual não há outra resposta comunitária, assegurando cuidados de saúde de continuidade e diferenciados, para além dos cuidados imediatos prestados nas situações agudas em contexto hospitalar. Tal como Netto (2002) refere, é uma resposta que se efectiva através de acções flexíveis, que carecem de técnicas e equipamentos específicos, e têm como objectivo principal o restabelecimento das situações de saúde, procurando o equilíbrio e a manutenção

¹ Nota informativa nº8/UMCCI/2012 de 13/11/2012

das capacidades de modo a que os indivíduos, sempre que possível, possam retornar aos seus lares.

Quanto à vertente social, é considerada como uma resposta efectiva e orientada para a promoção da continuidade e personalização na prestação de cuidados e na promoção da autonomia dos utentes (Dias, 2009). Tem sempre como objectivo principal a recuperação global do indivíduo, sendo entendido como um processo terapêutico e social uno (RNCCI, 2006). As UCCI intervêm em vários estádios de doença. Daí a necessidade de ter respostas diversificadas que se coadunem com as situações específicas de cada utente. Nas unidades de internamento, o campo de actuação/intervenção é definido de acordo com as necessidades dos utentes, na área da saúde (RNCCI, 2006).

De modo a alcançar o objectivo da intervenção das UCCI, ou seja, a recuperação global do indivíduo (RNCCI, 2006), é indispensável a interacção e cooperação de profissionais das várias áreas. Estes devem ser devidamente preparados e vocacionados para uma compreensão global do utente, pelo que é fundamental a formação específica e com permanente actualização, de modo a que a intervenção interdisciplinar das equipas multidisciplinares se revele eficaz (Saúde, 2006; UMCSP, 2006).

Continua a ser fundamental a tomada de consciência de todas as partes intervenientes, sendo urgente a mitigação de fronteiras institucionais e profissionais, para o desenvolvimento de estratégias de actuação e para um funcionamento correcto em rede. Com a estruturação de um modelo de intervenção ajustado às necessidades particulares de cada indivíduo, numa forma mais preventiva e eficiente, minimizando as situações “agudas,” o modelo deve ser, preferencialmente, um modelo de acção integrado, formado por equipas com competências diversas e complementares, de modo a poder avaliar as necessidades dos utentes nas várias perspectivas (Dias, 2009).

3.1.1.1. Unidades de Internamento

O Decreto-Lei n.º 101/2006, publicado em 6 de Junho, definiu as tipologias das Unidades de Cuidados Continuados Integrados da REDE, evidenciando a especificidade de intervenção e campo de actuação das diversas unidades criadas, podendo estas serem de internamento, em ambulatório ou de resposta no domicílio.

Enquanto unidades de internamento, as UCCI dividem-se em quatro tipologias distintas, que, quando necessário, se podem articular num regime de complementaridade, para continuação da prestação de cuidados:

- As Unidades de Convalescença (UC) são unidades de internamento independentes, integradas em hospitais de agudos ou noutras instituições que estejam directamente

articuladas com um hospital de agudos. Prestam tratamento e supervisão clínica, de forma continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por uma situação clínica aguda, uma recorrência, ou uma descompensação de um processo crónico. Estas unidades têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, e que não necessita de cuidados do hospital de agudos. As unidades de convalescença destinam-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos, podendo coexistir com unidades de internamento de média duração e reabilitação. Os utentes destas unidades são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva (art.º 13º e 14º) (RNCCI, 2010-34).

- As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) são unidades de internamento localizadas em espaço físico próprio, articuladas com os hospitais de agudos, e prestam cuidados clínicos de reabilitação e apoio psicossocial, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável devido a situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo, ou descompensação de processo patológico crónico, e a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa. Os internamentos têm um período previsível superior a 30 dias e inferior a 90 dias (art.º 15º e 16º) (RNCCI, 2010-35). Os doentes que são admitidos nestas unidades provêm de outras respostas da REDE, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou do domicílio, caso necessitem de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

- As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) são unidades de internamento situadas em espaço físico próprio, que prestam apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para permanecer e/ou serem cuidadas no domicílio. Estas unidades têm por finalidade proporcionar cuidados específicos que previnam e retardem o agravamento das situações de dependência, privilegiando o conforto e a qualidade de vida. O período de internamento é superior a 90 dias consecutivos. Estas unidades pretendem responder a necessidades sociais e de saúde, maximizando a manutenção de aptidões para actividades de vida diária, facilitar a gestão das altas dos hospitais de agudos e promover a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes. Na sua maioria, são admitidos nestas unidades pela sua situação de dependência, por razões de doença ou de patologias associadas à idade necessitam de Cuidados Continuados Integrados. Os utentes podem vir de outras respostas da REDE, nomeadamente

de outras unidades de diferente tipologia, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou do domicílio (art.º 17º e 18º) (RNCCI, 2010-36)

- As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) são unidades de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizadas em hospitais, de modo a proporcionarem acompanhamento, tratamento e supervisão clínica. Na sua maioria, os doentes integrados nesta unidades têm uma situação clínica complexa, e de sofrimento, decorrente de doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva (n.º 1 do art.º 19.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). Não existe tempo de permanência pré-definido para estas unidades tendo em conta a complexidade das situações clínicas destes utentes (art.º 19º e 20º) (RNCCI, 2010).

3.1.1.2. Unidades em Ambulatório

De modo a dar apoio e respostas a situações que necessitam de cuidados continuados mas que não necessitam de internamento foram criadas unidades específicas que actuam em contexto exterior às UCCI e às unidades hospitalares.

- As Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA) prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e de apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas que, devido à sua situação de dependência, independentemente do nível em que se encontram, não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio (n.º 1 do art.º 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Estas unidades prestam cuidados de promoção da autonomia, desenvolvem actividades de manutenção e estimulação, cuidados médicos, de enfermagem, fisioterapia, psicossociais, de animação, alimentação e higiene pessoal (RNCCI, 2010).

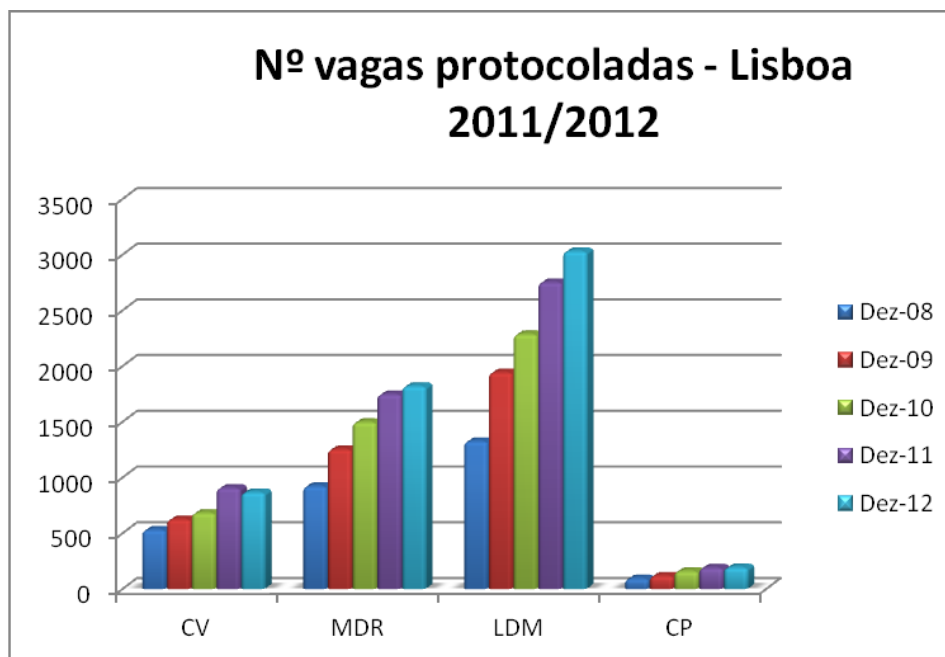
3.1.1.3. Unidades de resposta domiciliária

- As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são constituídas por equipas multidisciplinares, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que prestam serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, que não necessitam de internamento mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do art.º 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). As intervenções decorrem de uma avaliação integral ao nível dos cuidados médicos, de enfermagem, reabilitação e apoio social. Estas equipas asseguram cuidados médicos e de enfermagem de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, desenvolvem acções paliativas, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional e de educação para a saúde, e apoiam nas AVD e AIVD (RNCCI, 2010).

- As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) prestam serviços no domicílio a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença que não possam deslocar-se do domicílio, e que a sua situação clínica não requer internamento. Estas equipas são da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social (n.º 2 do art.º 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). São equipas multidisciplinares, com formação especializada em cuidados paliativos, com um médico e um enfermeiro. Avaliam o doente de forma integral, prestam serviço de apoio e aconselhamento, dão formação sobre o tratamento, fazendo a gestão e o controlo dos procedimentos realizados ao doente (RNCCI, 2010).

3.2- A RNCCI como resposta na área da saúde (2009/2013)

As respostas de internamento e contratação de camas da RNCCI surgem pela celebração de acordos de prestação de serviços com entidades privadas com fins lucrativos, com IPSS e com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Desde a entrada em funcionamento da REDE a nível nacional, que têm sido celebrados ou protocolos, o que se tem reflectido num aumento progressivo do número de camas disponíveis para novas admissões. Ou seja, ao longo de sete anos de funcionamento da REDE tem havido um alargamento considerável em termos do número de vagas protocoladas bem como em termos de abertura de novas UCCI. Este aumento de recursos tem sido acompanhado pelo número de utentes sinalizados para ingresso na REDE. O relatório trimestral da UMCCI, relativamente ao terceiro trimestre de 2012, refere que até 30/09/2012, foram referenciados para internamento nas diversas tipologias das unidades 129 105 utentes, tendo sido assistidos até essa data 97 251. Entre o ano de 2011 e o ano de 2012 houve um aumento significativo no número de utentes assistidos, passando de 32 713 para 39 663, num aumento anual de 12,1% (UMCCI-2012).



Fontes: UMCCI. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI, 2009; UMCCI; Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI, 2010; RNCCI. Implementação e Monitorização da RNCCI - Relatório Final Março, 2013.

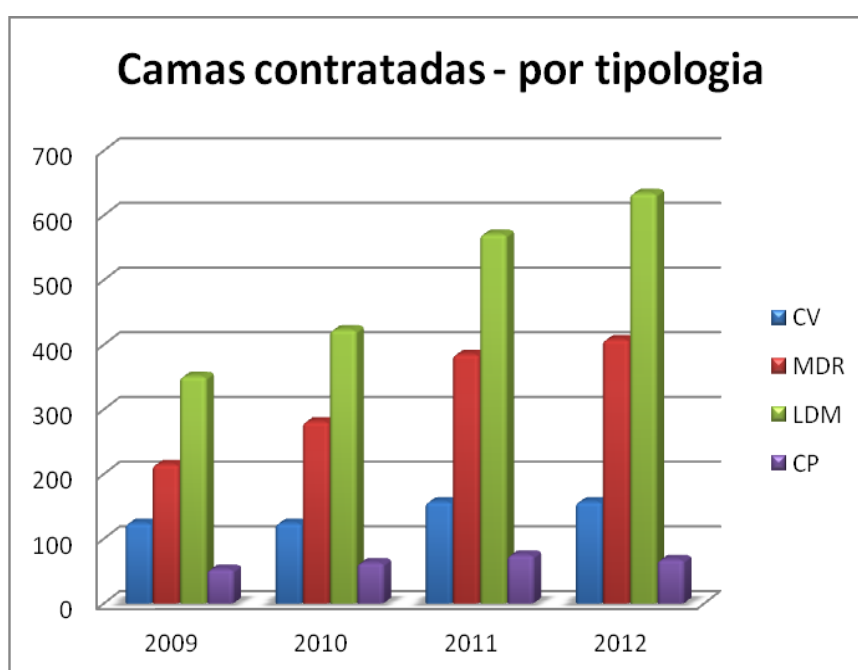
Figura 1: Evolução do número de vagas em Lisboa e Vale do Tejo de 2009 a 2012 (CV – convalescença; MDR – média duração e reabilitação; LDM – longa duração e manutenção; CP – cuidados paliativos)

Em 31/12/2009, o número de camas de internamento contratadas e em funcionamento, em todo o país era de 3 938, distribuídas pelas diversas tipologias (UMCCI, 2010). A 31/12/2010 já havia 4 625 camas abrangidas por protocolo. Ou seja: entre 31/12/2009 e 31/12/2011 verificou-se a inclusão de 970 novas camas de internamento, o que resultou num crescimento de 21% na capacidade de resposta, sendo o valor superior ao registado nos anos 2009-2010, que tinha sido de 17,40% (UMCCI, 2012) (Figura 1). Até ao fim do primeiro semestre de 2012, foram contratadas mais 353 camas. Apesar de não ter havido aumento no número significativo de camas protocoladas em unidades de convalescença, houve um crescimento no total das tipologias 1,9%. O número total de camas contratadas e em funcionamento até 30/06/2012 era de 5 948 (UMCCI, 2012). Em termos absolutos, de 1/1/2010 até 30/06/2012 houve um aumento total de 2 010 novas camas para internamento (Figura 1).

Em resumo, pode-se então verificar que neste intervalo de dois anos e meio (31/12/2009 e 30/06/2012) foram contratadas 1 657 novas camas, em todo o país, o correspondente a um aumento de médio anual de 670 camas.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo, até 31/12/2009 foram contratadas 743 camas de internamento, sendo que 124 estavam em UCV, 215 em UMDR, 351 em ULDM e 53 em CP (UMCCI, 2010). Em 2010, o número de camas contratadas aumentou para 891, estando

distribuídas por 124 camas em CV, 281 em UMDR, 423 em ULDM e 63 em CP (RNCCI, 2013). Até 31 Dezembro de 2011, este número aumentou para 1 188 camas contratadas e em funcionamento, sendo 157 em unidades de convalescença, 385 em unidades de média duração, 571 em unidades de longa duração e 75 em unidades de cuidados paliativos (RNCCI, 2013). Em 31/12/2012 o número de camas em funcionamento passou a ser de 1 267, correspondendo a 157 em UCV, 408 em UMDR, 634 em ULDM e 68 em CP (RNCCI, 2013). Desde 1/01/2010 até 30/06/2012 verificou-se um aumento efectivo de 536 camas de internamento (RNCCI, 2013). No entanto, verificou-se também que foram celebrados novos acordos, onde foram assinados protocolos para 44 novas camas (Figura 2).



Fontes: UMCCI. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI 2009; UMCCI; Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI 2010; RNCCI. Implementação e Monitorização da RNCCI -Relatório Final. Mar.2013

Figura 2: Evolução do número de vagas em Lisboa e Vale do Tejo de 2009 a 2012 (CV – convalescença; MDR – média duração e reabilitação; LDM – longa duração e manutenção; CP – cuidados paliativos)

Em suma, desde o início do funcionamento da REDE e até ao final de 2012, na região de Lisboa e Vale do Tejo foram contratualizadas 1 323 camas para as quatro tipologias de internamento (RNCCI, 2013).

3.2.1- Altas clínicas e prolongamentos

Como referido anteriormente, a nova realidade sociodemográfica deixou visível a incapacidade de resposta devidamente adequada e atempada, havendo necessidade de criar novas respostas ao nível dos cuidados de saúde. Cuidados estes que deveriam ser de continuidade e diferenciados, para além dos cuidados imediatos prestados nas situações agudas e no contexto hospitalar, contemplando também a vertente social.

Cada vez mais as unidades hospitalares constituíam a única resposta/alternativa para as pessoas que se encontravam em situação de dependência e com necessidade de cuidados diferenciados na área da saúde. Por falta de resposta adequada, os utentes permaneciam nos hospitais mesmo quando não tinham critérios para aí se manterem. Este prolongamento provocava impactos negativos não só ao nível da eficiência e capacidade de resposta a situações agudas, como em termos económicos, e para os próprios uma vez que permaneciam expostos a focos de infecção e outros eventos adversos à sua recuperação.

Esta situação era perceptível através da falta de camas disponíveis para novos internamentos e sobre a qual o relatório final do grupo técnico para a Reforma Hospitalar de 2011, refere objectivamente que a inexistência de camas de cuidados continuados foi, durante várias décadas, motivo da permanência inapropriada de doentes nos hospitais de agudos. Não era, nem é, a única causa, mas poderá ser uma das causas principais. A criação da RNCCI veio, em 2006, responder ao problema da utilização inapropriada do internamento hospitalar, colmatando necessidades de saúde e de natureza social, decorrentes do envelhecimento populacional (RNCCI 2013).

3.2.2. Os constrangimentos das altas

Se, por um lado, a criação da REDE veio proporcionar respostas mais adequadas às novas problemáticas e “aliviar” os hospitais de agudos com a criação de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, libertando camas e diminuindo a despesa orçamental da saúde, na realidade estas unidades actualmente deparam-se com um novo problema: o de terem de protelar as altas clínicas dos doentes por questões que vão além da condição de saúde que lhes deu acesso à admissão nas unidades, nomeadamente por falta de respostas adequadas às necessidades dos mesmos ao nível social.

O Relatório de Abril/2010 da Rede Nacional de Cuidados Continuados apresentou diversas conclusões quanto ao desempenho da REDE, das quais destacamos a necessidade de cobrir as necessidades não atendidas e de apostar no desenvolvimento de respostas

domiciliárias (ECCI) e ambulatoriais (Unidades de Dia e Promoção da Autonomia – UDPA), de modo a potenciar o regresso dos utentes ao domicílio (UMCCI-2010-44).

Após dois anos, esta situação começa a ser alvo de real preocupação, sendo perceptível no Relatório Final de Implementação e Monitorização da RNCCI, de 2013, a insuficiência de vagas em lares, nomeadamente em IPSS, como um dos factores que bloqueiam a alta de doentes integrados nas UCCI através da Rede, promovendo o estrangulamento ao nível da rede social e da RNCC, que por sua vez tem repercussões a nível hospitalar, nomeadamente através do bloqueio da alta de doentes (RNCCI 2013).

Já o relatório trimestral da UMCCI, relativamente ao terceiro trimestre de 2012, refere que desde o início do funcionamento da REDE até 30/09/2012, foram referenciados para internamento nas diversas tipologias das unidades 129 105 utentes, tendo sido assistidos até essa data 97 251. Entre o ano de 2011 e o ano de 2012 houve um aumento significativo no número de utentes assistidos, passando de 32 713 para 39 663, num aumento anual 12,1% (UMCCI-2012).

Não obstante até ao final de 2012, só na região de Lisboa, terem sido contratualizadas 1 323 camas, distribuídas pelas quatro tipologias de internamento, revela-se urgente o acompanhamento deste crescimento igualmente ao nível das respostas institucionais de nível social, bem como melhor apoio aos cuidadores, com o fortalecimento dos serviços da comunidade, incluindo a área da saúde, de modo a garantir a continuidade dos cuidados bem como permitir mais celeridade na capacidade de resposta das UCCI (UMCCI-2012-44).

Um dos objectivos da RNCCI até 2016 é ter em funcionamento 2 787 unidades de convalescença, 3 171 unidades de média duração, 8 220 unidades de longa duração e 350 unidades de cuidados paliativos. Segundo o Ministério da Saúde, este aumento representará um acréscimo de cerca de 10 mil postos de trabalho aos 40 mil já alocados à prestação de cuidados no âmbito da RNCCI (Nogueira, 2009).

O adiamento da alta por motivos não clínicos tem por efeito a não realização dos objectivos pré-acordados, por parte das UCCI, com o Ministério da Saúde / Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em termos de cumprimento de datas de alta clínica, nas diversas tipologias da UCCI, inviabilizando a entrada de novos utentes.

Actualmente percepção-se um crescente congestionamento nas tipologias de Média e Longa Duração, o que promove, por parte das entidades sinalizadoras, a referenciação inadequada de utentes, como forma de forçar uma resposta atempada.

Esta é uma realidade com que os profissionais de saúde lidam diariamente, principalmente quando confrontados com a entrada de utentes nas unidades, referenciados em tipologias inadequadas e quando os utentes questionam sobre a sua permanência na

Unidade. Neste sentido, o crescimento de vagas contratadas da RNCCI deveria ser acompanhado pelo crescimento de respostas institucionais a nível social, e do fortalecimento dos serviços domiciliários de saúde e de apoio social, de modo a possibilitar uma resposta de continuidade de cuidados (RNCCI, 2013).

Apesar de até ao momento, terem sido elaborados vários relatórios e estudos sobre o funcionamento e sobre as capacidades da REDE, não se conhece informação nem estudos específicos sobre os determinantes sociais que condicionam as altas clínicas nas Unidades de Cuidados Continuados, como factores que influenciem a operacionalidade das altas e promovam o estancamento de novas admissões nas unidades.

3.3. Respostas sociais na velhice e na dependência

Tal como referido anteriormente, a mudança das características populacionais e a evolução da sociedade deixou menos tempo e menos capacidade às famílias para cuidar dos idosos, cada vez mais idosos e dependentes, pelo que o Estado Previdência teve de criar respostas adequadas e acessíveis a um novo tipo de necessidades (Ferreira, 2011).

De modo a possibilitar uma maior abrangência dos equipamentos sociais ao nível das áreas de intervenção, tem havido alguma preocupação quanto à implementação de novas respostas sociais. Para tal tem sido considerado o padrão de distribuição da população de modo a que, em áreas mais populosas, o número de respostas seja mais aproximado às reais necessidades. O mesmo critério é válido para as áreas menos populosas (UMCCI, 2010).

O surgimento das instituições sem fins lucrativos como recurso, através da prestação de serviços sociais que anteriormente era da responsabilidade do Estado, veio em parte, responder a essa necessidade. Tendo uma finalidade não lucrativa, são constituídas pela iniciativa de particulares e têm como objectivo facultar respostas de acção social, nomeadamente no apoio a crianças e jovens e famílias. Estão direccionadas para promover e proteger pessoas em situações de fragilidade social, actuando em áreas como a saúde, habitação, social e/ou educação (Carvalho, 2005).

Através de equipamentos e prestação de serviços, bem como o estabelecimento de parcerias e projectos, as IPSS desempenham um papel relevante na resolução das carências sociais das populações. Em termos práticos e devido à celebração de acordos de cooperação, as IPSS funcionam como instituições semi-públicas porque, além de receberem apoios económicos, a sua prestação de serviços é supervisionada pelo Estado.

Estes equipamentos intervêm na área social e da saúde, e das várias respostas que apresentam na área da velhice e dependência, destacam-se as Estruturas Residenciais para

Idosos (ERPI), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e as Unidades de Apoio Domiciliário Integrado (UADI).

Para uma visão mais objectiva sobre algumas das respostas sociais existentes na área da velhice e da dependência e a sua evolução nos últimos anos, é essencial a consulta aos dados constantes na Carta Social. A Carta Social, no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, dá a conhecer as respostas sociais em funcionamento no território nacional, indicando equipamentos e entidades de suporte, tipo de resposta e localização geográfica. A actualização da informação constante na Carta Social tem por base a participação das entidades que desenvolvem respostas sociais no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos, e a colaboração dos serviços do Instituto de Segurança Social, IP, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e da Casa Pia de Lisboa (Carta Social, 2013).

3.3.1- IPSS: Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) como resposta social

Para um melhor entendimento sobre o campo de intervenção das respostas sociais que nos propusemos analisar, considerou-se pertinente uma breve definição de alguns conceitos (MTSSS, 2011).

A Carta Social do MTSS (2011) define uma Estrutura Residencial para Idosos, como *“o estabelecimento para alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos”*.

Actualmente, esta versatilidade das ERPI possibilita a admissão de pessoas com diversos graus de autonomia e dependência e permite uma opção de escolha mais alargada aos utentes.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é mais direccionado para pessoas com limitações no desenvolvimento das suas Actividades da Vida Diária (AVD). Nesse sentido apresenta-se como uma *“resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária”* (MTSSS, 2011). Este serviço é prestado no domicílio do utente.

As Unidades de Apoio Domiciliário Integrado (UADI) são formadas por equipas multidisciplinares, que prestam vários tipos de cuidados, passando pela área da saúde (cuidados de enfermagem, fisioterapia, apoio psicológica, médico) e pela área social (a intervenção tem por base uma avaliação técnica social, feita por Assistentes Sociais). Nesse sentido define-se como *“Resposta que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana* (MTSSS, 2011). Relativamente às respostas para pessoas em situação de dependência, nas suas várias áreas, há variações diferenciadas. Por um lado o ADI mantém um nível de crescimento elevado, enquanto a UAI tem uma evolução menos significativa, revelando um ligeiro decréscimo que pode estar associado à sua reformulação em determinadas unidades da REDE (MTSS, 2011).

Apesar de ter sido feita uma breve caracterização do que são as UADI, não foram consideradas neste estudo para efeitos de análise estatística porque, apesar de terem a vertente de apoio social, são do âmbito da saúde, tuteladas pelo Ministério da Saúde, e as suas equipas estão sediadas nos Centros de Saúde locais.

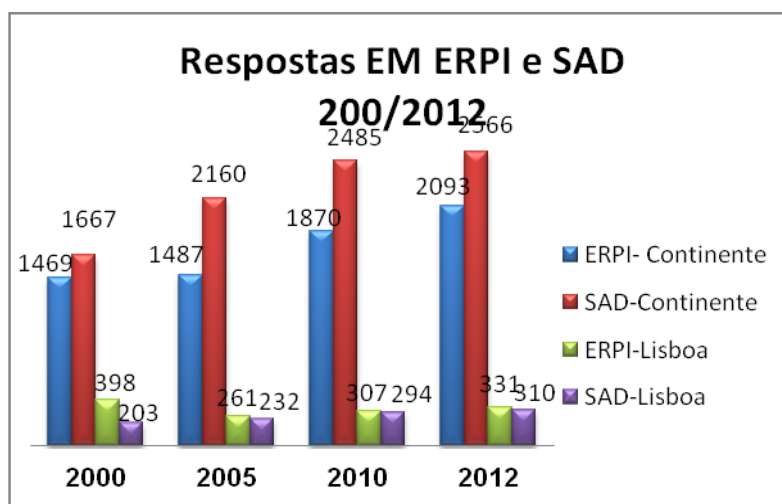
Os dados que seguidamente se apresentam foram obtidos directamente da Carta Social, do MTSS e referem-se ao período entre 2000 e 2012. Têm por objectivo, por um lado demonstrar a evolução do número de respostas das IPSS nas valências anteriormente referidas e por outro, a consequente evolução da capacidade das IPSS (número efectivo de vagas). Foram analisados os dados referentes a Portugal Continental e, paralelamente, do distrito de Lisboa.

- Entidades com respostas de ERPI e SAD

Em Portugal Continental, no ano de 2000 o número de instituições com resposta social na valência de ERPI era de 1 469. Entre 2000 e 2005 este número subiu para 1 487, não tendo um acréscimo significativo (0,6%). De 2005 até 2010 verificou-se o maior aumento, 25,8%, correspondente a um total de 1 870 respostas activas. Este valor continuou a subir e em 2012 já havia 2 093 respostas, o que representou um aumento de 11,9% comparativamente com o ano de 2010. Em suma: entre 2000 e 2012 verificou-se um aumento de 42,5% o que representa a inclusão de 624 novas respostas sociais de ERPI.

Relativamente ao aumento de entidades (IPSS) prestadoras de SAD, no ano de 2000 estavam registadas 1 667. Este número aumentou para 2 160 até 2005, representando um crescimento de 29,6%. Entre 2005 e 2010 registou-se um acréscimo de 15% referente a 325

entidades. No entanto, entre 2010 e 2012 apenas se registaram 81 novas entidades o que representou um aumento de 3,3%.



Fonte: GEP, Carta Social – <http://cartasocial.pt>

Figura 3: Evolução do número de respostas nas valências de ERPI e SAD, entre 2000 e 2012, em Portugal Continental e no distrito de Lisboa.

Analisando especificamente o distrito de Lisboa (Figura 3)., verificou-se que no ano de 2000 o número de instituições com valência de ERPI era de 398. Entre 2000 e 2005 este número diminuiu para 261, traduzindo-se num decréscimo relevante de 52,5%. Desde 2005 até 2010 verificou-se o aumento de 17,6% correspondente a um total de 307 respostas activas. Este valor continuou a aumentar e em 2012 havia 331 respostas, o que significou um aumento de 7,8% comparativamente com o ano de 2010. Ou seja: comparativamente com o ano de 2000, em 2012 havia 67 novas entidades, o que representou um aumento total neste período de 20,2% (Figura 3).

Relativamente ao aumento de entidades (IPSS) prestadoras de SAD (Figura 3)., no ano de 2000, em Portugal Continental, estavam registadas 1 667. Este número aumentou para 2 160 entre 2000 e 2005, representando um crescimento de 29,6%. Entre 2005 e 2010 registou-se um acréscimo de 15% referente a 325 novas entidades. No entanto, entre 2010 e 2012 apenas se registaram 81 novas entidades o que representou um aumento de 3,3%.

Em termos objectivos verificou-se que entre 2000 e 2012 o número de entidades prestadoras de SAD aumentou de 1 667 para 2 566, correspondente a 899 novas respostas, o que significou um aumento total de 53,9% (Figura 3).

No distrito de Lisboa, em 2000 estavam registadas 203 entidades. No ano de 2005 já havia 232 entidades, o que indica um crescimento de 14,3%. Entre 2005 e 2010, o número aumentou para 294, o que corresponde a um aumento de 26,7%. Entre 2010 e 2012 registou-se um desaceleramento no acréscimo progressivo dos últimos anos, com apenas 16 novas

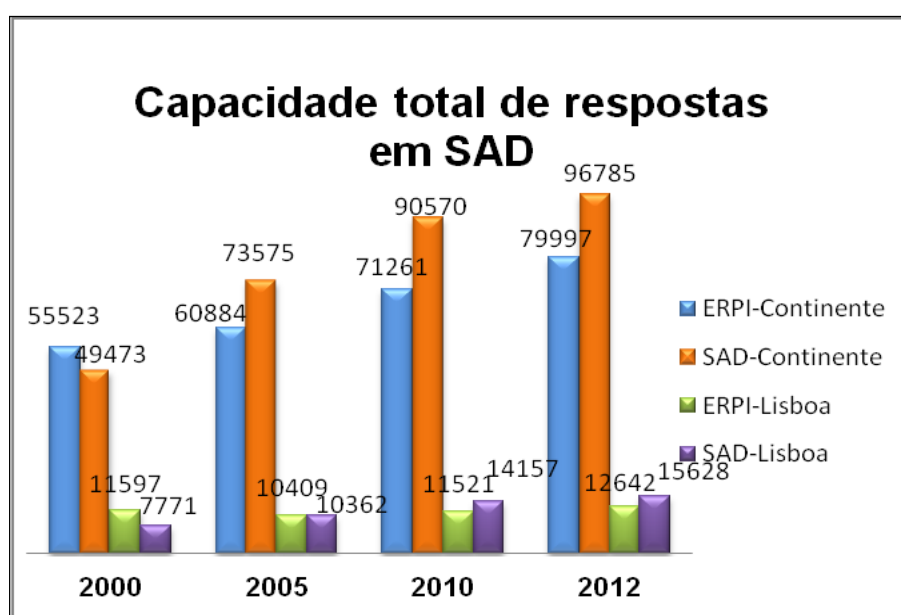
entidades (5,5%). Ou seja: entre 2000 e 2012 registou-se um aumento de entidades prestadoras de SAD de 52,7% (107), no distrito de Lisboa.

- Capacidade de resposta das entidades nas valências de ERPI e SAD

Tendo em conta os dados anteriormente apresentados, analisou-se a capacidade de respostas das IPSS. Esta capacidade de resposta refere-se ao número de vagas existentes e disponíveis em cada valência.

No ano de 2000, em Portugal Continental, a capacidade de resposta das IPSS relativamente à valência de ERPI era de 55 523. Entre 2000 e 2005 este número subiu para 60 884, revelando um acréscimo de 9,6%. De 2005 até 2010 verificou-se um aumento mais significativo, de 17% correspondente a um total de 71 261 respostas activas. Entre 2010 e 2012, apesar de não ter sido tão significativo como no período anterior, houve um aumento de 736 vagas, o equivalente a 12,2% de crescimento efectivo. De facto, entre o ano de 2000 e o ano de 2012 verificou-se um aumento de 44% o que corresponde a 24 474 vagas em ERPI.

Relativamente à capacidade de resposta em SAD, no ano de 2000 era de 49 473 vagas. Em 2005 já havia disponíveis 73 575 vagas, correspondendo a um crescimento de 22,9%. Entre 2005 e 2010 registou-se novo aumento de 23,1% dado a capacidade de resposta ter passado para 90 570 vagas. Em 2012 já havia capacidade de resposta para 96 785 utentes o que indicou um aumento de 6,8%. Resumindo: entre 2000 e 2012 verificou-se um aumento total de 24 474 vagas, correspondente a um crescimento total de 12,2%.



Fonte: GEP, Carta Social – <http://.Cartasocial.pt>

Figura 4: A capacidade de resposta em ERPI e SAD traduz-se no número de vagas existentes nas valências de ERPI e SAD, entre 2000 e 2012, em Portugal Continental e no distrito de Lisboa

No distrito de Lisboa, em 2000 havia 11 597 vagas (Figura 4). No entanto, entre o ano de 2000 e o ano de 2012 verificou-se uma redução de 1 188 vagas, correspondente a menos 11,4%. Entre 2005 e 2010 voltou a registar-se um aumento de 10,6%, correspondendo a 1 112 novas vagas. De 2010 até 2012 voltou a registar-se um aumento, embora inferior ao período anterior, de 1 121 novas vagas (9,7%).

Verificou-se então que, entre 2000 e 2012 houve um aumento total de 1 112 vagas, o que corresponde a um crescimento total de 9%.

Em relação à capacidade de resposta ao nível de SAD (Figura 1), no ano de 2000, em Portugal Continental, havia capacidade de resposta para 49 473 utentes. Entre o ano de 2000 e 2005, este número aumentou para 73 575 representando um crescimento de 22,9%. De 2005 a 2010 registou-se um acréscimo de 23,1% devido ao surgimento de 17 005 novas vagas. No entanto, entre 2010 e 2012 registaram-se mais 6 215 vagas o que representou um aumento de 6,8%.

Em termos concretos, verificou-se que entre 2000 e 2012 o número vagas em SAD aumentou de 49 473 para 96 785, significando 17 312 novas vagas, o correspondente a um aumento total de 95,6%.

No distrito de Lisboa, relativamente ao ano de 2000 há registo de 7 771 respostas em SAD. Em 2005 já havia 10 362 vagas, o que indica um crescimento de 33,3%. Entre 2005 e 2010, o número aumentou para 14 157, correspondendo a um aumento de 36,5%. Entre o ano de 2010 e o ano de 2012 registou-se um acréscimo menor do que nos anos anteriores, verificando-se no entanto a existência de 1 471 novas vagas (10,4%). Em resumo registaram-se no distrito de Lisboa entre 2000 e 2012, 7 857 novas vagas em SAD, correspondentes a um aumento de 101% (Figura 4).

Capítulo II – Finalidade e objectivos do estudo

As características da REDE são específicas de Portugal. A RNCCI veio colmatar uma lacuna existente no Serviço Nacional de Saúde português: a falta de respostas adequadas para pessoas que necessitavam de continuar a receber cuidados de saúde e que já não reuniam critérios para manter o internamento nos hospitais de agudos.

No entanto, a saída das UCCI, imediatamente após as altas clínicas, apresenta algumas dificuldades, o que se torna um obstáculo à admissão de novos utentes provenientes da REDE. O adiamento da alta por motivos não clínicos tem por efeito que algumas unidades não consigam realizar os objectivos pré-acordados com o Ministério da Saúde / Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em termos de cumprimento de datas de alta clínica, nas diversas tipologias da UCCI, o que inviabiliza a entrada de novos utentes.

Esta situação levou-nos a indagar sobre a existência e operacionalidade de respostas de continuidade para os utentes quando já não têm critérios clínicos que justifiquem a sua permanência em internamento.

Tal como já referido, a área dos cuidados continuados integrados é recente, estando ainda em fase de implementação. Apesar de, até ao momento, terem sido elaborados vários relatórios e estudos sobre o funcionamento e sobre as capacidades da REDE, não existe informação sobre os determinantes sociais que condicionam as altas clínicas nas Unidades de Cuidados Continuados, e que, portanto, promovem o estancamento de novas admissões nas unidades. Ou seja: ainda não existem muitos estudos sobre o funcionamento e capacidades da REDE e os que existem (sobre a REDE) não estão direccionados para esta problemática.

A escolha do tema – Determinantes sociais da alta clínica em utentes da RNCC integrados na Unidade de Cuidados Continuados L Nostrum, SA – surge a partir das dificuldades sentidas no dia-a-dia, enquanto profissional, pela escassez de respostas para a problemática do envelhecimento da população e da necessidade de encontrar respostas sociais adequadas e de forma célere. Situação em agravamento devido às evidentes dificuldades de financiamento público da Segurança Social, pela redução drástica da população contributiva, e pelo grande aumento da população idosa e dependente. Factores que apontam claramente no sentido de ser urgente redefinirem estratégias e encontrar soluções ajustadas a esta nova realidade.

Para a produção de conhecimento é imprescindível a compreensão e interpretação de fenómenos que se pretendem estudar, considerando os seus significados e os contextos específicos em que ocorrem pelo que, nesta investigação, pretendeu-se explorar as relações

entre as variáveis percebidas de modo a dar-se uma imagem completa do fenómeno que se deseja estudar (Fortin, 2003). Por esse motivo pareceu-nos apropriado tentar estabelecer uma relação entre: o motivo do protelamento da alta dos utentes com alta clínica, a percepção dos profissionais de saúde e as respostas existentes adequadas às necessidades dos utentes, para uma qualificação da efectividade da alta. Para tal, pretendeu-se identificar determinantes que possam ser obstáculos às altas dos utentes da UCCI L Nostrum e, simultaneamente, aferir a percepção dos profissionais de saúde relativamente a estes determinantes como factores condicionantes da efectivação das altas.

Trata-se de um estudo exploratório e justifica-se a pertinência pela área temática implícita porque, tal como Sampieri (2006) defende, os estudos exploratórios geralmente realizam-se quando o objectivo principal é estudar um tema pouco estudado ou ampliar os estudos já existentes, com base em novas perspectivas. Foi com base numa nova perspectiva de examinar e aprofundar o conhecimento sobre esta área que se desenvolveu este estudo.

A presente investigação teve por base a seguinte pergunta de partida: “Será que existem determinantes não-clínicos que condicionam as altas da UCCI L Nostrum após a alta clínica do utente?”.

Sendo este um estudo exploratório, como explicado anteriormente, propusemo-nos analisar, em termos teóricos, dois fenómenos distintos mas, em termos práticos, complementares:

- c) A existência de factores condicionantes das altas da UCCI e,
- d) A percepção dos profissionais de saúde que contactam directamente com os utentes de modo a verificar até que ponto esta percepção é coincidente com os motivos apurados através da base de dados.

Em complementaridade, foi feito um levantamento das respostas sociais mais adequadas à problemática do envelhecimento e da dependência, constantes na Carta Social do MTSS.

O estudo teve por base as seguintes hipóteses:

- 1- Existem determinantes ao nível individual que obrigam ao protelamento das altas clínicas dos utentes da UCCI integrados através da REDE
- 2- Existem determinantes ao nível social que obrigam ao protelamento das altas clínicas dos utentes da UCCI integrados através da REDE
- 3- Existem determinantes ao nível institucional que obrigam ao protelamento das altas clínicas dos utentes da UCCI integrados através da REDE

4- Os profissionais de saúde com experiência de trabalho nas UCCI reconhecem a existência de obstáculos de natureza não clínica para o cumprimento das altas clínicas previamente definidas

No seguimento da construção da pergunta de partida e tendo sido formuladas várias hipóteses, importa definir os objectivos, gerais e específicos, de modo a operacionalizar o processo de investigação.

Objectivos Gerais

Os objectivos gerais são definidos para o projecto de forma global e tentam definir a intervenção e o papel de cada um dos intervenientes. Guerra (2002:163) elucidou que “os objectivos gerais descrevem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projecto, descrevendo as grandes linhas de trabalhos a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos”.

Neste estudo, o objectivo geral foi: identificar determinantes sociais que possam ser factores influenciadores e/ou condicionantes das altas clínicas na UCCI.

Para tal, e por tratar-se de um estudo de caso, foi necessário conhecer a estrutura organizacional da UCCI L Nostrum, entidade de acolhimento deste projecto de investigação, incluindo responsáveis e recursos humanos e as tipologias consideradas no protocolo realizado com a Administração Regional de Saúde (ARS) e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MTSS), bem como o perfil dos utentes da UCCI referenciados pela REDE.

Objectivos Específicos

Segundo Guerra (2002:164) “os *objectivos específicos* são *objectivos que exprimem os resultados que se esperam atingir e que detalham os objectivos gerais, funcionando como a sua operacionalização, são formulados em termos operacionais, quantitativos ou qualitativos, de forma a tornar possível analisar a sua concretização, sendo frequentemente considerados como metas*”. Estes objectivos diferem dos objectivos gerais porque são mais descritivos e objectivos em termos de espaço e tempo, definem metas a alcançar que se são passíveis de avaliação desde que, sempre que possível, sejam quantitativos.

Nesse sentido os objectivos específicos definidos para aferir a questão central do estudo foram:

- 1) Identificar factores não clínicos que condicionaram as altas dos doentes da UCCI L Nostrum, S.A, nas tipologias de Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, após a alta clínica, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2012.
- 2) Caracterizar a percepção dos profissionais de saúde quanto aos determinantes que condicionam as altas dos utentes da UCCI L Nostrum, após alta clínica.
- 3) Identificar respostas sociais adequadas aos utentes da UCCI após a alta clínica.

Em síntese: o interesse pela realização deste estudo resultou da tomada de consciência sobre: i) a pertinência em reflectir sobre a existência de determinantes sociais que possam condicionar as altas clínicas na UCCI, ii) aferir as percepções que os profissionais de saúde da UCCI têm sobre os factores que condicionam as altas clínicas dos utentes e iii) saber de que modo esses factores podem limitar a capacidade de resposta da UCCI por falta de vagas disponíveis nos prazos previstos pela REDE.

Antevê-se que a caracterização da necessidade e da importância das respostas sociais adequadas, num sistema de *follow-up* aquando das altas clínicas nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, permitirá que as mesmas funcionem e respondam de acordo com a sua missão. Nesse sentido, a finalidade deste estudo é contribuir para um melhor conhecimento de factores que condicionam a saída dos utentes das UCCI's, tendo em linha de conta a percepção dos profissionais sobre esta matéria e a adequação das respostas sociais perante as altas clínicas das UCCI's. Esta finalidade parte da expectativa de que os resultados obtidos venham proporcionar uma maior compreensão sobre esta problemática, levando à implementação de estratégias de melhoria benéficas aos vários intervenientes.

Capítulo III – Métodos

A metodologia e a investigação estão profundamente ligadas, devendo estas ser bem articuladas entre si, porque se a reflexão metodológica estiver autonomizada das práticas concretas da investigação pode vir a transformar-se numa especialidade desligada do trabalho de investigação efectivo (Albarello, 1997).

A concretização dos objectivos só é possível através da utilização de uma metodologia adequada e viável tal como refere Giddens (2000: pág. 636) *“Para atingir estes objectivos, temos de conhecer os métodos de investigação mais úteis para um dado estudo e a melhor forma de analisar os seus resultados”*.

Seguindo a perspectiva de Fortin, neste capítulo apresenta-se “o plano geral da investigação” ou “o desenho da investigação”. Ou seja, ao longo deste capítulo descreveram-se os procedimentos que escolhemos para tentar dar resposta às questões e hipóteses que elaborámos, nomeadamente o tipo de estudo, a população e amostra constituída, as características dos instrumentos de recolha de dados, os procedimentos adoptados na colheita de dados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados e por fim, os aspectos éticos da investigação (Fortin, 2003).

Neste projecto de investigação, os métodos de investigação foram escolhidos em função dos objectivos da investigação

Desenho da investigação

O estudo seguiu um desenho observacional transversal descritivo. É observacional porque *“tratou-se de uma intervenção indirecta, sem a presença ou intervenção directa dos indivíduos estudados”* (Robertis, 2003: pág. 90). Ou seja, este trabalho passou pela organização de espaço e tempo, de documentação, programação e planificação de intervenções directas, relacionadas com o processo de investigação, tendo tido a colaboração de duas profissionais da UCCI para a aplicação dos questionários.

“O processo de investigação envolve uma série de passos distintos, indo desde o início da pesquisa até à altura em que são publicadas as suas descobertas ou disponibilizadas sob a forma escrita” (Giddens, 2000: pág. 637). O processo de investigação iniciou-se com uma revisão narrativa da literatura, incluindo pesquisa electrónica na PubMed e na B-on, de modo a aprofundar o tema do “envelhecimento e dependência”, o “fenómeno do envelhecimento humano e demográfico” e sobre a “RNCCI” e as “respostas sociais”, de forma

a contribuírem para o enriquecimento e clarificação essencial para um melhor aprofundamento das temáticas abordadas.

Nesta fase inicial foi solicitada autorização à Unidade de Cuidados Continuados L Nostrum autorização para realização do estudo, que deu concordância após aval positivo da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados (UMCCI).

A UCCI L Nostrum situada na Encarnação, Mafra, no distrito de Lisboa é a única unidade no distrito de Lisboa que tem disponíveis as quatro tipologias de internamento previstas e em articulação com a REDE. O motivo de escolha desta unidade teve duas razões distintas:

1ª- A UCCI L Nostrum da Encarnação é uma unidade de referência: pois é a única unidade no distrito de Lisboa que abrange as quatro tipologias de internamento da REDE. Uma abrangência que se traduz num número alargado de camas protocoladas, e numa vasta equipa multidisciplinar, com o objectivo principal de investir nas várias áreas do bem-estar e da promoção da autonomia.

2ª- Por questões profissionais e cordiais, relacionadas com as boas relações institucionais entre a UCCI L Nostrum e o serviço de acção social onde a investigadora trabalha, como técnica de acção social.

Após a identificação de todos os utentes, foram seleccionados os que preenchiam os critérios de inclusão: todos os utentes integrados na UCCI L Nostrum, através da REDE, que tiveram alta da UCCI entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2012, nas tipologias de convalescença, média e longa duração, e que estiveram em situação de protelamento de alta por razões não clínicas. Posteriormente, procedeu-se à recolha dos dados individuais desses utentes seleccionados, através da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - "Gestcare CCI", para obtenção de informação sociodemográfica de cada doente elegível: sexo, idade, estado civil, características sociais (rede familiar), demográficas (naturalidade, área de residência), e a sua situação clínica no que se refere ao estado de dependência.

Seguidamente foram administrados questionários aos profissionais de saúde incluídos no estudo, de modo a aferir a sua percepção quanto aos determinantes de incumprimento da data de alta clínica. A aplicação destes questionários, após a sua construção e validação pela UCCI, foi antecedida por um pré-teste, realizado por três profissionais de saúde externos à unidade. O pré-teste teve como objectivo verificar se as questões estavam devidamente formuladas e se havia dúvidas quanto ao seu preenchimento, de modo a possibilitar efectuar alterações, caso se justificasse.

1- População, amostra e amostragem

Ander-Egg (1995) define o conceito de “universo” ou população (conceitos equivalentes) como sendo a totalidade de um conjunto de elementos, seres ou objectos que se ambiciona investigar e do qual se estuda uma fracção: a amostra. Ou seja: o universo de uma investigação é a totalidade de um grupo que se pretende estudar e sobre o qual se pretende tirar conclusões e a amostra é um subconjunto deste universo, que deve ser obtido (sempre que possível) de forma aleatória (condição imprescindível para a representatividade) de modo a ser representativa da mesma de acordo com parâmetros pré-definidos. No mesmo sentido, Fortin (2003) reforça que a população de um estudo corresponde ao grupo total de pessoas ou objectos que possuem em comum determinado conjunto de características estabelecidas pelo investigador.

Perante a condição essencial de homogeneidade, foram considerados dois universos distintos mas complementares no que se aplica ao próprio estudo: a totalidade dos utentes referenciados pela REDE e integrados na UCCI L Nostrum, e com alta clínica entre 1/1/2011 e 31/12/2012 e a totalidade dos profissionais de saúde que intervêm directamente com os utentes da UCCI, sendo o tamanho amostral foi de 293 doentes e de 70 profissionais de saúde.

A amostragem de doentes é censitária, tendo sido considerados como elementos amostrais todos os doentes internados na UCCI L Nostrum, referenciados pela REDE e com alta clínica entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2012. Para constituição desta amostra foram definidos critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão foram: utentes integrados na UCCI, através da REDE, e que permaneceram na unidade após a alta clínica, por motivos não-clínicos, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, nas tipologias de convalescença, média duração e reabilitação e longa duração e manutenção.

Foram excluídos todos os restantes utentes da UCCI. Os dados recolhidos tiveram por objectivo identificar características individuais, sociais e clínicas dos utentes incluídos no estudo. Os utentes internados em cuidados paliativos foram igualmente excluídos do estudo porque, o enquadramento legal desta tipologia, no que se refere a tempos de internamento, atendendo à sua especificidade, não tem tempo limite. Nesse sentido esta tipologia não tem utentes em protelamentos por motivos não-clínicos.

Relativamente à amostra de profissionais de saúde, trata-se de uma amostra não aleatória (de conveniência) porque apenas foram incluídos no estudo os profissionais de saúde com intervenção directa com os utentes da UCC L Nostrum: animadores sociais, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e terapeutas ocupacionais. Esta escolha deve-se ao facto de estes profissionais de saúde terem uma percepção muito

objectiva dos constrangimentos das altas dos utentes, pois interagem directa e regularmente com os utentes, mantendo uma relação de muita proximidade com os mesmos.

O estudo incluiu ainda o levantamento do número de respostas sociais existentes no distrito de Lisboa e Vale do Tejo em 31/12/2012, tendo sido registados os dados correspondentes ao número de vagas em Lares Residenciais e prestação de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), tendo por suporte de informação a Carta Social do MTSS.

2- Instrumentos de recolha de dados

São múltiplas e diversas as formas de recolha de dados. Fortin (2003) afirma que a estratégia de recolha da informação a tratar num estudo é da responsabilidade do investigador, que determina os instrumentos de colheita de dados que lhe permitam registar a informação que considere pertinente para o estudo.

Neste estudo foram construídos e utilizados dois instrumentos de recolha de dados.

2.1- Formulário de dados da Plataforma *Gestcare* CCI

O primeiro instrumento de recolha de dados consistiu num formulário construído e preenchido com recurso à base de dados da UCCI/ARS, Plataforma ***Gestcare*** CCI, através da consulta dos processos informáticos dos doentes incluídos no estudo. A base de dados ***Gestcare*** foi criada especificamente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e apresenta-se como uma plataforma única que disponibiliza em tempo real informação a todos os níveis da REDE (EGAS, ACES, ECCI, UCCI e à própria UMCCI).

É actualmente utilizada e “alimentada” por mais de 700 entidades. Nesta plataforma está inserida toda a informação dos utentes, nomeadamente ao nível clínico, social, participações financeiras, entre outras.

O formulário utilizado incluiu uma *checklist* onde se consideraram factores ao nível individual, clínico, económico, familiar/social, do doente (Anexo nº1). A construção desta *checklist* foi feita com base na análise documental de uma amostra inicial dos processos clínicos e sociais dos doentes (durante o estudo piloto).

2.2- Inquérito por questionário auto-administrado

O segundo instrumento de recolha de dados é um questionário auto-administrado aos profissionais de saúde da UCCI incluídos no estudo. Este instrumento foi construído com base em revisão de literatura sobre instrumentos utilizados para identificação de obstáculos à

alta clínica, em diferentes contextos de cuidados de saúde (Lin, 2012; Ferreira, 2011; 2012; Richardson, 1985). O questionário incluiu um campo para resposta aberta, que permitiu ao respondentes incluir obstáculos e dificuldades não listadas (Apêndice nº2)

Os dados recolhidos nestes questionários tiveram por objectivo aferir a percepção, por parte de profissionais de saúde com experiência de trabalho em CCI, no contexto da REDE quanto aos determinantes que condicionam as altas, referindo as principais dificuldades e mudanças organizacionais promotoras de maior efectividade quanto ao cumprimento de datas de alta clínica.

3- Conceptualização das variáveis

As variáveis de um estudo são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações, estruturadas numa investigação, e podem ser classificadas de diversas formas mediante a sua aplicação na investigação (Fortin, 2003).

Neste estudo, e no que se refere aos dados recolhidos na Plataforma Gestcare CCI, foi utilizada a variável dependente: número de dias de internamento após a data de alta clínica, e variáveis várias independentes, nomeadamente:

- Género (masculino e feminino);
- Idade (esta variável foi posteriormente recategorizada em subgrupos: ≤ 29 anos, 30- 44, 45-59, 60-74 e ≥ 75);
- Estado civil (solteiro, em união de facto, casado, divorciado, viúvo),
- Situação familiar (isolado, com família);
- Grau de dependência (autónomo, parcialmente dependente, totalmente dependente). A construção desta variável teve por base a escala de atribuição de grau de incapacidade pelos Serviços de Verificação de Incapacidades Permanentes (SVIP) da Segurança Social: Grau I - parcialmente dependente, Grau II totalmente dependente e sem Grau de Dependência atribuído - autónomo);
- Actividade (trabalhador, pensionista, outro);
- Nacionalidade;
- Naturalidade (distrito e concelho);
- Área de residência (distrito e concelho);
- Tipologia de internamento (convalescença, média e longa duração).

Relativamente aos questionários aplicados aos profissionais de saúde, para além das variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional (idade, sexo, categoria

profissional, número de anos de serviço e número de anos de exercício no L Nostrum, e tipologias em que trabalham), foram incluídas 2 variáveis dicotómicas (sim/não) e 15 variáveis de escolha múltipla, para caracterização das percepções de protelamento de alta clínica por motivos sociais. Foi também incluída uma variável de resposta aberta, de modo a que os profissionais de saúde pudessem expor as suas opiniões/sugestões.

4- Análise de dados

Para analisar os dados recolhidos através dos questionários, procedeu-se ao seu tratamento através de software de análise estatística (SPSS 20). Os dados recolhidos foram inicialmente codificados e registados através do programa informático Excel, onde foi organizada uma base de dados.

De modo a caracterizar os utentes integrados na UCCI através da REDE foram criadas diversas variáveis e divididas em grupos para análise mais objectiva.

Para a caracterização individual foram consideradas as variáveis:

- Sexo (masculino e feminino);
- Idade (considerada a 31/12/2012 e categorizada em subgrupos: ≤ 29 anos, 30- 44, 45-59, 60-74, 75-90 e ≥ 91);
- Nacionalidade, naturalidade e área de residência

De modo a aferir a situação social consideraram-se as variáveis:

- Estado civil (solteiro, casado, divorciado, em união de facto, viúvo)
- Situação familiar (isolado, com família);

Em termos de caracterização da situação clínica foram consideradas variáveis respeitantes a:

- Grau de dependência (de acordo com a escala dos SVIP da Segurança Social: autónomo – sem Grau, parcialmente dependente - Grau I, totalmente dependente – Grau II);
- Tipologia de internamento (convalescença, média e longa duração).

De modo a caracterizar, em termos de internamentos, as situações de protelamento social efectivas, foram utilizadas variáveis que permitiram analisar dois aspectos:

- a) os períodos de internamento, tendo em conta o número total de dias de internamento e as diferenças entre as datas de alta clínica e alta de saída efectiva da UCCI
- b) em caso de protelamento social: os motivos de prolongamento do internamento e o destino de saída após a alta efectiva da UCCI.

A análise dos dados recolhidos foi feita em SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20, e incluiu uma breve caracterização sociodemográfica (e profissional) das amostras (doentes e profissionais de saúde), bem como análise univariada das variáveis em estudo.

5- Aspectos éticos

A ética exige uma reflexão contínua sobre os princípios que pauteiam as nossas práticas, as nossas certezas, de modo a ter implícita a responsabilidade que nos obriga a questionar constantemente sobre os riscos e os benefícios que surgem das nossas decisões. Estes princípios ajudam a nortear as acções, quando se pretende que sejam boas e justas, dos quais se destacam: o princípio da beneficência; o da não-maleficência, o da justiça e o da autonomia (Uchôa, 2001).

Na sua prática, o investigador deve ter sempre presente que, todas as pessoas, independentemente da sua condição social, económica e/ou física, são indivíduos autónomos e têm o direito de pensar, decidir e agir em conformidade com os seus princípios, com as suas crenças/convicções e os seus propósitos (Neves, 2006).

Sendo a base da formação da investigadora em Serviço Social, esta tem sempre presentes os cinco princípios fundamentais implícitos no Código Deontológico dos Assistentes Sociais: Dignidade da pessoa humana; Justiça Social; Serviço; Integridade e Responsabilidade, bem como os valores básicos: *“a vida, a liberdade e autonomia, igualdade e não discriminação, justiça, solidariedade, responsabilidade social, evolução, paz e não-violência e as relações entre o Homem e a natureza”* (Fernandes, 2001; pág. 142).

Ao longo de todo o processo de elaboração deste estudo estiveram sempre presentes, tanto em relação aos utentes como em relação à própria instituição, valores fundamentais de respeito pela dignidade do ser humano, a participação, a promoção dos direitos, o respeito mútuo, a confidencialidade e o sigilo profissional, o dever de integração, consideração e respeito, o direito de igualdade e todos os outros valores que fazem o Assistente Social.

Ou seja, durante e após a fase de pesquisa e recolha de dados, foram sempre assegurados e respeitados todos os procedimentos visando o anonimato dos dados (e, portanto, a sua confidencialidade) e procurou-se sempre, não interferir com a dinâmica da instituição e dos profissionais, adoptando uma postura de respeito e colaboração.

A ética coloca problemas particulares aos investigadores, decorrentes das exigências morais que em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin,

2003). Nesse sentido, ao longo deste projecto de investigação, e tendo sempre presentes os princípios que norteiam a prática da investigadora, esta nunca se propôs a contactar directamente com os utentes. Uma decisão que vai de encontro à forma pessoal de encarar esta problemática e o modo como a sua intervenção poderia ser entendida. Tendo em conta que alguns dos elementos que incluem o estudo estão em situação fragilizada (social, emocional), qualquer tipo de abordagem que eventualmente lhes sugerisse uma alternativa à sua condição, poderia ser entendida como uma perspectiva de solução para o seu “problema” e, perante a inexistência de qualquer resultado, poderia ser dramático para os mesmos.

Na prossecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado e esse limite refere-se ao respeito pelas pessoas, enquanto indivíduos plenos de direitos, e pelas instituições que as possam representar. Nesse sentido, e de modo a obter-se autorização por parte da UCCI para a realização do estudo, a primeira acção concretizada passou pela realização de uma reunião com a direcção e coordenação, na qual se expôs o motivo e o objectivo deste estudo. Demonstrando de forma clara, a importância da realização do mesmo, tendo em conta que esta área ainda é muito recente e, como tal, ainda está em fase de implementação e evolução pelo que o nosso contributo será uma mais-valia para todos.

Perante os argumentos apresentados, a autorização para realização do estudo foi concedida, tendo inclusivamente, o aval positivo da presidente da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados em Portugal.

Capítulo IV – Resultados

Os resultados obtidos com vista a encontrar as respostas às questões de investigação e aos objectivos definidos foram analisados de acordo com os dados recolhidos e apresentam-se descritos, tendo em conta o modelo de análise construído.

Nesse sentido, procedeu-se a uma breve caracterização do perfil dos utentes da UCCI L Nostrum, incluindo os utentes integrados na unidade através da REDE, com alta clínica entre 01/01/2011 e 31/12/2012, e à identificação dos factores que poderão contribuir para o protelamento da alta clínica dos mesmos. Pretendeu-se aferir a percepção dos profissionais de saúde que trabalham directamente com os utentes, relativamente a esta problemática dos protelamentos. Para essa finalidade foram definidos indicadores, agrupados por categorias, que permitiram fazer a sua caracterização sociodemográfica e dos utentes, tendo em conta diversas variáveis. Entre os indicadores definidos procurou-se evidenciar aqueles que nos parecem mais relevantes na resposta às questões de investigação e aos objectivos formulados. A sua apreciação crítica, resultante da comparação entre si e com o quadro teórico de referência, tendo em vista uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, será apresentada no capítulo seguinte.

1- Percepção dos profissionais quanto aos motivos de protelamentos das altas clínicas na UCCI L Nostrum:

Através de questionários autoadministrados (profissionais de saúde da UCCI L Nostrum), investigou-se a percepção destes quanto a possíveis factores que possam condicionar as altas dos utentes quando estes já não reúnem critérios para permanecer na UCCI.

O número total de questionários inicialmente previsto para auto-administração era de 70 mas, efectivamente, só foram respondidos 51 (equivalendo a uma taxa de resposta de 73%).

1.1- Caracterização dos profissionais de saúde da L Nostrum

Esta parte do questionário teve por objectivo fazer uma breve caracterização dos profissionais de saúde que exercem actividade na UCCI L Nostrum e que responderam ao questionário. O mesmo foi considerado pertinente para um melhor entendimento dos

resultados apresentados e maior clareza quanto ao conteúdo das respostas dadas pelos profissionais de saúde, e enquanto equipa multidisciplinar.

Dos 51 profissionais de saúde inquiridos, 41 (80,4%) são do sexo feminino e 9 (17,6%) são do sexo masculino (Tabela 1). Um dos questionários não tinha qualquer anotação de género pelo que não foi considerado. A maioria dos profissionais de saúde tem entre 25-34 anos (74%), sendo a média de idades dos homens de 35 anos e das mulheres 29 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Sexo e idade dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.

	Sexo		
Idade	Masculino	Feminino	%
< 25	2	3	10,2
25-34	5	32	74,0
34 >	2	5	14,3
Sem resposta	0	1	2,0
Idade	Masculino	Feminino	Total
Média	35,1	29,5	10,2
Mediana	28,0	27,0	27,0
Desvio padrão	16,31	6,78	9,3

Os profissionais incluídos neste estudo constituem uma equipa multidisciplinar que intervêm nas várias áreas, nomeadamente saúde e social. Verificou-se que a maioria dos profissionais (Tabela 2) tem formação de base na área da saúde (74,5%) predominando os enfermeiros (30; 58,8%), seguidos de terapeutas (5; 9,8%) e em último lugar o número de médicos (3; 5,9%). Dos restantes intervenientes, verificou-se que 7 (13,7%) são uma mistura de outras áreas igualmente essenciais (animadores, assistentes sociais e outros terapeutas) e 6 (11,8%) são profissionais que não responderam ou em que em nenhuma das respostas foi possível definir a profissão o que representou das respostas (Tabela 2).

Tabela 2: Categoria profissional idade dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.

Categoria profissional	n=51
Animador social	2,0%
Assistente social	3,9%
Enfermeira(o)	58,8%
Fisioterapeuta	9,8%
Médica(o)	5,9%
Psicólogo	3,9%
Terapeuta ocupacional	3,9%
Sem resposta	11,8%

A maioria dos profissionais da UCCI (Tabela 3) exerce a sua profissão há pelo menos 4 anos (54,2%), seguindo-se os que exercem há cerca de 2 anos (27,1%). No entanto, 9 profissionais exercem há 3 anos (18,8%). Não foi possível aferir 3 respostas por falta de elementos (Tabela 3).

Tabela 3: Anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.

Anos exercício da profissão		
Masculino	Feminino	%
4	22	54,2
2	11	27,1
3	6	18,8

Em média, os profissionais da UCCI, do sexo masculino, desenvolvem a sua actividade profissional há 9 anos em comparação com os cerca de 6 anos das profissionais femininas. A média indica entre os 6 e os 7 anos de exercício de profissão (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4: Anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.

Anos exercício L Nostrum				
Anos	Masculino	Feminino	Total	%
1	2	6	8	17,4
2	1	4	5	10,9
3	1	7	8	17,4
4	1	10	11	23,9
5	3	9	12	26,1
6	0	2	2	4,3

Tabela 5: Média/DP Anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum.

	Sexo		
Anos exercício da profissão	Masculino	Feminino	Total
Média	9,33	5,9	6,54
Mediana	5	4	4
Desvio padrão	10,26	5,03	6,34

Relativamente aos anos de exercício da profissão na UCCI (Tabela 6) verifica-se que a maioria dos profissionais está na instituição há 5 anos (26,1%) seguindo-se os que estão há cerca de 4 anos (23,9%). Em termos de média, o valor situa-se nos 3 anos (Tabelas 6).

Tabela 6: Média/DP de anos de exercício profissional dos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum

	Sexo		
Anos exercício L Nostrum	Masculino	Feminino	Total
Média	3,25	3,47	3,43
Mediana	3,5	4	4
Devio padrão	1,75	1,5	1,53

Os profissionais de saúde da UCCI, no exercício das suas funções, podem trabalhar nas diversas tipologias (Tabela 7). O número mais significativo de profissionais intervém na tipologia de LDM (70,6%), seguindo-se a MDR (64,7%). Na tipologia de CV estão afetos 19 (37,3%) profissionais e na de CP, 20 (39,2%) (Tabela 7).

Os profissionais da UCCI podem desempenhar funções em várias tipologias. Nesse sentido, apurou-se que 33 (64,7%) trabalham em mais de uma tipologia enquanto 22 (43,1%) estão em regime exclusivo numa única unidade: 2% intervém só na tipologia de CV; 15,7% na tipologia de MDR; 17,6% em LDM e 7,8% exclusivamente na tipologia de CP (Tabela 7).

Esta questão foi a única que fez referência à unidade de Cuidados Paliativos e justifica-se pela informação relevante para completar a caracterização profissional.

Tabela 7: Tipologias em que os profissionais de saúde da UCCI L Nostrum exercem actividade

Tipologias	
CV	19 - 37,3%
MDR	33 - 64,7%
LDM	36 - 70,6%
CP	20 - 39,2%

1.2- Percepção dos profissionais da UCCI L Nostrum

A primeira parte do questionário integra perguntas de carácter geral, relativamente à generalidade dos utentes admitidos na UCCI. O objectivo principal foi aferir a percepção dos profissionais quando à quantidade de utentes por tipologias, os motivos dos prolongamentos das altas e, em caso destas serem por motivos sociais, identificar condicionantes que possam influenciar o processo de saída dos utentes.

1.2.1- Quanto à generalidade dos utentes da UCCI

Nesta questão tentou aferir-se a percepção dos profissionais de saúde quanto ao agravamento do número de utentes em prolongamento de internamento, nos 2 últimos anos (2011-2012), em termos percentuais. (Tabela 8).

Na análise aos dados recolhidos (Tabela 8) registou-se uma maior percentagem nas respostas indicativas de aumento de prorrogações inferior a 10%, seguindo-se 25% com referência a um aumento entre os 10 e os 20%. 20% dos inquiridos indicaram o aumento entre os 20 e os 40%. No entanto, 12,5% referiram aumentos entre os 40 e os 50% e 10% assinalaram entre os 50 e os 60%. Na tipologia de média duração e reabilitação a predominância situa-se nos aumentos entre 20 a 40% (54,80%), seguindo-se os aumentos entre os 40 e os 60% com 12,50%. Apenas 14,30% assinalaram aumentos entre valores a 20% bem como 9,50% referiram aumentos entre os 60 e os 80%. No que concerne à tipologia de longa duração e manutenção, prevalece o aumento entre os 20 e os 40% (26,80%), seguindo-se os aumentos entre os 60 e os 80%. Os aumentos inferiores a 20% (14,60%) e entre os 40 e os 60% são menos frequentemente assinalados (Tabela 8).

Tabela 8: Percepção quanto ao aumento de prorrogações por tipologia (em percentagem de respostas).

Tipologia	Total respostas	Aumento de nº prorrogações					
		-10%	10-20%	20-40%	40-50%	50-60%	60-80%
CV	40	32,5	25,0	20,0	12,5	10,0	
MDR	42	14,3	54,8	21,4	9,5		
LDM	41	14,6	26,8	9,8	24,4		

Tabela 9; Percepção sobre o motivo de prorrogação de internamento mais frequente.

Motivo de prorrogação	n=51	n= 25
	Utentes em geral	Utentes da REDE
Clínicos	31,4%	4,0%
Sociais	49,0%	56,0%
Outros motivos	0,0%	4,0%
Missing	19,6%	36,0%

Para avaliação da percepção dos profissionais da UCCI quanto aos motivos de prorrogação das altas dos utentes da UCCI (Tabela 9), foi feita a análise da totalidade dos questionários respondidos (51) e, paralelamente, exclusivamente a análise dos utentes da REDE (25). Relativamente à generalidade dos utentes 16 (31,4%) referiram motivos clínicos e 25 (49%) indicaram motivos sociais. 10 questionários (19,6 %) foram considerados não válidos. Em relação aos utentes da REDE, 56% indicou motivos sociais também foram considerados não válidos 9 questionários. A não validação dos 19 questionários referidos deveu-se ao facto de terem sido respondidos de acordo com a questão apresentada (uns apresentaram várias opções e outros sem qualquer motivo assinalado). (Tabela 9).

Para identificar motivos sociais condicionantes das altas foram definidos grupos de análise gerais que posteriormente foram subdivididos em categorias. Nestes grupos, e por serem de resposta múltipla, foram consideradas todas as hipóteses assinaladas pelos respondentes, sendo 25 o número total de questionários em análise.

Os profissionais da UCCI identificaram, de acordo com a sua percepção, motivos sociais condicionantes das altas da UCCI (Tabela 10). Dos resultados obtidos, as respostas institucionais apresentam-se como a condicionante mais frequentemente indicada, tanto nos utentes em geral com 22 indicações (88%) como para os utentes da REDE com 10 indicações (40%). Relativamente aos motivos familiares, há referência de 76% para os utentes em geral e 36% para os utentes da REDE. Os motivos económicos também apresentam um valor

expressivo (68%) nos utentes em geral sendo que nos da REDE, este factor condicionante está a par com os motivos familiares (36%). Os motivos estruturais têm menor expressão tanto nos utentes em geral (32%) como nos utentes da REDE (16%). A resposta considerada no item “Outros”, no quadro dos utentes em geral, refere-se à dependência funcional (4%) (Tabela 10).

Tabela 10: Percepção sobre motivos sociais condicionantes das altas.

	n=25	
Motivos Sociais	Utentes em geral	Utentes da REDE
Familiares	76,0%	36,0%
Económicos	68,0%	36,0%
Estruturais	32,0%	16,0%
Institucionais	88,0%	40,0%
Outros	4,0%	0,0%

Numa análise mais detalhada verificou-se que 16 questionários referiam um único motivo associado ao protelamento (motivos sociais-2; estruturais-3; económicos-1 e institucional-10) enquanto 17 apresentam mais de 2 motivos.

Relativamente aos motivos familiares (Tabela 11), para os utentes em geral, 23 (92%) referiram a insuficiência de suporte familiar, sendo esta a mais vezes indicada, tal como para os utentes da REDE (52%). No que se refere à ausência de suporte familiar, para os utentes em geral, representa 48% das respostas, seguindo-se o suporte inadequado (28%) e a ausência de cuidadores (24%). Para os utentes da REDE, o suporte inadequado apresenta-se como segundo motivo (7%), seguindo-se a ausência de suporte familiar (16%). Nos utentes da REDE verificou-se a referência à distância geográfica (8%) (Tabela 11).

Tabela 11: Percepção sobre motivos familiares condicionantes das altas.

	n=25	
Motivos familiares	Utentes em geral	Utentes da REDE
Ausência suporte	48,0%	16,0%
Insuficiência de suporte	92,0%	52,0%
Suporte inadequado	28,0%	28,0%
Ausência de cuidadores	24,0%	4,0%
Distância geográfica	0,0%	8,0%
Outros	0,0%	4,0%

Em termos estruturais (Tabela 12), os motivos mais assinalados para a generalidade dos utentes foram: a existência de barreiras físicas à mobilidade (80%) e a habitação sem condições básicas de habitabilidade (78%). Os mesmos motivos verificam-se para os utentes da REDE, nomeadamente quanto às barreiras físicas à mobilidade (40%) e a habitação sem condições de habitabilidade (28%). Refira-se que, relativamente aos utentes em geral, a ausência de habitação (29%) e a distância geográfica (4%) também foram motivos assinalados (Tabela 12).

Tabela 12: Percepção sobre motivos estruturais condicionantes das altas.

	n=25	
Motivos estruturais	Utentes em geral	Utentes da REDE
Ausência de habitação	29,0%	0,0%
S/ condições básicas habitabilidade	72,0%	28,0%
Barreiras físicas (à mobilidade)	80,0%	40,0%
Distância geográfica	4,0%	0,0%

Dos motivos económicos indicados (Tabela 13), a insuficiência de rendimentos é o factor mais assinalado. Para a generalidade dos utentes, este motivo foi referido por 21 profissionais de saúde (84%) e para os utentes da REDE, 17 (68%). Para a generalidade dos utentes há ainda referência à incapacidade de gestão dos rendimentos (16%), por inacessibilidade aos rendimentos (8%) e os encargos familiares (8%). Para os utentes da REDE também é indicada a inacessibilidade aos rendimentos (16%), a incapacidade de gestão (8%) e os encargos económicos/familiares (8%) (Tabela 13).

Tabela 13: Percepção sobre motivos económicos condicionantes das altas.

	n=25 = 100%	
Motivos económicos	Utentes em geral	Utentes da REDE
Ausência de rendimentos	4,0%	0,0%
Insuficiência de rendimentos	84,0%	68,0%
Incapacidade de gestão rendimentos	16,0%	8,0%
Inacessibilidade a rendimentos	8,0%	16,0%
Encargos económicos/familiares	8,0%	8,0%

Quanto aos motivos institucionais (Tabela 14), a inexistência/ insuficiência de respostas sociais adequadas apresenta-se como condicionante maioritária. No que se refere à generalidade dos utentes, representa 76% e para os utentes da REDE corresponde a 48%.

Seguidamente surge a capacidade de resposta limitada das instituições, 64% relativo à generalidade dos utentes e 28% nos utentes da REDE. Foram ainda assinalados os tipos de respostas insuficientes para as necessidades individuais dos utentes, 20% dos utentes em geral e 12% dos utentes da REDE. Houve apenas 1 com referência à carga laboral dos profissionais da UCCI (Tabela 14).

Tabela 14: Percepção sobre motivos institucionais condicionantes das altas

	n=51	
Motivos institucionais	Utentes em geral	Utentes da REDE
Inexistência/ausência de respostas	76,0%	48,0%
Capacidade de resposta das instituições limitada	64,0%	28,0%
Tipo de respostas insuficiente para as necessidades individuais	20,0%	12,0%

1.2.2 – Utentes da RNCCI (2011-2012)

Na segunda parte do questionário, as perguntas referiram-se exclusivamente a percepções sobre utentes admitidos na UCCI, através da REDE, no período entre 1/01/2011 e 31/12/2012. O objectivo principal foi aferir se durante o período considerado para efeitos do estudo, tinha havido aumento de prorrogações por motivos sociais e identificar condicionantes que promoveram essa situação.

Relativamente ao aumento de protelamentos entre 01/01/2011 e 31/12/2012 (Tabela 15), registaram-se 14 respostas afirmativas (56%) e 5 negativas (20%). No entanto, 13 foram assinaladas sem opinião (52%) e 2 questionários não foram respondidos (Tabela 15).

Tabela 15: Percepção sobre agravamento de prorrogações de internamento dos utentes da REDE entre 2011 e 2012.

Agravamento do nº total de prorrogações (2011/2012)	n=32
Sim	56,0%
Não	20,0%
Sem opinião	52,0%

No que se refere à percepção sobre o agravamento de prorrogações de internamentos dos utentes da REDE entre 2011 e 2012 por tipologia (Tabela 16), 8 profissionais consideraram que houve um aumento mais expressivo na tipologia de MDR (32%) enquanto 6 indicaram o aumento na tipologia de UDM (24%). Não houve qualquer

referência a aumento na tipologia de CV. No entanto, 11 questionários (44%) não tiveram qualquer tipologia anotada (Tabela 16).

Tabela 16: Percepção quanto ao agravamento de prorrogações de internamentos dos utentes da REDE entre 2011 e 2012 por tipologia.

Agravamento por tipologia (2011/2012)	n=25
CV	0
MDR	6 - 24%
LDM	8 - 32%
Não respondido	11 - 44%

Quanto ao agravamento de prorrogações de internamentos dos utentes da REDE entre 2011 e 2012 por sexo (Tabela 16), os profissionais referem, de acordo com a sua percepção, que o aumento foi em ambos os sexos (48%). No entanto, 12% referiu a predominância do aumento no sexo feminino (12%) enquanto 8% referiram o sexo masculino (Tabela 17).

Tabela 17: Percepção quanto ao agravamento de prorrogações de internamentos dos utentes da REDE entre 2011 e 2012 por sexo.

Agravamento por sexo	n=25
Masculino	8,0%
Feminino	12,0%
Ambos	48,0%

Quanto à percepção sobre o enquadramento familiar dos utentes da REDE, com alta protelada por motivos sociais, entre 2011 e 2012 (Tabela 18), 11 profissionais indicaram a existência de suporte familiar /familiares até ao 3º grau (44%), no entanto 4 indicaram que são isolados (16%). Dois profissionais de saúde indicaram “sem informação” (8%) (Tabela 18).

Tabela 18: Percepção quanto ao enquadramento familiar dos utentes da REDE, com alta protelada por motivos sociais, entre 2011 e 2012.

Enquadramento familiar - utentes REDE em protelamento social (2011/2012)	n=25
Isolados	16,0%
Com suporte familiar	44,0%
Sem informação	8,0%

De acordo com a sua percepção, relativamente aos motivos de protelamento dos internamentos dos utentes da REDE, no período entre 1/1/2011 e 1/1/2012 (Tabela 18) 14 profissionais indicaram os factores sociais como motivos de protelamento (56%). No entanto registou-se uma resposta indicando protelamentos por motivos clínicos (4%) e uma resposta referindo outros motivos (4%). Houve 9 profissionais (36%) que não indicaram qualquer motivo (Tabela 19).

Tabela 19: Percepção quanto aos motivos de protelamento de internamento dos utentes da REDE entre 2011 e 2012.

	n= 25
Motivos de protelamento 2011/2012	Utentes da REDE
Clínicos	4,0%
Sociais	56,0%
Outros motivos	4,0%
Missing	36,0%

A questão nº 18 do questionário consistiu numa pergunta de resposta aberta e que pretendeu recolher sugestões/opiniões dos profissionais de saúde da UCCI, relativamente à implementação/alteração de aspectos que se possam tornar instrumentos facilitadores das altas sociais. Dos 33 questionários respondidos que assinalaram motivos sociais, 8 profissionais (24,2%) indicaram a sua opinião sobre aspectos que poderiam ser facilitadores das altas clínicas. As respostas obtidas foram:

- Informar devidamente o utente e familiares, se os houver, desde a entrada, das necessidades habitacionais e clínicas aquando da sua saída.
- Mais respostas sociais na comunidade (lares e SAD)
- Ter conhecimento, antes do internamento, quais as condições sociais de cada utente, de modo a haver um reencaminhamento do mesmo.
- Aumento das respostas sociais na comunidade (cuidados domiciliários, etc.).
- Aumento das respostas e mais adequadas.

- Coordenação e iniciação das altas deveriam estar já pensadas aquando da entrada do utente.
- Haver mais respostas e mais vagas em resposta Lar.
- Iniciar a preparação da alta logo após a admissão. Muitas vezes a falta de respostas deve-se à procura tardia de instituições ou outras soluções para os utentes.
- Abrirem mais lares ligados à Segurança Social.

Destas respostas espontâneas, é possível concluir haver uma preocupação latente quanto à necessidade da preparação atempada da alta dos utentes, implícita necessidade de aumento das respostas sociais, referida pela maioria dos profissionais que responderam a esta questão.

2. Utentes da UCCI L Nostrum

Como referido anteriormente, foram analisados todos os utentes de UCCI L Nostrum, integrados pela REDE que tiveram alta entre 01/01/2011 e 31/12/2012. Estes dados foram recolhidos através da plataforma *Gestcare* da UCCI L Nostrum, com objectivo de efectuar a caracterização sociodemográfica dos utentes, e considerar a situação de dependência dos mesmos.

2.1- Caracterização sociodemográfica dos utentes

Sexo e idade

De modo a caracterizar os 293 utentes da UCCI L Nostrum com alta entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo o sexo e a idade (Tabela 20) foi feito o levantamento de dados e apurado o seguinte: no universo de 293 utentes, 108 (36,9%) são de sexo masculino e 185 (63,1%) do sexo feminino, sendo este, o sexo predominante. A amplitude das idades situa-se entre os 25 e os 97 anos. A sua distribuição por grupos apresenta-se da seguinte forma: o grupo entre os 75 e os 89 anos representa 48,1% do total dos utentes em estudo. Segue-se o grupo dos 60-74 anos com 30%, o grupo dos ≥90 com 5,1%. Os grupos com menor amplitude são dos ≤ 29, 0,3%, dos 30-44 com 3,8% e o grupo ≥90 anos com 5,1%.

Refira-se que no grupo das idades entre os 45 anos e os 59 anos predomina o sexo masculino (8,5% homens e 4% mulheres) enquanto no grupo de idades entre os 75 anos e os 89 anos, a maioria é do sexo feminino (14,7% homens e 33,4% mulheres) (Tabela 20).

Tabela 20: Caracterização dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo o sexo e a idade.

	Homens	Mulheres	Total	%
≤ 29	1	0	1	0,3
30-44	6	5	11	3,8
45-59	25	12	37	12,6
60-74	31	57	88	30,0
75-89	43	98	141	48,1
≥ 90	2	13	15	5,1
	108	185	293	

Nacionalidade

Num total de 293 utentes, foram identificados 279 de nacionalidade portuguesa (95,2%) e 14 utentes de outras nacionalidades (4,8%). Os utentes de nacionalidade portuguesa são 172 do sexo feminino (58,7%) e 102 são do sexo masculino (34,8%).

Naturalidade

Outra das variáveis analisadas foi a naturalidade dos utentes em estudo, da UCCI L Nostrum. Muitas vezes, o meio de origem influencia a parte psicossocial da pessoa porque todos têm valores, hábitos, tradições e culturas muito próprias, inerentes à sua personalidade e forma de estar na sociedade.

De modo a identificar a sua naturalidade, e tendo em conta os 260 utentes naturais de Portugal (89%), e analisando com base na nomenclatura comum das unidades territoriais estatísticas, denominada «NUTS II» (Tabela 21), que classifica o território nacional por regiões, verificou-se que 152 utentes (58,5%) eram naturais da região de Lisboa, seguindo-se a região Centro com 58 utentes (22,3%), a região do Alentejo com 27 utentes (10,4%) e a região Norte com 23 utentes (8,8%). Confirmou-se a inexistência, neste grupo, de utentes naturais da região do Algarve (Tabela 21).

Tabela 21: Identificação da naturalidade dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo a distribuição Nuts II.

Nuts II	Nº utentes	%
Norte	23	8,8
Centro	58	22,3
Lisboa	152	58,5
Alentejo	27	10,4

Estado civil

Relativamente ao estado civil dos utentes da UCCI L Nostrum com alta entre 1/1/2011 e 31/12/2012 (Tabela 22) confirmou-se que 105 são casados (35,8%), 25 são divorciados (8,5%), 53 são solteiros (18,1%) e 109 são viúvos (37,2%). No grupo dos divorciados foi incluído um utente com estado civil “separado de facto”, tendo-se verificado um único caso de estado civil desconhecido.

A viuvez no sexo feminino é predominante (109), atingindo quase o dobro do valor em relação ao sexo masculino (14). Em relação ao estado civil de casado o sexo masculino (58) é superior ao sexo feminino (47). O estado civil divorciado encontra-se mais equiparado dado que existem 12 homens e 13 mulheres (neste grupo foi contabilizada uma utente com estado civil é “separado e facto”). O estado civil solteiro apresenta uma ligeira diferença entre o sexo masculino (24) e o sexo feminino (29). Através dos dados recolhidos confirmou-se a predominância da viuvez no sexo feminino enquadrada numa amplitude entre os 75 e os 89 anos de idade, 62 mulheres (21,2%) (Tabela 22).

Tabela 22: Caracterização dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, segundo o estado civil.

	Homens	Mulheres	Totalidade utentes	%
Casados	58	47	105	35,8
Divorciados	12	13	25	8,5
Solteiros	24	29	53	18,1
Viúvos	14	95	109	37,2

Situação familiar

Quanto ao enquadramento familiar dos utentes da UCCI L Nostrum com alta entre 1/1/2011 e 31/12/2012 (Tabela 23) conseguiu aferir-se que 227 utentes (60,5%) tinham suporte familiar e 59 eram isolados (20%). Não foi possível identificar a situação de 7 utentes (4,4%) por inexistência dessa informação no processo dos respectivos utentes.

Dos utentes identificados com família, 142 são mulheres (48,5%) e 85 são homens (29%). A maior prevalência do sexo feminino mantém-se também aqui, dado que, na situação de isolados, 38 são mulheres (13%) e 21 são homens (7,2%) (Tabela 23).

Tabela 23: Caracterização do enquadramento familiar dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012.

	Homens	%H	Mulheres	%M	Total	%T
Com família	85	29,0	142	48,5	227	60,5
Isolados	21	7,1	38	13,0	59	20,0
S/informação	2	0,7	5	1,7	7	3,4
		36,8		63,2	293	

Área de residência

Tendo em conta a dispersão geográfica relativamente à área de residência dos utentes, apurou-se que 268 utentes (91,5%) residem no distrito de Lisboa e 25 (8,5%) vivem noutros distritos.

Analisando a área de residência dos utentes, em termos concelhios, verificou-se que a maioria (91,5%) reside no distrito de Lisboa e apenas 25 (8,5%) vivem em 15 outros distritos de Portugal

Observando a distribuição dos 268 utentes residentes no distrito de Lisboa (91,5%) por concelho (Tabela 24), verificou-se que 60 utentes, residem no concelho de Lisboa (20,5%), 39 utentes residentes no concelho de Mafra (13,3%) utentes, e 29 (9,9%) são residentes em Sintra (Tabela 24).

Registam-se ainda os utentes residentes nos concelhos de Cascais com 23 (7,8%) utentes, Oeiras com 22 (7,5%), Amadora com 21 (7,2%), Torres Vedras com 20 (6,8%) utentes. Nos concelhos de Loures identificaram-se 18 (6,1%) utentes e 12 (4,1%) de Odivelas. Os restantes 21 (7,2%) utentes encontram-se distribuídos por outros concelhos do distrito de Lisboa, não tendo sido considerados relevantes pela sua dispersão (Tabela 24).

Tabela 24: Identificação dos utentes da UCCI L Nostrum com alta, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, residentes no distrito de Lisboa segundo o concelho de residência.

	Concelho Lisboa		
Amadora	21	Odivelas	12
Cascais	23	Oeiras	22
Lisboa	60	Torres Vedras	29
Loures	18	Outros	20
Mafra	39		

Situação clínica – grau de dependência

De modo a caracterizar os utentes em situação de dependência, foi considerado o grau de dependência atribuído aos pensionistas, pelo Serviço de Verificação de Incapacidades Permanentes (SVIP) da Segurança Social, tendo por base a atribuição do Complemento por Dependência. O Complemento por Dependência é atribuído às pessoas que se encontrem em situação de dependência, sem autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana e que precisam da assistência de outra pessoa para realizar as tarefas domésticas, para fazer a sua higiene pessoal e para se deslocarem. São considerados dois graus de dependência: Grau I – atribuído a pessoas sem autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (não conseguem fazer a sua higiene pessoal, alimentar-se ou deslocar-se sozinhos). Grau II – atribuído às pessoas que, além da dependência de Grau I, se encontrem acamados ou com demência grave (MTSS, 2010).

Num universo de 293 utentes (100%), e tendo a instituição como missão promover/manter a autonomia e bem-estar, de pessoas idosas e/ou em situação de dependência, a faixa etária que mais se distingue é a dos 75 e os 89 anos de idade (48,1%). A maior amplitude encontra-se no grupo de grau 1, 100 utentes (34,1%) sendo a maioria mulheres (21,1%). Ao nível do grupo sem grau de dependência, e num total de 67 (23,8%), de novo se regista a predominância das mulheres, 44 (15%) contrapondo com 23 homens (7,8%). O grupo do grau 2 com um total de 74 pessoas (25,6%) apresenta-se igualmente com uma superioridade no número de mulheres, 47 (16%) em relação aos homens 27 (9,2%). No entanto, não foi possível apurar a grau de dependência de 52 utentes (17,7%), 20 homens e 32 mulheres, por falta de informação.

2.2- Caracterização dos internamentos

A UCCI L Nostrum é uma entidade privada ou seja, uma instituição particular com fins lucrativos. Como tal, admite utentes que procuram os seus serviços particularmente e/ou através de parcerias ou protocolos com outras entidades privadas. No entanto, e devido ao protocolo celebrado com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Solidariedade e Segurança Social admite utentes referenciados pela REDE, dentro de um número de vagas pré-acordadas.

Nesta investigação, e tal como referido anteriormente, apenas são analisados os elementos que fazem parte do estudo, os utentes integrados na UCCI através da REDE, pelo que se apresentam de seguida os dados correspondentes. Os dados expostos têm por objectivo demonstrar as admissões e altas na UCCI, dos utentes referenciados pela REDE e nas várias tipologias durante o período em estudo, com exclusão dos utentes admitidos em cuidados paliativos.

2.2.1- Admissões e altas

Analisando os dados das admissões por cada tipologia verificou-se que, durante o ano civil de 2011 (Tabela 25) foram admitidos nas três tipologias da UCCI L Nostrum, convalescença, média duração e longa duração, 335 utentes (100%), sendo que a maioria, 208 (62,1%) deu entrada na tipologia de média duração e reabilitação.

A tipologia de convalescença admitiu 86 utentes (25,7%) enquanto na tipologia de longa duração entraram 41 (12,2%).

No ano de 2012 (Tabela 25) verificou-se um total de admissões de 395 utentes (100%) nas três tipologias.

Destacam-se as admissões de 227 utentes na tipologia de média duração (57,5%), seguindo-se a tipologia de convalescença com 103 admissões (26,1%) e 65 utentes admitidos na tipologia de longa duração (16,4%).

Em termos globais, durante o período de 1/01/2011 e 31/12/2012, foram admitidos 730 utentes provenientes da REDE. As admissões foram distribuídas pelas três tipologias em estudo: 106 em longa duração (14,5%), 435 em média duração (59,6%) e 186 (25,5%) em convalescença, sendo que estes dados se reportam exclusivamente aos utentes admitidos na UCCI L Nostrum através da REDE (Tabela 25).

Tabela 25: Total de admissões de utentes da REDE na UCCI L Nostrum entre 1/1/2011 e 31/12/2012 nas tipologias de Convalescença (CV), média duração e reabilitação (MDR) e longa duração e manutenção (LDM).

	LDM	MDR	CV	Total
2011	41	208	86	335
2012	65	227	103	395
Total	106	435	189	730

Entre 01/01/2011 e 31/12/2012 registaram-se 748 altas clínicas das quais 455 (60,8%) ocorreram após a alta clínica, dentro de um período que não excedeu 10 dias além do previsto, enquanto 293 (39,2%) foram sujeitas a prorrogações (Tabela 26).

Numa análise mais detalhada, no ano de 2011 verificou-se 350 altas (100%) sendo 204 dentro do prazo (58,3%) e 146 após protelamento (41,7%). Em 2012 houve 398 altas (100%), 251 dentro do prazo (63,1%) e 147 após prorrogação (36,9%).

No total dos dois anos, 2011 e 2012, verificaram-se 293 prorrogações, das quais 210 foram consideradas dentro do prazo e justificadas com motivos clínicos (71,6%) enquanto 83 (28,3%) foram efectivamente protelamentos por motivos sociais, tendo em conta que nestes casos os utentes já não tinham critérios clínicos que justificassem a sua permanência na UCCI. Das 210 prorrogações consideradas dentro do prazo e justificadas com motivos clínicos 93 (44,3%) foram por tempo de espera para transferência de UCCI (Tabela 26).

Tabela 26: Definição do tipo de altas da UCCI L Nostrum entre 1/1/2011 e 31/12/2012.

Ano	Tipo de alta		Total
	Prazo	Prorrogação	
2011	204	146	350
2012	251	147	398
Total 2011/2012	455	293	748

Em 2011, dos 146 utentes com alta protelada, 50 utentes (34,2%) permaneceram na UCCI por motivos sociais. Já em 2012 houve registo de 33 casos de protelamento (22,4%) em 147 (100%) altas prorrogadas (Tabela 27).

Tabela 27: Motivos de prorrogação de internamento na UCCI entre 1/1/2011 e 31/12/2012.

Média dias protelamentos sociais			
	2011	2012	
LDM	397	540	↑ 36%
MDR	175	152	↓ 15%
CV	50	67	↑ 13%

Analisado o tempo médio de internamento dos utentes da REDE que tiveram alta entre 1/1/2011 e 31/12/2012 (Tabela 28) verificou-se que a média de dias de internamento na tipologia de LDM foi de 373 dias, correspondente a mais 42 dias além dos 180 pré-definidos pela RNCCI. Já no ano de 2012, nesta tipologia, a média de dias de internamento passou para 331 dias, o que revelou uma diminuição de 12,7%. Quanto à tipologia de MDR, no ano de 2011 registou uma média de dias de internamento de 133 dias, valor esse que se manteve no ano de 2012. A tipologia de CV teve uma diminuição de 3,5% na média de dias de internamento dado ter passado dos 57 dias de média em 2011 para 55 dias de média em 2012 (Tabela 28).

Tabela 28: Média de dias internamento dos utentes da REDE com alta protelada.

Média dias protelamento			
	2011	2012	
LDM	373	331	↓ 12,7%
MDR	133	133	0,0%
CV	57	55	↓ 3,5%

Em análise detalhada, relativamente aos utentes que se mantiveram apenas por motivos sociais apurou-se que no ano de 2011, a tipologia de LDM teve um valor médio de dias de internamento na tipologia de LDM foi de 397 dias (Tabela 28), correspondente a mais 217 dias além dos 180 pré-definidos pela RNCCI.

No ano de 2012 este valor aumentou para 540 dias de média de internamento, o que se traduz num agravamento de 36% relativamente ao ano anterior. A tipologia de MDR no ano de 2011 apresentou uma média de 175 dias de internamento (Tabela 28), o que representa mais 85 dias além da previsão inicial. Em 2012 a média desceu para uma média de 152 idas, correspondendo a um decréscimo de 15%. Na tipologia de CV, no ano de 2011,

a média de dias de internamento foi de 50, mais 20 do que o inicialmente previsto, tendo havido agravamento em 2012 com o aumento da média para 67 dias (Tabela 29).

Tabela 29: Média de dias internamento dos utentes da REDE com alta protelada por motivos sociais.

Média dias protelamentos sociais			
	2011	2012	
LDM	397	540	↑ 36,0%
MDR	175	152	↓ 15,0%
CV	50	67	↑ 13,0%

2.2.2- Protelamento de altas

Após verificação do número de utentes com alta protelada por motivos sociais, foram identificados alguns condicionantes que se apresentam como obstáculos a saída regular dos mesmos, após a alta clínica, da UCCI L Nostrum, no período entre 1/1/2011 e 31/12/2012. Neste contexto foram analisados individualmente os 83 utentes da REDE que estiveram comprovadamente em protelamento social (Tabela 29).

Dos factores identificados como motivo de protelamento nos 83 utentes já referenciados destaca-se o protelamento de alta por espera de integração em equipamento/resposta adequada, nomeadamente lar ou serviços de apoio domiciliário (79,5%), seguindo-se a insuficiência de rendimentos do utente/familiares para contratação de serviços ou resposta institucional (74,7%), a inexistência de condições habitacionais para regresso ao domicílio (63,9%) e a insuficiência de suporte familiar (54,2%).

Regista-se também a inadequação do suporte familiar (31,3%), a inexistência de suporte familiar (28,9%) e, em menor percentagem, a ausência de condições estruturais (13,3%). A ausência de domicílio (sem abrigo) (8,4%) e a ausência de rendimentos (4,8%) também foram factores inibidores da alta clínica (Tabela 29).

Tabela 30: Identificação de condicionantes sociais promotores de prorrogação dos internamentos dos utentes da UCCI com alta clínica, no período entre 1/1/2011 e 31/12/2012 e que permaneceram após alta clínica.

Resposta	Condicionantes			
	Familiar	Económico	Estrutural	Institucional
Inexistente	24	4	7	
Insuficiente	45	62	11	
Inadequado	26		53	
Integração em Resposta Social				66

2.2.3- Destino de saída

Tendo em conta os tempos de internamento pré-definidos pela RNCCI, em cada tipologia, confirmou-se que 293 utentes ficaram em situação de protelamento por vários motivos, nomeadamente por motivos clínicos (a aguardar mobilidade para ECCI ou transferência para UCCI mais próxima da área de residência), motivos sociais (regresso ao domicílio, integração em lar) e outros motivos não considerados (Tabela 30).

Dos 293 utentes, foram identificados 144 em protelamento social sendo que 97 tiveram como destino de saída o domicílio (33,1%) e a integração em lar (16%). No entanto, 12 perderam a vaga na UCCI por ultrapassarem o prazo máximo de ausência por internamento em hospital de agudos (4,1%) e 9 faleceram durante o internamento (3,1%), um utente foi transferido para uma ECCI, desconhecendo-se o destino de um indivíduo. Ou seja, 49,1% dos utentes teve a alta protelada por motivos sociais devido a condicionantes institucionais e familiares/estruturais (Tabela 30).

Tabela 31: Destino de saída dos utentes da UCCI em situação de prorrogação de internamento, entre 1/1/2011 e 31/12/2012.

Destino da saída dos utentes	
Domicílio	97
Óbito	27
Lar	47
Mobilidade UCCI/ECCI	93
Outros	6
Perda de vaga	28
Transferência para UCCI mais próxima	15
Total de prorrogações	293

Capítulo IV – Discussão

Aferir factores condicionantes às altas dos utentes da UCCI L Nostrum, integrados através da REDE, por motivos não-clínicos, é fundamental para que se possam encontrar soluções que venham a minorar os constrangimentos daí resultantes, não só para os utentes, bem como para a UCCI e todas as entidades envolvidas. A percepção dos profissionais de saúde da UCCI em estudo bem como a análise dos dados constantes nos processos individuais dos utentes são elementos de discussão primordiais para construir propostas que possam vir a ser respostas capazes de contrariar a evolução de um novo problema na área da velhice e da dependência.

Este estudo, apesar de incidir sobre uma única UCCI, serve de ponto de partida para uma visão mais detalhada e reflexiva, no que concerne aos constrangimentos provocados pela prorrogação das altas. Não sendo tempestivas, não só condicionam a admissão de novos utentes diminuindo a capacidade de resposta da UCCI, bem como dos profissionais de saúde que intervêm directamente com os utentes, mas principalmente porque podem causar constrangimentos aos próprios utentes.

No entanto, e no que se refere a este projecto, não podemos deixar de referir alguns constrangimentos sentidos ao longo do percurso, nomeadamente as dificuldades na obtenção de informação científica sobre o tema, os constrangimentos burocráticos para a obtenção dos dados relevantes da investigação e o peso da carga profissional, quando é difícil separar, em termos académicos, o investigador enquanto profissional do investigador académico.

Ao longo deste capítulo proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos, seguindo a ordem de apresentação constante no capítulo dos resultados. Sendo verdade que os resultados da discussão explanados neste estudo não são generalizáveis, constituem todavia um estudo de caso para a compreensão da problemática associada às prorrogações dos internamentos nas UCCI por motivos não-clínicos.

Considera-se pertinente esclarecer que, neste momento e no que se refere a admissões, verifica-se que estas estão condicionadas pelo número de vagas existentes e ao número de utentes que já se encontram internados, daí ser perceptível que, na prática, o número total anual de admissões seja inferior ao previsto. No entanto, a taxa média de ocupação, calculada com base no número de admissões e considerando os utentes transitados, na tipologia de LDM, houve um aumento de 76,6% em 2011 para 92,8% em 2012, situação igualmente verificada na tipologia de MDR. Na convalescença, apesar de ter havido um aumento de 47% para 58,3%, os valores são consideravelmente inferiores, comparativamente com as outras duas tipologias. Em 2012, Lisboa e Vale do Tejo tinha uma

taxa de ocupação de 98% na LDM, 93% na MDR e 91% na CV. Em termos gerais, ao nível nacional, a taxa de ocupação das UCCI é elevada, destacando-se a LDM com 96% da sua capacidade máxima (RNCCI, 2013)

No entanto, em análise feita à média de dias de internamento, verificou-se que dos utentes com alta protelada por motivos sociais, houve um agravamento na média de dias de internamento na tipologia de LDM, com uma subida de 36% (de 397 para 540 dias) e na tipologia de CV, que registou um aumento de 13% (de 50 para 67 dias) Na tipologia MDR registou-se um decréscimo de 15%, passando de 175 dias para 152 dias.

No que se refere à análise feita à generalidade dos utentes integrados pela REDE, relativamente ao mesmo período, a situação apresenta-se contrária: na tipologia de LDM houve uma redução de 12,7%, de 373 para 331 dias, bem como na tipologia de CV que baixou 3,5% de média de dias de internamento. Não se registaram alterações quanto à média de dias de internamento na tipologia de MDR, que manteve os 133 dias de internamento.

Em termos gerais, quando analisada a média de dias de internamento da generalidade dos utentes da REDE, constatou-se que houve um decréscimo na média de dias de internamento, o que contraria em termos práticos os resultados do Relatório Final da RNCCI que refere, relativamente à região de Lisboa e Vale do Tejo o agravamento dessa mesma média de dias de internamento na tipologia de LDM, de 207 para 322 (RNCCI, 2013), num aumento total de 55%, bem como na tipologia de CV que registou 67 dias de média de internamento (RNCCI, 2013).

No entanto, no que se refere aos utentes da REDE em protelamento social, o aumento da média de dias de internamento nas tipologias de LDM (36%) e de CV (67) acompanham os dados os dados do Relatório Final da RNCCI.

Tal como referido no capítulo de enquadramento teórico, este estudo teve por base as hipóteses que seguidamente se apresentam em discussão. Mas, de modo a obter-se uma visão mais próxima possível da realidade da UCCI L Nostrum considerou-se necessário, antes da discussão dos dados apurados, proceder-se à caracterização dos utentes internados na Unidade que tiveram alta no período compreendido entre 1/1/2010 e 31/12/2012 e que foram alvo deste estudo. Dos dados recolhidos e tratados verificou-se que dos 293 utentes identificados e incluídos neste estudo, predomina o sexo feminino (69,5%) e a faixa etária com maior número de utentes é a de 75-89 anos. Dados estes que estão em consonância com o relatório (a nível nacional) da RNCCI, de 2013/Março, que refere que da totalidade dos utentes referenciados à REDE em 2012, 81,3% tinha mais de 65 anos, dos quais 42,1% tinha idade superior a 80 anos (RCNNI, 2013). A maioria dos utentes é de nacionalidade portuguesa e naturais da região de Lisboa. No que se refere ao estado civil a maioria das mulheres são

viúvas enquanto a maioria dos homens são casados. No entanto o número de utentes do sexo feminino casadas é ligeiramente inferior ao dos homens, factor que se explica pela superioridade numérica de utentes do sexo feminino integrados na UCCI. Verificou-se que 60,5% tem suporte familiar mas que 20% é isolado. Em termos de residência, a maioria vive no concelho de Lisboa. Quanto à situação de dependência, e tendo por base de identificação o usufruto do Complemento por Dependência atribuído pelos SVIP da Segurança Social, 34,1% utentes têm o grau I (parcialmente dependente de terceiros) e 25,6% têm o grau II. Não foi possível aferir a situação de 17,7% dos utentes por vários motivos inultrapassáveis pela investigadora, nomeadamente por os utentes serem beneficiários de outros sistemas de protecção social ou por inexistência de fonte de informação. Ou seja, a maioria dos utentes incluídos neste estudo é dependente do apoio de terceiros, em níveis diferentes, para a realização das suas AVD's e/ou AIVD's.

1- Existem determinantes ao nível individual que obriguem ao protelamento das altas clínicas dos utentes da UCCI integrados através da REDE?

O factor idade (a maioria dos utentes tem mais de 75 anos), associado à situação de dependência (57,9% dos utentes participantes no estudo têm incapacidade comprovada, dos quais 34,1% estão em dependência parcial de terceiros e 23,8% encontram-se em dependência total), bem como o estado civil (55,3% são viúvos e 20% totalmente isolados) podem ser factores condicionantes às altas dos utentes da UCCI. No entanto, os resultados obtidos não são suficientes para que sejam conclusivos. Como tal, não podemos afirmar que a idade, o estado civil ou a situação de dependência, sejam por si só, motivos condicionantes à alta de internamento dos utentes a UCCI.

No entanto, considera-se que estas variáveis devem ser tidas em conta pois podem, isoladamente ou em conjunto com outros factores, condicionar a alta de internamento de alguns dos utentes da UCCI integrados através da REDE.

2- Existem determinantes ao nível social que obrigam ao protelamento das altas clínicas dos utentes da UCCI integrados através da REDE?

Relativamente aos 83 utentes da REDE que tiveram protelamento de alta na UCCI L Nostrum, por motivos exclusivamente sociais, foram identificados condicionantes que promoveram a situação, nomeadamente ao nível familiar, económico, estrutural ou institucional.

A insuficiência de rendimentos do utente/familiares para contratação de serviços ou resposta institucional (74,7%), tal como a inexistência de condições habitacionais para regresso ao domicílio (63,9%) e a insuficiência de suporte familiar (54,2%) foram identificados como os principais factores condicionantes às altas dos utentes em estudo. Registou-se também, de modo menos expressivo mas não menos relevante, a inadequação do suporte familiar para a prestação de cuidados ao utente, (31,3%) e, nalguns casos a sua inexistência (28,9%) bem como a ausência de condições estruturais (13,3%). Refira-se que a ausência de domicílio (sem abrigo) (8,4%) e a ausência de rendimentos (4,8%) também foram factores inibidores da alta clínica.

Em conclusão, confirma-se que determinantes sociais como o factor económico, o factor familiar e habitacional foram condicionantes evidentes que promoveram o protelamento das altas dos utentes da UCCI L Nostrum no período anteriormente referido.

3- Existem determinantes ao nível institucional que obrigam ao protelamento das altas clínicas dos utentes da UCCI integrados através da REDE?

Os dados obtidos demonstraram a existência de protelamentos de altas da UCCI por espera de integração em equipamento/resposta social adequada, nomeadamente lar ou serviços de apoio domiciliário. Observando os dados relativamente aos destinos de saída dos utentes em protelamento conclui-se que 49,1% ficou por motivos exclusivamente institucionais ou familiares/estruturais. Apesar de neste último grupo não ter sido possível quantificar de forma objectiva quantos ficaram a aguardar resposta institucional para poderem regressar ao domicílio, nomeadamente por necessidade de resposta de SAD, é indiscutível que 33,1% apenas permaneceu por aguardar resposta de integração em ERPI.

Estes resultados são reforçados pela análise aos 83 utentes da REDE com protelamento de alta por motivos exclusivamente sociais, dos quais 79,5% mantiveram-se em internamento a aguardar integração em resposta social. Neste campo torna-se evidente a existência de condicionantes ao nível institucional que influenciam as altas da UCCI, tornando-se motivos limitadores da integração de novos utentes na UCCI, e contribuindo para a incapacidade de resposta da UCCI, comprometendo os objectivos pré-definidos e, consequentemente o congestionamento da REDE.

Nesse sentido, verificou-se que este período de espera, entre a alta e a integração em resposta social, tem vindo a contribuir para o aumento da média diária de dias de internamento na UCCI, que tem aumentado, no sentido negativo pois não permite o cumprimento de prazos, principalmente na unidade de longa duração que no ano de 2012,

comparativamente a 2011, viu a média de dias de internamento aumentar 36%: de 397 passou a uma média de 540 dias.

Perante estes dados, é evidente que os condicionantes ao nível de respostas institucionais são dos motivos que provocam mais constrangimentos ao nível das altas da UCCI.

4- Os profissionais de saúde com experiência de trabalho nas UCCI sabem identificar obstáculos de natureza não clínica para o cumprimento das altas clínicas previamente definidas?

De acordo com os dados recolhidos no presente estudo relativamente à percepção dos profissionais da UCCI L Nostrum é evidente que sabem identificar, de forma clara, vários obstáculos de natureza não-clínica que impediram a alta dos utentes da UCCI após a alta clínica. No que se refere ao período entre 1/1/2011 e 31/12/2012, 54,8% dos participantes concordam ter havido um aumento entre os 20-40% na tipologia de MDR. A tipologia de LDM também foi assinalada mas os resultados encontram-se divididos entre um aumento de 20-40% e os 60-80% (26,8% e 24,4%). Tendo em conta que a maioria dos profissionais que respondeu aos questionários trabalha em mais do que uma tipologia, o seu conhecimento prático sobre o problema é mais vasto.

No que se refere aos motivos condicionantes das altas, tanto ao nível da generalidade dos utentes como ao nível dos utentes da REDE, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, a maioria dos profissionais refere motivos sociais. Dos motivos sociais identificados destacam-se os condicionantes ao nível institucional, seguindo-se os condicionantes familiares e os económicos. Das variáveis definidas como elementos condicionantes às altas e no que se refere ao nível familiar, a maioria aponta a insuficiência de suporte familiar. Em relação aos utentes em geral, segue-se a ausência de suporte familiar enquanto nos utentes da REDE, é a existência de suporte familiar inadequado que é identificada em segundo lugar.

Relativamente ao mesmo período em estudo e quanto aos motivos estruturais, a maioria refere as barreiras físicas, enquanto elementos condicionantes à mobilidade dos utentes na habitação, seguindo-se a inexistência de condições básicas da habitabilidade (nomeadamente condições de salubridade e conforto). Analisados os motivos económicos, é evidente a referência, em ambas as situações, à insuficiência de rendimentos principalmente pelo baixo valor das pensões e rendimentos do agregado familiar e o peso orçamental das despesas fixas mensais, como despesas de manutenção, de saúde e de subsistência.

No que se refere aos motivos institucionais, é quase unânime a referência à inexistência/ausência de respostas sociais e a limitação das instituições na sua capacidade de resposta. Ou seja: a capacidade limitada das instituições leva à inexistência de vagas para novas admissões, pela crescente procura.

Em termos de avaliação relativa ao período compreendido entre 1/1/2011 e 31/12/2012 e no que se refere exclusivamente às prorrogações por motivos sociais, verificou-se que, das respostas obtidas, a maioria dos profissionais confirma a situação, sendo a maior incidência na tipologia de longa duração. Este agravamento é mais significativo no que se refere ao sexo feminino e por motivos sociais, apesar de a maioria ter suporte familiar.

Cabe aqui salientar que a equipa de profissionais de saúde da UCCI L Nostrum é inegavelmente uma equipa jovem, em que as idades do sexo masculino rondam os 35 anos e 29 anos no sexo feminino, sendo este o grupo mais numeroso. A área de formação prevalente é a da saúde (74,5%), sendo a enfermagem é a categoria profissional mais expressiva (58,8%). É perceptível a necessidade da existência de um número mais elevado de profissionais com formação na área da saúde, dado o maior objectivo das UCCI ser a prestação de cuidados de saúde, não obstante a presença de profissionais de outras áreas, nomeadamente da área das ciências sociais, justificada a sua intervenção pela prestação de apoio social.

A média de anos de exercício da profissão ronda os 9,3 anos para o sexo masculino e os 5,9 anos para o sexo feminino, o que é consensual com a média etária dos mesmos. Em termos de exercício de funções na UCCI L Nostrum, regista-se uma média de 3,4 anos, respeitante a 23,9% em funções há 4 anos e 26,1% há 5 anos, ou seja, desde a entrada em funcionamento da UCCI enquanto unidade de cuidados continuados para utentes da REDE. Refira-se que a UCCI L Nostrum só em Janeiro de 2008 estabeleceu a parceria com a RNCCI para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

Relativamente às tipologias em que desempenham a suas funções, verificou-se que o maior número de profissionais está afecto às unidades de média e de longa duração (64,7% e 70,6%), comparativamente com a unidade de convalescença e a unidade dos cuidados paliativos. Esta diferença no número de profissionais distribuídos por tipologia deve-se ao facto de, por um lado a maioria intervir em mais de uma tipologia e, por outro lado, o número total de utentes por cada tipologia difere porque, os tempos de internamento, as necessidades específicas de cuidados e a perspectiva de alta são diferentes e bem como tipo de cuidados prestado que requerer mais ou menos acompanhamento/intervenção.

Considerando os objectivos específicos definidos para aferir a questão central do estudo, foram identificados os seguintes factores não clínicos que condicionaram as altas dos doentes da UCCI L Nostrum, S.A, nas tipologias de Convalescença, Média Duração e

Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, após a alta clínica, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2012:

- Factor 1: Condicionante institucional – Insuficiência de respostas sociais adequadas e com capacidade de atender atempadamente às solicitações de integração
- Factor 2: Condicionante familiar – Insuficiente capacidade de resposta da família, para assegurar o regresso do utente ao domicílio, com as condições necessárias que garantam o seu bem-estar e a satisfação das suas necessidades.
- Factor 3: Condicionante económica – A insuficiência de rendimentos para fazer face a despesas associadas à situação de doença/dependência, nomeadamente para contratação de serviços, aquisição de equipamentos adequados ou pagamentos de mensalidades em entidades privadas equiparadas às respostas sociais de ERPI e SAD.
- Factor 4: Condicionante ao nível estrutural – A ausência de condições básicas de habitabilidade e/ou a existência de barreiras físicas são entraves ao regresso dos utentes ao domicílio levando à sua permanência na UCCI após a alta clínica, fazendo com que fiquem a aguardar resposta adequada, que pode passar pela integração em resposta social.

A identificação destes quatro factores é coincidente com os factores identificados pelos profissionais de saúde, de acordo com a sua percepção, quanto à existência de determinantes sociais que promoveram o protelamento das altas dos utentes da REDE, entre 1/1/2011 e 31/12/2012, por motivos exclusivamente sociais. Ou seja: ao pretender caracterizar a percepção dos profissionais de saúde quanto aos determinantes que condicionam as altas dos utentes da UCCI L Nostrum, após alta clínica, foram identificados os seguintes factores predominantes:

- Factor 1: Condicionante institucional
- Factor 2: Condicionante familiar.
- Factor 3: Condicionante económica
- Factor 4: Condicionante ao nível estrutural pelos motivos anteriormente descritos

O objectivo de identificar respostas sociais adequadas aos utentes da UCCI após a alta clínica está dependente de opções de fundo nas políticas de saúde, em particular na integração efectiva da REDE com as orientações preconizadas na Carta Social do MTSS.

No mesmo sentido vai a conclusão de um estudo de coorte observacional de acompanhamento de 351 participantes, de um programa de cuidados de transição em seis comunidades em dois estados da Austrália, que concluiu que o programa de alta para idosos em estado frágil após um episódio hospitalar prolongado de cuidados parece não só manter

como produzir melhorias na qualidade de vida, em função da intensidade do programa (Comans et al, 2013).

Neste contexto é de salientar que o relatório anual da Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais de 2011 refere que, tendo em conta a população total, o número de respostas sociais existentes foi superior à procura, excepto nas zonas metropolitanas de Lisboa e Porto, em que a procura foi superior à capacidade disponível. Este resultado é perceptível de acordo com a densidade populacional nas respectivas zonas. No entanto, nestes últimos anos e de forma pouco expressiva, o número de respostas sociais para a população mais idosa tem aumentado. Segundo a Carta Social, no ano de 2011, e tendo por referência o ano de 2010 verificou-se um aumento no número de respostas de 3%, contrapondo com o crescimento da população idosa, no mesmo período, que foi de 5,7% (INE, 2011). Mas estas respostas sociais estão sujeitas aos critérios de admissão definidos pelas próprias instituições, enquanto entidades autónomas, apesar de serem comparticipadas pelo Estado, e não contemplam a guarda de vagas para os utentes que saem da REDE e necessitam de integração imediata e, na maioria dos casos, de cuidados específicos.

Nessa perspectiva, o Relatório Final sobre a Implementação e Monitorização da RNCCI chama à atenção para a necessidade do alargamento de lugares na RNCCI, mas esse alargamento *“deveria ser acompanhado pelo aumento de respostas institucionais a nível social, bem como de maior apoio aos cuidadores (formação, grupos de entreajuda, pagamentos pela prestação de cuidados, etc.) e do fortalecimento dos serviços domiciliários de saúde e de apoio social para permitir uma resposta de continuidade de cuidados.”* (RNCCI, 2013; p:48). Situação evidente pelos dados confirmados que relatam que, em 2011, somente 18% dos utentes da REDE foram integrados em resposta social após alta da UCCI e em 2012 apenas 10,5% (RNCCI, 2013) o que na realidade significou uma diminuição de 42%, de 2011 para 2012, de utentes com alta e que entraram directamente em resposta social.

Relativamente às limitações deste estudo foram várias as identificadas ao longo deste processo estudo.

Primeiro, não podemos deixar de referir que, por se tratar de um estudo de caso, a capacidade de generalização fica limitada. No entanto permitiu fazer um estudo mais detalhado e aprofundado, tendo em conta os objectivos propostos.

Tal como Lüdke e André (1968) referem, o estudo de caso deve ser sempre bem delimitado, pelo que os seus contornos devem estar bem definidos. A preocupação central é

a singularidade, em que o objecto de estudo é tratado como único, tornando-se numa representação singular da realidade, multidimensional e historicamente situada. O estudo aqui apresentado abrangeu somente uma UCCI, pelo que seria importante o desenvolvimento de estudos em outras unidades para melhor identificar condicionantes às altas das UCCI's por motivos não clínicos.

Durante todo o processo de recolha de documentação bibliográfica e científica, apesar de haver estudos realizados sobre os protelamentos das altas hospitalares e a integração e utentes na REDE, não conseguimos identificar qualquer estudo sobre os condicionantes que promovem os protelamentos sociais nas UCCI's. Esta ausência de informação não permitiu a comparação entre estudos o que fez com que a abordagem fosse cautelosa, tentando ao máximo evitar enviesamentos ao longo da investigação. Compreende-se esta inexistência de estudos dado a REDE ser um projecto recente e ainda estar em fase de implementação e, apesar de noutros países existirem projectos semelhantes, o sistema português difere pela diversidade de respostas na área da saúde e pela intervenção feita com os utentes ao nível multidisciplinar, não se limitando à prestação dos cuidados de saúde. Nesse sentido, não nos pareceu viável a comparação de estudos entre realidades diferentes.

No entanto não podíamos deixar referir que esta é uma realidade com que as unidades hospitalares se debatem e que apesar do conhecimento da existência dos casos de protelamento por motivos sociais e da referência frequente ao peso que têm nos hospitais, não existe uma identificação sistemática dos casos sociais no SNS (Gouveia, M. et al, 2012). Em estudo realizado em unidade hospitalar e segundo Giraldo et al (2011), os autores concluíram que 98,8% dos casos o prolongamento do internamento se devia a problemas do âmbito sociofamiliar (Gouveia, M. et al, 2012).

Por outro lado, todo o processo de pesquisa de informação revelou-se uma mais-valia no aprofundamento do conhecimento sobre vários temas, directamente relacionados com o objectivo deste estudo, nomeadamente: o envelhecimento e a dependência, as UCCI's enquanto entidades de resposta na área social e da saúde, as suas potencialidades e limitações, bem como as respostas e políticas sociais vigentes e a emergência da sua reavaliação/ actualização perante o novo cenário da população portuguesa.

Recorrer a análise de processos clínicos levanta sempre alguns vieses possíveis, nomeadamente porque os registos não são feitos de forma sistemática ou padronizada (cada profissional de saúde escreve de forma idiossincrática, não pensando em termos de investigação mas sim em termos clínicos): sendo evidente a pouca informação em alguns questionários.

Em termos de acesso e recolha da informação, o estudo dependeu da cooperação e boa vontade dos profissionais. O facto de ser, em termos profissionais, conhecida dos participantes do estudo, aumentou o efeito de desejabilidade social em algumas das respostas dos inquéritos. No entanto, a boa relação existente entre as partes proporcionaram uma boa colaboração de todos o que permitiu uma taxa de respostas considerável.

Capítulo VI – Conclusão

A UCCI L Nostrum veio responder às mudanças na estrutura da sociedade para acolher as pessoas que se encontram em situação de dependência e com necessidade de cuidados diferenciados, sem recursos familiares, e que não necessitem de cuidados típicos de uma unidade de agudos. As entidades governantes compelidas a encontrar novas soluções possibilitam o funcionamento da REDE desde 2006, colmatando com a abertura das UCCI esse vazio existente. O modelo de intervenção é abrangente, visto que contempla as vertentes da saúde, social e económica dos utentes, e é composto por equipas multidisciplinares.

Mas há melhorias necessárias. No último relatório da RNCCI (3/2013), verifica-se que o número de referenciações para a REDE tem vindo a aumentar gradualmente bem como o número de utentes assistidos pelo que, só no ano de 2012 houve um aumento de 12%. Estes dados revelam a continuidade do processo de envelhecimento em que Portugal se encontra, perspectivando-se uma crescente necessidade de respostas adequadas ao envelhecimento e à dependência. Perante os resultados, parece-nos que é indiscutível a importância da REDE e das UCCI como uma resposta efectiva e eficaz no âmbito da velhice e da dependência, tendo em conta que o seu campo de actuação, na área da saúde, sem descurar a vertente social e económica, elementos fundamentais para uma intervenção total.

Não obstante, é cada vez mais urgente a existência de respostas de continuidade após a alta clínica, pois os utentes não podem permanecer nas UCCI quando já não têm critérios clínicos que justifiquem a sua permanência em internamento, e que, não têm condições de regressar ao domicílio, tal como verificado ao longo deste estudo, em que as condicionantes sociais, nomeadamente ao nível de suporte familiar e/ou económico, que nalguns casos é inexistente ou inadequado ou mesmo, insuficiente. Tal como reforça o Relatório da RNCCI, de Março de 2013: *“Na área social, a carência de camas em lares cria bloqueios à alta de doentes provenientes da base da Rede, ou seja das Unidades de Longa Duração e a partir daí até aos Hospitais. Qualquer estrangulamento na rede social e na RNCCI reflecte-se a montante, ou seja a nível hospitalar, bloqueando a alta de doentes que das mesmas necessitem”* (RNCCI, 2013).

Comparando os resultados obtidos através da plataforma informática GestCare e a percepção dos profissionais de saúde, é evidente a percepção real que estes têm sobre a existência de motivos não-clínicos que condicionam as altas dos utentes da UCCI L Nostrum, principalmente na MDR e, apesar de a maioria ter suporte familiar, este revela-se incapaz/inadequado de cuidar, o que promove a necessidade de mais respostas de integração

ao nível institucional. Ou seja, em termos gerais, os protelamentos por motivos institucionais são os mais comuns, principalmente no que se refere à capacidade de resposta adequada e atempada, das instituições (tipicamente as IPSS's), principalmente nas valências de lar e de apoio domiciliário. No entanto, os condicionantes económicos também apresentam um peso relevante, quer pelos baixos rendimentos, quer pelos encargos económicos familiares associados, ao nível do orçamento mensal. De igual modo é consensual a existência de condicionantes estruturais, nomeadamente a inexistência de condições habitacionais, nomeadamente barreiras físicas, que permitam o regresso ao domicílio.

Em termos gerais podemos concluir que em 2012, face aos 32 0961 habitantes com mais de 65 anos, em território nacional, dos quais 16 690 encontram-se em situação de dependência, existiam 2093 respostas em ERPI, com capacidade para 79 997 utentes, e 39 663 respostas de SAD com capacidade de resposta para 96 785 utentes. Pese embora o facto de nem todos os habitantes estarem em situação de dependência, na realidade as respostas existentes, ao nível de ERPI e de SAD, cobrem apenas pouco mais de metade da população idosa. Esta relação entre o número de respostas sociais e a população idosa não deixará grandes dúvidas quanto aos factores mais comuns que promovem o protelamento das altas em algumas UCCI, nomeadamente por insuficiência de suporte familiar, económico, estrutural e institucional.

Na UCCI L Nostrum, no período compreendido entre 1/1/2011 e 31/12/2012, foram identificados 40,2% dos utentes em situação de prorrogação de internamento sobre os quais, após análise dos motivos justificativos individuais se concluiu que 28,3% permaneceram internados unicamente por motivos sociais.

Os condicionantes identificados que mais contribuem para o protelamento dos internamentos por motivos sociais são de ordem familiar (inexistência, insuficiência e inadequação), económica (inexistência de rendimentos ou insuficiência), estrutural (ausência, inadequação ou insuficiência de condições básicas) e, com mais evidência, os de ordem institucional, na qual se destaca a incapacidade de integração dos utentes em equipamentos sociais.

Face aos resultados observados, parece-nos necessário, e atrevemo-nos a recomendar, uma reflexão relativamente a algumas políticas sociais que interferem directamente com a criação e gestão das respostas sociais, adequadas a uma população num processo irreversível de envelhecimento, e, conseqüentemente, ao aumento do número de pessoas em situação de dependência e sem rede de suporte de apoio.

Esta ideia emerge das conclusões deste estudo e está em harmonia com a sugestão da RNCCI que alvitra: *“Assim, atendendo às características da população, o crescimento de lugares na RNCCI deveria ser acompanhado de crescimento de respostas institucionais a*

nível social, bem como de maior apoio aos cuidadores (formação, grupos de entreajuda, pagamentos pela prestação de cuidados, etc.) e do fortalecimento dos serviços domiciliários de saúde e de apoio social para permitir uma resposta de continuidade de cuidados” (RNCCI, 2013).

Na sequência deste estudo parece pertinente concluir que faz sentido criar uma estrutura que monitorize os protelamentos de altas clínicas. Uma estrutura autónoma, tutelada pela ARS e o MTSS, formada por profissionais com conhecimento prático e especializado na área dos Cuidados Continuados e na área da Intervenção Social. A monitorização deve ser efectuada com base num modelo de actuação triangular, entre a REDE, as UCCI's e as respostas sociais existentes nas comunidades, sejam estas privadas ou IPSS.

A monitorização de altas clínicas terá uma dupla vantagem: garantir a celeridade e efectividade da mesma e poder actuar num programa de manutenção e melhoria da qualidade de vida do utente face ao diagnóstico das suas necessidades para recuperação aquando da sua inserção na comunidade. Em particular, pode assim ser estabelecida uma rede complementar para o fornecimento de serviços de cuidados pessoais, fisioterapia e terapia ocupacional, maximizando, assim, o potencial de ganhos para todo o sistema nacional de saúde e para a população e a qualidade de vida e bem-estar geral das famílias.

Considera-se igualmente importante e pertinente a continuação do estudo deste tema numa investigação que abranja todas as UCCI's do território nacional, de modo a identificar a existência ou não de condicionantes sociais comuns e desenvolver estudos que contribuam para atenuar este problema.

Bibliografia

- Albarelo, L. et al. (1997). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ander-Egg, E. (1995). *Introdução ao trabalho social*. Rio Janeiro: Vozes.
- Apifarma. (20 de Abril de 2011). *Glossário*. CEI - Centro de Estudos da Industria Farmaceutica. Acedido a 12 de Setembro de 2013, de http://ceif.apifarma.pt/ceif.apifarma.pt/index.php?option=com_glossary&func=view&Itemid=31&catid=15&term=Doen%25E7a.html
- Backes, M. e. (Jan/Mar de 2009). *Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico*. Revista de Enfermagem UERJ, 17(1), 111-117.
- Barreto, A. (2002). *Mudança Social em Portugal 1960/2000*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Wp 6-02; Outubro 2002. Acedido a 18 de Agosto de 2013 em <http://www.fcsh.unl.pt/docentes/luisrodrigues/textos/Mudan%C3%A7a%20Social%20em%20Portugal%20Ant%C3%B3nio%20Barreto.pdf>
- Batista A. et al. (2008). *Envelhecimento e dependência: desafio para a organização da protecção social I*. Brasília. MPS, SPPS: Coleção Providencia Social, vol. 28. Acedido a 18 de Agosto de 2013 em http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf
- Branco, N. (2010). *Cuidados Continuados Integrados: Estudo de um caso*. Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de Política Social do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, para obtenção do grau de mestre, orientada por Hermano Carmo, Lisboa.
- Campos, L., Saturni, P. & Carneiro, A. (2010) *PNS 2011/2016 - A qualidade dos cuidados e dos serviços*. PNS 2011/2016. [versão electrónica]. Acedido a 12 de Maio de 2013 em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carreira, H. M. (1996). *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gardiva.

- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001*. INE Ed. Revista de Estudos Demográficos, nº36, 175-91.
- Carrilho, M. J. & Gonçalves, C. (2006). *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. INE, Ed.. Revista Estudos Demográficos, nº 40, pp. 21-37.
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2009). *A Situação demográfica recente em Portugal*. INE Ed. Revista Estudos Demográficos, nº46, pp. 59-107.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). *A situação demográfica recente em Portugal*. INE Ed. Revista Estudos Demográficos, nº 48, pp. 101-145.
- Carvalho, M. (2005). *Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal*. Revista Intervenção Social, 31, 163 - 192.
- Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social*. Lisboa: Coisas e Ler.
- CID, G. d. (2001). *Manual de Boas Práticas, Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência - para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- Comans, T.A, et al. *Quality of life of older frail persons receiving a post-discharge program*. Health and Quality of Life Outcomes 2013, 11:58. Acedido a 04/01/2012 em <http://www.hqlo.com/content/11/1/58>
- Correia, J. M. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Dias, A, & Santana, S. (2009). *Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde*. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão [versão electrónica]. vol.8, n.1, pp. 12-20. ISSN 1645-4464.
- Esteves, A. J. (1968). *A investigação-acção*, in A. Santos Silva e J. Madureira Pinto. Metodologia das Ciências Sociais. 3. Porto: Aforntamento.

- Fernandes, A. A. (2001) *Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. Sociologia, Problemas e Práticas*. [versão electrónica]. n.36, pp. 39-52. ISSN 0873-6529
- Fernandes, E. (2004). *Por uma carta ética da Intervenção Social*. Rev. Intervenção, Julho. Lisboa: Editorial, ISS-Departamento.
- Ferreira, F.A Gonçalves (2005) - *Nutrição Humana*. 3º Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0245-5
- Ferreira, P. L. et al. *Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED)*. Rev. Enf. Ref. [versão electrónica]. 2011, vol.serIII, n.5, pp. 121-133. ISSN 0874-0283.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: 3ª Ed. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas.
- Freixo, M. J. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian
- Gomes, G. (2006). *Conflito social e welfare state : Estado e desenvolvimento social no Brasil*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 40 (2):201-36, Mar./Abr. 2006
- Gouveia, M. et al. (2012). *Transferências de Cuidados dos Hospitais para Cuidados Primários e Continuados*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro de Estudos Aplicados e Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. [versão electrónica]. Acedido a 22 de

Dezembro de 2013 em http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0541251001357131431-58.pdf

Greysen, S.R. (2012). *“Learning by doing” –Residente perspectives on developing competency in high-quality discharge care*. J Gen Intern Med. 2012 Sep;27(9):1188-94. doi: 10.1007/s11606-012-2094-5. Epub 2012 May 8. [versão electrónica].
Acedido a 22 de Novembro de 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514998/>

Guerra, I. (2000), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*. S. João do Estoril: Principia

José, J., Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa.
INE. (2009). *Projecções de população residente em Portugal 2008-2060*. ISSN 1645-7633, ISBN 978-989-25-0037-9. Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

INE (2011) *Censos 2011*. INE ed. Acedido a 21 de Abril de 2013 em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Lin, Chin-Jung et al. (2012) *Discharge Planning*. International Journal of Gerontology, doi:10.1016/j.jige.2012.05.001

Lopes, M. et al. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuado Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. Acedido a 21 de Abril de 2013 em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf acedido em 2/04/2013

Lopes, M. J. (2011). *Experiência nas equipas de Cuidados Domiciliários com suporte paliativo - ECCI do Centro de Saúde de Odivelas, Unidade de Apoio Domiciliário do IPOFGL e Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de mestre, orientada por José Carlos Bremejo, Lisboa.

Ludik, M. & André, M. *Pesquisa em educação abordagem qualitativa*. São Paulo EPU, 1986.

MTSS (2011). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos 2011*. Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2011.pdf> 1/09/2013

MTSS (2006). *Respostas Sociais- Conceitos e Nomenclaturas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P. Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em <https://www.google.pt/#q=Respostas+Sociais-+Conceitos+e+Nomenclaturas>

Neves, M. P. (2006). *Ética e experimentação humana: novas vulnerabilidades*. Cadernos de Bioética. Revista Portuguesa de Bioética, nº 42, Dez., Coimbra.

Netto, M. P. & Ponte, J. R. *Envelhecimento: desafio na transição do século*. In: Papaléo Netto, M. (Coord.) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p.3-12.

Osório, A. R. (2007). *Os idosos na sociedade actual*. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa (S. Silva, & R. Martins, Trads., 1ª ed., pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.

Paschoal, S. M. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, para obtenção do grau de mestre, orientada por Júlio Litvoc. São Paulo.

Pestana, N.N. (2003). *Trabalhadores Mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais*. MSST/DGERT Lisboa, 2003 ISBN: 972-8312-49-0 [versão electrónica]. Acedido a 6 de Abril de 2013 em http://www.dgert.mtss.gov.pt/estudos/estudos_emprego_trabalho.htm

Lopes, M. et al (2010). *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – Analisando o presente, Perspectivando o futuro*. PNS 2011/2016 . Évora. [versão electrónica]. Acedido a 12 de Maio de 2013 em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>

- Primo, J. e Mateus, D. (2008). *Normas para Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento* (Aplicáveis às dissertações de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa: Reitoria.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª edição. Lisboa: Gradiva.
- Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates - A integração biopsicossocial dos procesos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- Richardson, R.J. et al (1985). *Pesquisa social; métodos e técnicas*. S.Paulo: Editora Atlas.
- RNCCI (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. [versão electrónica]. Acedido a 8 de Setembro de 2013 em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI
- RNCCI (2010). *Ponto de situação da RNCCI: trimestral - Setembro 2012*. [versão electrónica]. Acedido a 8 de Setembro de 2013 em: <http://www.umcci.min-saude.pt/Paginas/Default.aspx>
- RNCCI (2010). Unidades de Convalescença. Acedido a 8 Setembro 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeConvalescenca.aspx>
- RNCCI (2010). Unidades de Média Duração e Reabilitação. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeMediaDuracaoeReabilitacao.aspx>
- RNCCI (2010). *Unidades de Longa Duração e Reabilitação*. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeLongaDuracaoeManutencao.aspx>
- RNCCI (2010). *Unidades de Cuidados Paliativos*. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeCuidadosPaliativos.aspx>

saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeCuidadosPaliativos.asp
x

RNCCI (2006). *A nossa Missão*. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/umcci/Paginas/ANossaMissao.aspx>.

RNCCI (2006). *Unidades de Dia e Promoção da Autonomia*. Acedido em 8 Setembro 2013 em <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf> <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/Paginas/Ambulatorio.aspx>

RNCCI (2010). *Respostas Domiciliárias*. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/Paginas/RespostasDomiciliarias.aspx>

RNCCI (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados-Relatório Final*. Mar.2013. [versão electrónica]. Acedido a 10 Maio 2013 em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Rel_Imple_Monit_RNCCI_2013

Robertis, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social*. Valencia: Nau Llibres.

Sampieri, R., C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw.

Saúde. D.G. (2005). *Plano Nacional de Saúde para a saúde das pessoas idosas 2004-2010*. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Saúde, DG. (2010). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, Circular normativa N°: 29/DSPCS. de 07/07/06. Acedido a 22 de Janeiro de 2013 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>

Scliar, M. (2007). *História do conceito de saúde*. Physis. vol.17, n.1, pp. 29-41. ISSN 0103-7331. Acedido a 18 de Fevereiro em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Lidel

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas- Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

Uchôa, E. (2001). *Dilemas em Psiquiatria: ciência, clínica e ética*. Bioética, vol 9 - nº 1; 45-52. Acedido a 22 de Janeiro de 2013
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/229/230

UMCCI. (Abril 2010). *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Resumo Executivo*. Acedido em 15 de Janeiro de 2012 em
http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf

UMCCI. (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º Semestre de 2012* Julho. [versão electrónica]. Acedido a 8 Setembro 2013 em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf.

UMCSP. (2006). *Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. MCSP/DGS. Acedido em 12/01/2013 em
http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/3FADF4DA-34C3-4F3C-895C-F07AE7AC51A3/2822/linhas_ac%C3%A7%C3%A3o.pdf

Vaz, M. E. (2001). *O quotidiano do idoso - esperança ou desesperanças*. Revista Intervenção Social, Julho/ 2001. Lisboa, ISSS – Departamento Editorial.

Variz, P.E. (1998). *Fundamentos económicos e sociológicos das Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Lisboa, Vulgata

Stuart-Hamilton, I. (2008). *A Psicologia do desenvolvimento: uma introdução*. Porto Alegre RS: Artmed Editora S.A.

Legislação

Constituição da República Portuguesa, (2005), VII Revisão Constitucional

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de Novembro. Criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde

Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril. Criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)

Anexos

Anexo I – Tabela de codificação de dados do formulário

Anexo II – Formulário de recolha de dados dos utentes da UCCI L Nostrum referenciados pela REDE entre 1/1/2011 e 31/12/2013

Anexo III – Questionário auto-preenchido aplicado aos profissionais de saúde da UCCI L Nostrum

Anexo I

Codificação de dados do formulário de recolha de dados de acordo com as variáveis em estudo

Variáveis em estudo
CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
Indivíduo: 1; 2; 3; 4; 5;.....
Sexo: 1-Masculino/ 2-Feminino
Idade: 1- <30; 2- 31-40; 3- 41-50; 4- 51-60; 6 - 61-70; 7- 71-80; >81
Nacionalidade: identificação do país
Naturalidade: Distrito ou provincia
Residência: concelho
CARACTERIZAÇÃO SOCIAL
Estado civil: 1-Casado; 2-Viúvo; 3-Solteiro
Agregado: 1-Familia; 2-Isolado
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA
Grau de dependência no momento da alta clínica: 0 (Autónomo); 1 (Parcialmente dependente); 2 (Totalmente dependente)
CARACTERIZAÇÃO NA UNIDADE DE UCCI LNUSTRUM
Tipologia: 1-Convalescença; 2-Média; 3-Longa; 4-Paliativos
Data Admissão: data de entrada na UCC
Data alta clínica
Protelamento: 1-Sim/ 2-Não
Data alta social
Nº dias protelamento social: nº de dias entre o dia posterior à data de alta clínica até ao dia da saída (inclusivé)
Nº total dias internamento: desde o dia de admissão (inclusivé) até ao dia de saída efectiva (inclusivé)
Motivo protelamento social: familiar; estrutural; institucional; económico
DADOS COMPLEMENTARES
Destino de saída: domicílio; resposta social; transferencia de UCCI
Transferência de Tipologia: Sim/ Não

Anexo II

Formulário de recolha de dados dos utentes da UCCI L Nostrum referenciados pela REDE entre 1/1/2011 e 31/12/2013

CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL						CARACTERIZAÇÃO SOCIAL		SITUAÇÃO CLÍNICA
ID	Sexo	Idade	Nacionalidade	Naturalidade	Residência	Estado civil	Agregado	Grau dependência
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

Dados recolhidos em Maio de 2013

Fonte: Plataforma informática de gestão e monitorização da RNCCI - GESTCARE CCI

**Formulário de recolha de dados dos utentes da UCCI L Nostrum referenciados pela REDE entre
1/1/2011 e 31/12/201**

	CARACTERIZAÇÃO NA UNIDADE DE CCI L NOSTRUM						
ID	Tipologia	Data Admissão	Data alta clínica	Protelamento (S/N)	Data alta	Total internamento	Motivo prorrogação
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

Dados recolhidos em Maio de 2013

Fonte: Plataforma informática de gestão e monitorização da RNCCI - GESTCARE CCI

Anexo III

“Protelamentos de altas na UCCI L Nostrum, segundo a percepção dos profissionais de saúde”

Este questionário insere-se num estudo que tem o objectivo de compreender melhor a percepção dos profissionais de saúde, que contactam directamente com os utentes da UCCI, acerca dos motivos das prorrogações dos internamentos. O estudo faz parte de um projecto de investigação no âmbito do Curso de Mestrado de Cuidados Continuados Integrados, da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

O questionário está dividido em 3 partes.

Na **Iª Parte** do questionário, as perguntas referem-se:

- à generalidade dos utentes (coluna da esquerda)
- aos utentes integrados na UCCI através da REDE (coluna da direita).

Na **IIª Parte**, as perguntas referem-se aos utentes **admitidos** na UCCI, através da REDE, no período compreendido **entre 1/01/2011 e 31/12/2012**.

A **IIIª Parte**, é exclusivamente dirigida aos técnicos de saúde de forma a caracterizar a equipa de saúde da UCCI L Nostrum.

De acordo com estudo piloto, o preenchimento do questionário não demora mais de 10 minutos. As respostas são anónimas e os dados serão tratados de forma agrupada e apenas para efeitos do presente estudo.

A todos os meus agradecimentos
e ao dispor para qualquer esclarecimento,

Carolina Monteiro
(mcarolinamonteiro@sapo.pt)
967682612

Lisboa, Junho de 2013

I Parte

Responda à seguinte pergunta, colocando o valor correspondente em cada quadrado.

<u>1. De acordo com a sua percepção, qual a percentagem de prorrogações de internamentos em cada tipologia*</u>	CV	MDR	LDM
	-----%	-----%	-----%

*CV: Convalescença - MDR: Média Duração e Reabilitação - LDM: Longa Duração e Manutenção

Responda às perguntas colocando um X no quadrado correspondente.

<u>2. Na sua opinião, qual dos seguintes é o tipo de motivo mais frequente da prorrogação do internamento</u>	Generalidade dos utentes	Utentes da REDE
Motivos Clínicos*	☐	☐
Motivos Sociais	☐	☐
Outros: quais? (especifique) _____	☐	☐
Sem opinião*	☐	☐

*Se respondeu apenas “Clínico” e/ou “Sem opinião”, passar à pergunta nº 19 (III Parte)

<u>3. Prorrogação por Motivos Sociais:</u>	Generalidade dos utentes	Utentes da REDE
Familiares	☐	☐
Económicos	☐	☐
Estruturais (condições habitacionais)	☐	☐
Institucionais (as nível das respostas sociais)	☐	☐
Outros: quais? (especifique) _____		
Sem opinião	☐	☐

<u>4. Prorrogação por Motivos Familiares:</u>	Generalidade utentes REDE	Utentes da REDE
Ausência de suporte familiar	☐	☐

Insuficiência de suporte familiar	☐	☐
Suporte familiar inadequado	☐	☐
Ausência de cuidadores	☐	☐
Distância geográfica	☐	☐
Outros: quais? (especifique) _____		
Sem opinião	☐	☐

5. Prorrogação por Motivos Estruturais:

	Generalidade dos utentes	Utentes da REDE
Sem habitação	☐	☐
Habitação sem condições básicas de habitabilidade	☐	☐
Barreiras físicas (à mobilidade)	☐	☐
Distância geográfica	☐	☐
Outros: quais? (especifique) _____		
Sem opinião	☐	☐

6. Prorrogação por Motivos Económicos:

	Generalidade dos utentes	Utentes da REDE
Ausência de rendimentos	☐	☐
Insuficiência de rendimentos	☐	☐
Incapacidade de gestão de rendimentos	☐	☐
Inacessibilidade a rendimentos	☐	☐
Encargos económicos pessoais/familiares	☐	☐
Outros: quais? (especifique) _____		
Sem opinião	☐	☐

7. Prorrogação por Motivos Institucionais

	Generalidade dos utentes	Utentes da REDE
Inexistência/Insuficiência de respostas sociais adequadas	☐	☐
Capacidade de respostas das instituições limitada	☐	☐
Tipo de respostas disponíveis insuficiente para atender às necessidades individuais	☐	☐

Carga laboral dos profissionais da UCCI como factor limitador na gestão/acompanhamento dos processos	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Outros: quais (especifique) _____

Sem opinião	☐	☐
-------------	--------------------------	--------------------------

II Parte – Estas perguntas referem-se exclusivamente aos utentes admitidos na UCCI, através da rede, no período entre 1/01/2011 e 31/12/2012.

8. <u>Nos últimos 2 anos (2011/2012), houve agravamento no número total de protelamentos?</u>	Sim	Não	Sem opinião
	☐	☐	☐

*Se respondeu “Não” ou “Sem opinião”, passar à pergunta nº 19 (III Parte)

9. <u>Maior incidência em que tipologia (s)?</u>	CV	MDR	LDM
	☐	☐	☐
10. <u>Qual o sexo (dos utentes) em que se verificou maior incidência de protelamento?</u>	Masculino	Feminino	Ambos
	☐	☐	☐
11. <u>Enquadramento familiar</u>	Isolados	Com suporte familiar	Sem informação
	☐	☐	☐

12. Na sua opinião qual dos seguintes foi o motivo mais frequente da prorrogação do internamento

Motivos Clínicos*	☐
Motivos Sociais	☐
Outros: quais? (especifique) _____	
Sem opinião*	☐

*Se respondeu “Clínico” e/ou Sem opinião, passar à pergunta nº 19 (III Parte)

13. Prorrogação por Motivos Sociais:

- Familiares ☐
- Económicos ☐
- Estruturais (condições habitacionais) ☐
- Institucionais (as nível das respostas sociais) ☐
- Outros: quais? (especifique) _____
- Sem opinião ☐

14. Prorrogação por Motivos Familiares:

- Ausência de suporte familiar ☐
- Insuficiência de suporte familiar ☐
- Suporte familiar inadequado ☐
- Ausência de cuidadores ☐
- Distância geográfica ☐
- Outros: quais? (especifique) _____
- Sem opinião ☐

15. Prorrogação por Motivos Estruturais:

- Sem habitação ☐
- Habitação sem condições básicas de habitabilidade ☐
- Barreiras físicas (à mobilidade) ☐
- Distância geográfica ☐
- Outros: quais (especifique) _____
- Sem opinião ☐

16. Prorrogação por Motivos Económicos:

- Ausência de rendimentos ☐
- Insuficiência de rendimentos ☐
- Incapacidade de gestão de rendimentos ☐
- Inacessibilidade a rendimentos ☐
- Encargos económicos pessoais/familiares ☐
- Outros: quais (especifique) _____
- Sem opinião ☐

17. Prorrogação por Motivos Institucionais

- Inexistência/Insuficiência de respostas sociais adequadas ☐
- Capacidade de respostas das instituições limitada ☐
- Tipo de respostas disponíveis insuficiente para atender às necessidades individuais ☐
- Carga laboral dos profissionais da UCCI como factor limitador na gestão/acompanhamento dos processos ☐
- Outros: quais (especifique) _____
- Sem opinião ☐

18. Na sua opinião que aspectos a implementar poderiam ser facilitadores das altas sociais?

III Parte – Perfil dos profissionais de saúde

PREENCHA APENAS SE FOR PROFISSIONAL DE SAÚDE

19. Sexo **Masculino** **Feminino**

☐☐

20. Idade (em 31/12/2012) _____ anos

21. Categoria Profissional _____

22. Há quantos anos exerce a sua profissão? _____ anos

23. Há quantos tempo trabalha na UCCI L Nostrum _____

24. Em que tipologias trabalha, na Nostrum? **CV** **MDR** **LDM** **CP**

*

☐☐☐☐

***CV:** Convalescença - **MDR:** Média Duração e Reabilitação - **LDM:** Longa Duração e Manutenção –
CP: Cuidados Paliativos