

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Gestão da Alta Hospitalar

Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Maria José Fernandes de Carvalho Sobral

Orientadores

Professora Doutora Maria José de Matos Rainho

Professor Doutor Vítor M. C. Pereira Rodrigues



Vila Real, 2015

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Gestão da Alta Hospitalar

Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Maria José Fernandes de Carvalho Sobral

Orientadores

Professora Doutora Maria José de Matos Rainho

Professor Doutor Vítor M. C. Pereira Rodrigues

Composição do Júri:

Professora Doutora Carla Susana da Encarnação Marques

Professora Doutora Ana Branca Soeiro de Carvalho

Professora Doutora Maria José de Matos Rainho

Vila Real, 2015

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores, Professora Doutora Maria João Rainho e Professor Doutor Vítor Rodrigues, pelo contributo na concretização da ideia.

Ao Dr. Carlos Cadavez, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, pela pronta autorização e receptividade na realização do projeto no Centro Hospitalar.

Ao Dr. Américo Guimarães e Dr. Fernando Afonso, Coordenadores da Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, pela disponibilidade na prestação de informação.

À Dr.^a Manuela Felgueiras e Enfermeira Isabel Moura, do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Norte, pela disponibilidade no acesso aos dados de investigação.

Ao Alexandre Farinha.

À Mália, pela compreensão e paciência.

Aos meus sobrinhos, pela força dos sorrisos.

A toda a família, pelo apoio e incentivo.

Ao Abílio Figueiredo, pelos sábios conselhos.

À Teresa Pinto Carvalho, pela revisão da estrutura da dissertação.

À Ana Maria Nóbrega, pelo encorajamento.

Aos colegas, pela partilha.

RESUMO

O Serviço Nacional de Saúde português, tradicionalmente organizado em cuidados de saúde primários e hospitalares, foi reestruturado em 2006 com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta Rede pretende dar resposta a novas necessidades de saúde e sociais, sendo a natureza dos cuidados prestados complementar aos outros dois níveis de cuidados, com os quais se articula de forma territorialmente descentralizada. A Rede é composta por unidades tipológicas diferenciadas, nas modalidades de internamento e de ambulatório, com equipas especializadas de referência e prestação de cuidados.

Com o presente estudo de caso pretendeu-se caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes referenciados e admitidos na Rede e apreciar o circuito processual da referência entre uma unidade hospitalar que inicia o processo, a entidade gestora local que o avalia e a entidade gestora regional que procede à admissão dos utentes numa das unidades da Rede. Outro dos objetivos foi a avaliação do impacto dos procedimentos de referência no tempo de permanência do internamento hospitalar.

O estudo, de natureza descritiva e retrospectiva, incluiu uma amostra de 805 casos relativos à referência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, em 2013. Desta amostra, 595 casos foram admitidos na Rede, o que corresponde a uma taxa de 74%, inferior à média nacional (86%). Quase metade dos utentes referenciados foi admitida em Unidades de Média Duração e Reabilitação (46%), enquanto a nível nacional a tipologia com maior número de admissões foi para Equipas de Cuidados Continuados Integrados (30%).

As especialidades clínicas do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro responsáveis por quase 90% das referências foram a ortopedia, medicina interna e neurologia e os utentes admitidos na Rede eram maioritariamente idosos (média a rondar os 75 anos), do sexo feminino e casados. Cerca de 45% residia nos concelhos de Chaves, Valpaços e Vila Real. A maior parte dos utentes foi admitida em unidades de internamento (78%) e apenas 15% destes permaneceram no seu concelho de residência.

O tempo médio desde a referência até à admissão numa unidade da Rede foi de 9,73 dias e a moda de 5 dias. Por tipologia, a demora média mais elevada foi para as Unidades de Longa Duração e Manutenção (30,27) e a menor para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (5,57). O tempo médio do circuito processual entre as entidades gestoras local e regional foi de 3,59 dias.

O teste de correlação de *Pearson* demonstrou uma correlação positiva entre o tempo de apreciação processual e o prolongamento do internamento hospitalar.

Palavras-chave: Sistema de saúde, gestão hospitalar, alta hospitalar, cuidados continuados.

ABSTRACT

The Portuguese National Health Service, traditionally organized in primary and hospital healthcare, was restructured in 2006 with the foundation of the National Long-Term Care Network. This network aims to respond to new health and social needs, and the nature of care provided is complementary to the other two levels of care, with which it works nationwide. It comprises different units, with specialized teams of referral and care.

This case study objectives are the definition of the sociodemographic profile of the network users and the review of hospital, local and regional management procedures. Hospital creates the referral procedures, local management evaluates the process and the regional management performs users admission in one of the Network units. It is also intended to assess procedures impact in hospital's length of stay.

This descriptive and retrospective study includes 805 sample cases concerning Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE referral in 2013. From this sample, 595 cases were admitted to the Long-Term Care Network, a rate of 74%, lower than the national average (86%). Almost half of the users were admitted to Rehabilitation Units (46%), while nationally the highest number of admissions was to Home Care Teams (30%).

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro clinical specialties that account for almost 90% of referrals were orthopedics, internal medicine and neurology and Network users were mostly elderly (average 75 years old), female and married. About 45% lived in Chaves, Valpaços and Vila Real counties. Most users were admitted to inpatient units (78%) and only 15% remained in their home county.

The average time from referral to unit admission was 9.73 days and mode was 5 days. For specialized units, the maximum waiting times were for the Long-Term and Support Units (mean 30.27 days) and the minimum waiting times were for Home Care Teams (mean 5.57 days). The average time between the local and regional management was 3.59 days.

The Pearson correlation test showed a positive correlation between time procedures at the local and regional management and hospital's length of stay.

Keywords: healthcare system, hospital management, hospital discharge, long-term care.

ÍNDICE

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice de Figuras	xiii
Índice de Tabelas	xv
Lista de Abreviaturas e Siglas	xvii
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	1
1.1. Introdução	3
1.2. Relevância e Objetivos da Investigação	4
1.3. Metodologia	5
1.4. Estrutura da Investigação	6
CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.1. Gestão da Alta Hospitalar	9
2.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	17
2.3. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	34
2.3.1. Caracterização estrutural e da atividade	34
2.3.2. Planeamento da alta hospitalar	35
2.4. Proposta de um Modelo Conceptual de Investigação	40
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	41
3.1. Tipo de Estudo	44
3.2. Questões e Proposições de Investigação	45
3.3. População e Amostra em Estudo	46
3.4. Fontes de Dados	47
3.5. Variáveis em Estudo	47
3.6. Análise dos Dados	49
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	51
4.1. Caracterização Sociodemográfica dos Utentes Referenciados	53
4.2. Referenciação no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	56
4.3. Admissão na RNCCI	57
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia das unidades da RNCCI	19
Figura 2 - Competências da ECL e ECR.....	21
Figura 3 - Processo de sinalização	23
Figura 4 - Processo de ingresso	24
Figura 5 - Processo de admissão	25
Figura 6 - Distribuição de camas por áreas geográficas UCCI Norte, 2013	29
Figura 7 - Camas UCCI previstas e existentes no Norte, 2013	30
Figura 8 - Distribuição de camas por tipologia UCCI Norte, 2013	30
Figura 9 - Referenciação hospitalar para a RNCCI, 2013	32
Figura 10 - Referenciação ACES para a RNCCI, 2013	32
Figura 11 - Responsabilidades dos profissionais de saúde na planificação da alta.....	36
Figura 12 - Documentos da alta	37
Figura 13 - Processo de gestão da alta	39
Figura 14 - Modelo conceptual da investigação	40
Figura 15 - Desenho da investigação	43
Figura 16 - Distrito de residência dos utentes referenciados pelo CHTMAD	55
Figura 17 - Especialidades médicas referenciadoras do CHTMAD	57
Figura 18 - Concelho de residência dos utentes admitidos na RNCCI	60
Figura 19 - Demora em dias na apreciação das propostas de referenciação	65
Figura 20 – Taxa de admissão por tipologia da RNCCI	68
Figura 21 - Circuito processual e tempos médios	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Profissionais/horas recomendados para as unidades de internamento	22
Tabela 2 - Profissionais/horas recomendados para as unidades de ambulatório	22
Tabela 3 - Camas de internamento da RNCCI em 31/12/2013	27
Tabela 4 - ECCI em 31/12/2013	27
Tabela 5 - Taxa de ocupação da RNCCI em 31/12/2013	28
Tabela 6 - Demora média da RNCCI em 31/12/2013	29
Tabela 7 - Taxa de ocupação UCCI Norte, 2013	31
Tabela 8 - Taxa de ocupação ECCI Norte, 2013	31
Tabela 9 - Atividade do CHTMAD em 2013	35
Tabela 10 - Variáveis da caracterização dos utentes referenciados pelo CHTMAD	48
Tabela 11 - Variáveis da referenciação para a RNCCI	49
Tabela 12 - Caracterização dos utentes referenciados pelo CHTMAD.....	54
Tabela 13 - Idade dos utentes referenciados pelo CHTMAD.....	54
Tabela 14 - Estado civil e sexo dos utentes referenciados pelo CHTMAD	55
Tabela 15 - Concelho de residência dos utentes referenciados pelo CHTMAD	56
Tabela 16 - EGA de referenciação do CHTMAD	56
Tabela 17 - Unidades da RNCCI propostas pela EGA do CHTMAD	57
Tabela 18 - Processos referenciados	58
Tabela 19 - Caracterização dos utentes admitidos na RNCCI	59
Tabela 20 - Idade dos utentes admitidos na RNCCI	59
Tabela 21 - Estado civil e sexo dos utentes admitidos na RNCCI	60
Tabela 22 - Taxa de utentes admitidos nas unidades da RNCCI no concelho de residência	61
Tabela 23 - Uteses admitidos em unidades de internamento no concelho de residência.....	62
Tabela 24 - Tipologia das UCCI por concelho	63
Tabela 25 - Tempo total na referenciação para a RNCCI	64
Tabela 26 - Tempo na referenciação por tipologia da RNCCI	64
Tabela 27 - Tempo na referenciação e vaga na RNCCI	65
Tabela 28 - Tempo na apreciação das propostas de referenciação	65
Tabela 29 - Tempo entre as datas previstas e efetivas de alta	66
Tabela 30 - Correlação entre a data de apreciação das propostas e data de alta hospitalar	66
Tabela 31 - Tempo entre a data da vaga e a admissão na unidade da RNCCI	67
Tabela 32 - Taxa de utentes admitidos na RNCCI, por especialidade médica referenciadora.....	67
Tabela 33 - Unidades propostas pela EGA e validadas pela ECL	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
CDSS - Centro Distrital da Segurança Social
CHTMAD - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
EPE - Entidade Pública Empresarial
DL - Decreto-Lei
ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados
ECL - Equipa Coordenadora Local
ECR - Equipa Coordenadora Regional
EGA - Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP - Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística
IP - Instituto Público
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
LTC - *Long-Term Care*
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UC - Unidade de Convalescença
UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS - Unidade Local de Saúde
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

1.1. Introdução

O acesso aos cuidados de saúde e a satisfação das necessidades dos cidadãos são promotores de bem-estar social. Ao Estado português cabe zelar pelos direitos legalmente constituídos na proteção à saúde, desempenhando atualmente funções de financiador, prestador e gestor da rede de cuidados.

Até 2006 a prestação pública de cuidados de saúde estava organizada em dois tipos de estruturas: cuidados de saúde primários, serviços de proximidade vocacionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, e cuidados diferenciados, com oferta de serviços especializados em situações agudas e crónicas.

Nesse ano, na sequência do trabalho desenvolvido pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência¹, que identificou as necessidades não satisfeitas no que respeita à prestação de cuidados de saúde e de apoio social, foi criada uma rede de prestação de cuidados com o objetivo de disponibilizar respostas de cuidados de saúde personalizadas, de acordo com as condições particulares dos seus destinatários, designada Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)².

A Rede foi implementada em todo o território nacional, com parcerias que envolvem instituições públicas, privadas e do setor social. Vocacionadas para a prestação de cuidados de reabilitação e de apoio social, os estudos preparatórios³ identificaram os idosos como potenciais destinatários da nova oferta de cuidados. O modelo implementado, além do carácter descentralizado e articulado com os cuidados de saúde primários e hospitalares, complementa a oferta de cuidados, com objetivos e estruturas bem definidas e diferenciadoras.

Em tempo de restrições orçamentais, é ainda mais pertinente compatibilizar a gestão eficiente dos recursos financeiros, humanos, técnicos e tecnológicos afetos à Saúde com a prestação dos cuidados necessários, oportunos e eficazes, assegurando também a sustentabilidade das instituições públicas de saúde.

¹ Estrutura criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril.

² Criada pelo DL n.º 101/2006, de 6 de junho.

³ Ver Gesaworld (2005), *Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual: Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e apoio social a Pessoas em Situação de Dependência*.

1.2. Relevância e Objetivos da Investigação

As alterações sociodemográficas verificadas nas últimas décadas nos países ocidentais geraram novas necessidades no âmbito dos cuidados de saúde, que carecem de resposta adequada. Por um lado, as modificações demográficas com impacto na saúde, como o aumento da esperança média de vida e de longevidade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2013a, 2013b), as consequentes transformações epidemiológicas e, por outro, as alterações de natureza social, como as alterações na estrutura nuclear das famílias, de núcleos alargados para a dispersão geográfica dos seus membros, e a integração generalizada da mulher no mundo do trabalho (INE, 2012).

Estas alterações colocam dificuldades às famílias que, como suporte em caso de doença prolongada e/ou dependência física dos seus membros, têm-se mostrado uma estrutura insuficiente de apoio e, simultaneamente, o sistema nacional de saúde tem tido dificuldade em responder às expectativas dos cidadãos⁴.

Os hospitais têm assegurado a resposta a estas necessidades e expectativas, mas a dificuldade em gerir e responder às solicitações, muitas vezes também de natureza social, e garantir a qualidade dos serviços prestados, bem como a adequação da resposta pelas entidades cuja vocação é o tratamento de situações agudas, levaram à criação de novas estruturas vocacionadas para a prestação de serviços de reabilitação e cuidados personalizados, em Portugal a RNCCI.

Dada a complexidade inerente à gestão do sistema de saúde, importa saber se os objetivos definidos para esta nova estrutura estão a ser alcançados, nomeadamente a adequação da oferta, a eficácia gestionária e a articulação entre os prestadores.

Assim, os objetivos da investigação incluem: *i)* a caracterização dos utentes referenciados para esta Rede pelos serviços hospitalares, confirmando se corresponde à descrição do perfil dos destinatários e necessidades que estavam originalmente referenciadas; *ii)* e a apreciação do processo organizacional de gestão de altas hospitalares e a sua articulação com as entidades envolvidas no processo de referência e admissão na RNCCI.

⁴ Ver preâmbulo do DL n.º 101/2006, de 6 de junho.

A operacionalização do plano de estudo apoia-se nos elementos sociodemográficos dos utentes referenciados pelo hospital para integração na Rede, que permitirão caracterizar aqueles que necessitam de cuidados pós-hospitalares, e na análise dos tempos do circuito de referência, envolvendo as equipas hospitalares, a Equipa Coordenadora Local (ECL) e a Equipa Coordenadora Regional (ECR) que possibilitarão a avaliação da adequação e eficácia da organização processual e interinstitucional. Também a taxa de processos deferidos pela ECL poderá ser um indicador da adequação gestonária no ato da referência. A identificação da localização da unidade de destino dos utentes permitirá apurar a adequação da oferta à procura, em termos de distribuição geográfica e, simultaneamente, confirmar a proximidade ou não das unidades da RNCCI ao seu local de residência e núcleo familiar.

1.3. Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos, o trabalho iniciou-se pela pesquisa e revisão bibliográfica de carácter científico, procedendo-se ao enquadramento do tema com base em fontes institucionais internacionais (OCDE, União Europeia e revistas especializadas) e nacionais (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], Administração Regional de Saúde do Norte [ARS Norte], Entidade Reguladora da Saúde (ERS), diplomas legais e projetos de investigação.

Os procedimentos da referência foram estudados através dos normativos de aplicação nacional, emitidos pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), e específicos, através das normas internas do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) e informação do respetivo Coordenador da Equipa de Gestão de Altas (EGA).

Os dados para análise, relativos à referência no ano de 2013 do CHTMAD foram extraídos da plataforma GEST-CARE CCI® e facultados pela entidade gestora nacional da RNCCI, a ACSS, via Departamento de Contratualização da ARS Norte – Área Funcional dos Cuidados Continuados Integrados, após autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD.

1.4. Estrutura da Investigação

No capítulo I é apresentado o tema escolhido – referenciação hospitalar para a RNCCI – com recurso a uma breve síntese de enquadramento deste novo modelo de prestação de cuidados, definição dos objetivos da investigação e correspondentes linhas metodológicas (enquadramento teórico, normativos aplicáveis à gestão e funcionamento da referenciação hospitalar e estudo de caso).

O capítulo II começa pela contextualização da decisão da alta hospitalar, bem como os normativos e procedimentos que lhe são aplicáveis e a revisão da literatura. Segue-se a caracterização da atividade desenvolvida pela RNCCI em 2013 a nível nacional, com destaque para a região norte na qual está incluída o centro hospitalar, caso em estudo. Após a apresentação da unidade hospitalar – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE – segue-se a descrição do processo de planeamento da alta hospitalar. O capítulo termina com a apresentação do modelo da investigação que permitirá responder às questões formuladas.

No capítulo III é apresentado o enquadramento metodológico da investigação, a definição das questões e proposições da investigação, a amostra e variáveis selecionadas, bem como a correspondente análise de dados.

No capítulo IV são apresentadas as análises efetuadas e os resultados obtidos, de acordo com o modelo conceptual adotado: caracterização sociodemográfica dos utentes referenciados e admitidos na Rede e o circuito processual da referenciação.

Finalmente, o capítulo V inclui a apreciação global do tema escolhido e a síntese dos resultados, com resposta às questões de investigação formuladas.

CAPÍTULO II
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Gestão da Alta Hospitalar

Na apresentação do planeamento da alta hospitalar e referenciação para a RNCCI importa referir o processo organizacional bem como os impactos previsíveis da oportunidade da decisão da alta sobre a saúde e gestão da doença.

Os hospitais caracterizam-se pela oferta de cuidados de saúde em regime de “internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (INE, 2014)⁵.

Após o internamento, os utentes podem necessitar da continuidade de cuidados na sequência dos episódios agudos ou crónicos da doença, seja no domicílio, em ambulatório no próprio estabelecimento de saúde ou na transferência para outra instituição de cuidados de saúde. Para gerir este processo, no que diz respeito à referenciação para a RNCCI, a UMCCI⁶ procedeu, em 2008, à aprovação do Manual de Planeamento e Gestão de Altas, aplicável aos hospitais e com os objetivos de “garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes” (UMCCI, 2008, p.3).

No âmbito das suas atribuições, cabe às EGA⁷ das unidades hospitalares a coordenação e planeamento das altas hospitalares em regime de internamento⁸, sendo da competência do médico assistente do utente a decisão da alta clínica. A EGA deve ser constituída, no mínimo, por três elementos: médico, enfermeiro e assistente social, designados pelo conselho de administração hospitalar (UMCCI, 2008).

De acordo com as orientações inscritas no referido manual, a alta deve ser planeada o mais cedo possível, preferencialmente na data de início do internamento, devendo todas as decisões e procedimentos estar bem definidos, justificados e registados, o que permitirá assegurar a qualidade dos serviços prestados pelos vários intervenientes ao utente e dotar a correspondente nota de alta de toda a informação imprescindível à continuidade dos cuidados.

⁵ INE (2014). Retirado de <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>

⁶ Estrutura criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro, que coordenou a RNCCI até à transferência de competências para a ACSS em 2012.

⁷ Criadas pelo DL n.º 101/2006, de 6 de junho.

⁸ De acordo com a alínea h) do artigo 3.º da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, é considerado doente internado aquele que ocupe cama para diagnóstico ou tratamento com permanência de pelo menos 24 horas.

Os objetivos definidos na gestão de altas são, de acordo com o n.º 3.1 do manual, entre outros:

- Garantir a existência de um programa atempado e integrador dos cuidados necessários no local adequado, para assegurar a máxima independência do utente;
- Assegurar a continuidade de cuidados ao utente;
- Garantir que o utente só fica no hospital o tempo necessário aos procedimentos de avaliação ou tratamento da sua situação clínica, que não possam ser feitos em ambulatório ou noutras unidades de internamento;
- Implementar o planeamento da alta.

As situações passíveis de referenciação para a Rede definidas pelo manual (UMCCI, 2008) devem ser sinalizadas pelos serviços clínicos do internamento à EGA, preferencialmente entre as 24 e 48 horas após a admissão no internamento, sendo indicadores os seguintes critérios:

- Fragilidade e em situação de dependência (desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais);
- Doenças crónicas com episódios frequentes de agudização (doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca grave);
- Doenças graves, em fase avançada ou terminal;
- Necessidade de continuidade de tratamentos (tratamento de feridas, úlceras, sondas, supervisão na administração terapêutica, etc.).

Internacionalmente e a título exemplificativo, refira-se que o Department of Health & Human Services dos Estados Unidos da América (2013), através do Center for Clinical Standards and Quality/Survey & Certification Group, atualiza e divulga regularmente as instruções relativas ao Centers for Medicare e Medicaid Services Manual System⁹. Sinteticamente, no que diz respeito à planificação de altas, as orientações incluem especificações relativas:

- Plano de alta normalizado e aplicável a todos os utentes;
- Redação de todos os procedimentos;
- Identificação o mais cedo possível dos utentes com necessidade de planificação de alta;

⁹ Programas públicos de serviços de saúde disponíveis para idosos (*Medicare*) e pobres (*Medicaid*) (<http://cms.hhs.gov/>).

- Nomeação de um profissional qualificado (enfermeiro, assistente social ou outro) para desenvolver e supervisionar o planeamento individual;
- Avaliação da necessidade de plano de alta antes da sua efetivação, com definição dos cuidados subsequentes;
- Discussão com o utente ou familiar do plano de alta;
- Reavaliação e reelaboração do plano, caso se justifique;
- Inclusão no plano de alta de entidades de prestação de cuidados mais próximas da área de residência.

Relativamente ao impacto do planeamento de altas na eficácia da continuidade dos cuidados e de acordo com o estudo de Garção (2013), efetuado a 12 hospitais nacionais integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com e sem processos de planeamento normalizados, o autor concluiu não existirem diferenças significativas nas taxas de reinternamento entre os dois grupos, bem como na demora média dos episódios de internamento¹⁰. Estas conclusões não deixam de ser surpreendentes, quando estudos adiante referidos e normas internacionais apontam para a necessidade de um planeamento efetivo das altas para a diminuição das readmissões hospitalares e adequação dos cuidados pós-hospitalares.

Quanto às consequências, em termos de demora média hospitalar nos casos dos utentes com sinalização para ingresso na RNCCI, Ferreira (2012), numa investigação realizada no Centro Hospitalar do Porto, concluiu que a referenciação significou um aumento no número de dias de permanência hospitalar. A demora média dos utentes referenciados foi superior em 36,28 e 24,02 dias nos anos 2012 e 2011, respetivamente. Em termos totais, o diferencial da demora média dos utentes referenciados para a Rede em ambos os anos corresponde a uma média de 24,19 dias, com um custo associado de 13.216,21 euros¹¹.

Sendo os idosos um grupo etário particularmente vulnerável, Teixeira (2012) realizou um estudo no âmbito da satisfação dos utentes (internados no serviço de medicina do Centro Hospitalar Lisboa Norte, com idade superior a 65 anos) e respetivos familiares. O objetivo foi avaliar o impacto de um plano de alta integrado nas readmissões hospitalares. O grupo de controlo foi destinatário de um planeamento elaborado nos moldes habituais no serviço e

¹⁰ Os hospitais com processo de standardização apresentam taxas de reinternamento de 7,48% e os outros de 8,39%. Em termos de demora média, os hospitais sem processo normalizado de gestão de altas apresentam uma média inferior (7,8%) relativamente aos primeiros (8,5%).

¹¹ Se considerado um custo diário de 546,25€.

outro de um planeamento de alta integrado. O estudo aponta para uma maior satisfação dos utentes do grupo experimental relativamente ao acompanhamento pós-hospitalar, bem como a existência de repercussões positivas na diminuição das reincidências hospitalares.

Enderlin et al. (2013) verificaram que os idosos são os utentes mais vulneráveis às falhas existentes na articulação dos vários serviços prestadores de cuidados, em termos de qualidade e segurança, com graves consequências para a sua saúde, nomeadamente em reinternamentos hospitalares e até mesmo a morte.

Os mesmos autores referem que as investigações mais recentes consideram que a avaliação dos processos de transferências intrainstituições destes utentes é prioritária para melhorar os indicadores de saúde. A complexidade das práticas organizacionais é indutora de problemas a nível comunicacional, partilha de informação, prescrição medicamentosa, continuidade de cuidados de saúde e acesso a cuidados após a alta, cujas consequências para os utentes incluem as infeções nosocomiais, delírios, quedas e erros de toma de medicação. Estes problemas podem ser agravados pela linguagem utilizada, o grau de literacia em saúde dos cidadãos e diferentes práticas culturais (Enderlin et al., 2013).

Num estudo orientado por Kanak et al. (2008) e mencionado por Enderlin et al. (2013), foi verificado que cerca de 20% dos 11 milhões de beneficiários do *Medicare* foram readmitidos no hospital 30 dias após a alta e 34% em 90 dias após a mesma, bem como 25% dos utentes referenciados para unidades de cuidados continuados.

Enderlin et al. (2013) apresentam, como proposta de melhoria, seis modelos de gestão de altas¹² que consideram úteis aos profissionais de saúde, uma vez que promovem os cuidados centrados nos utentes e são indutores da diminuição das readmissões hospitalares, bem como dos custos que lhe estão associados.

Kornburger, Gibson, Sadowski, Maletta e Klingbeil (2013) destacam a importância da literacia em saúde¹³ no impacto da qualidade dos cuidados de saúde dos utentes após a alta hospitalar, assim como Sanders, Federico, Klass, Abrams e Deyer (2009), que salientam os casos em que os utentes são crianças e as doenças crónicas, tais como asma ou diabetes.

¹² *Transition Care Model (TCM), Care Transitions (CIT), Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions (BOOST), Re-engineered Discharge (RED), Chronic Care Model (CCM) e Intervention to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT).*

¹³ Os autores usam a definição de Weiss (2007) e esta é caracterizada como a capacidade para compreender a informação básica sobre a manutenção da saúde e dos serviços prestados.

O não cumprimento das instruções após a alta nos cuidados a crianças e adolescentes é gerador de necessidades de saúde acrescidas, aumenta o risco de complicações, tomadas de medicação e doses erradas e aumento de readmissões hospitalares, como referido por Lerret (2009) e Sanders et al. (2009).

Lerret (2009) considera essencial que os cuidadores estejam habilitados a apoiar os utentes na prestação de cuidados necessários no domicílio. No caso do acompanhamento de crianças sujeitas a transplante de órgãos, considera imprescindível que as necessidades parentais, nomeadamente a nível emocional, sejam satisfeitas para que estes possam acompanhar e cuidar dos filhos logo após o pós-operatório. Refere que os profissionais de enfermagem são essenciais na preparação da transição de cuidados ao transmitir aos pais os conhecimentos necessários sobre a doença, tratamento, autocuidado, potenciais complicações e processo de recuperação. Destaca, ainda, as técnicas comunicacionais como essenciais na coordenação não só entre os profissionais de saúde e os pais, mas também entre os familiares que prestam apoio.

Sanders et al. (2009) consideram ser comum a fraca literacia dos cuidadores, estando associada à existência de poucos cuidados preventivos e fracos resultados na recuperação da saúde, nomeadamente em doenças crónicas.

Para prevenir estes problemas, Kornburger et al. (2013) sugerem a implementação de metodologias que usem os pressupostos sugeridos por Burkhart (2008) relativos à transmissão de toda a informação e instruções necessárias para os cuidados pós-hospitalares ainda no decurso do internamento dos utentes, dotando-os e aos respetivos cuidadores das competências e técnicas imprescindíveis à execução segura e eficaz dos procedimentos.

A metodologia consiste na execução de um processo faseado, designado “*teach-back*”, caracterizado pela sua abrangência e interdisciplinaridade e que utiliza uma estratégia baseada na evidência, habilitando o pessoal de enfermagem a identificar o grau de compreensão da informação, a corrigir as indicações incorretas, a reforçar as instruções de medicação e a ensinar os utentes e cuidadores a utilizar técnicas na recuperação no domicílio, tornando-os mais independentes. Este processo pressupõe que os profissionais coloquem os utentes e familiares à vontade e os encorajem a esclarecer todas as suas dúvidas, usem uma linguagem simples e adequada aos seus destinatários, evitando o uso de jargões técnicos ou termos

demasiado vagos e que a quantidade de informação ou procedimentos a transmitir seja faseada, para melhor ser apreendida (Kornburger et al., 2013; Weiss, 2007).

Yam et al. (2012) realizaram um estudo utilizando a metodologia *delphi* para validar e pré-testar um modelo processual de planeamento de altas, a aplicar num hospital piloto em Hong Kong, com objetivos de redução das readmissões hospitalares desnecessárias, obtenção de um sistema de altas eficaz e identificação dos cuidados apropriados após a alta. A estrutura metodológica abrangeu cinco fases: diagnóstico inicial, processo do planeamento da alta, coordenação da alta, a sua implementação e seguimento após a alta. O modelo foi sujeito a avaliação usando critérios de clareza, validade e aplicabilidade.

O critério da aplicabilidade foi o que gerou maior discordância entre os participantes, nomeadamente no que dizia respeito ao planeamento da alta até 24 horas após a admissão do utente. As razões invocadas para as dificuldades na elaboração do plano de alta incluíam a escassez de recursos humanos, deficiências de competência técnica e indisponibilidade física, principalmente ao fim de semana e períodos e férias. Esta abordagem metodológica de validação do modelo permitiu a sua adaptação antes da implementação, melhorando a sua aplicabilidade e aceitação, ao levar em consideração as especificidades do ambiente interno e externo, bem como os constrangimentos do sistema organizacional (Yam et al., 2012).

No cerne da questão está o ato de decidir qual o momento mais apropriado para a alta do utente. Se a alta for precoce, o utente corre o risco de ter depreciações do seu estado de saúde e, eventualmente, uma readmissão hospitalar, por outro lado, se for prolongada além do necessário existe um desperdício de recursos afetos a um utente que deles não necessita (Leeds, Sadiraj, Cox, Schnier & Sweeney, 2013).

Jencks, Williams e Coleman (2009), partindo da evidência também referida por Enderlin et al. (2013) relativamente à taxa de readmissão de utentes após a alta hospitalar, concluíram que cerca de 20% dos utentes abrangidos pelo *Medicare* regressaram ao hospital no prazo de 30 dias, com um custo associado de 17 biliões de dólares por ano e registaram um aumento da taxa de mortalidade. Identificaram como critérios relevantes na decisão de alta, os sinais vitais, os fatores perioperatórios e os critérios funcionais. Os critérios com menor influência foram os resultados laboratoriais e o contexto sociodemográfico dos utentes. O estudo indicou também que as decisões de alta são influenciadas pelos anos de prática clínica e género dos profissionais.

Kassin et al. (2012) propuseram-se identificar os motivos de readmissão mais frequentes em utentes submetidos a intervenção cirúrgica. Concluíram que os motivos estavam associados, em primeiro lugar, a complicações pós-operatórias (transfusões sanguíneas, dificuldades pulmonares, choque séptico, infeções do trato urinário, problemas vasculares) e também a comorbilidade subjacente (disseminação neoplásica, feridas pré-operatórias abertas), deficiências na coordenação de transição de cuidados e outras complicações clínicas oportunistas como as complicações gastrointestinais, infeções cirúrgicas e malnutrição. Os procedimentos cirúrgicos com níveis mais elevados de readmissão foram a pancreatectomia, colectomia e ressecção do fígado.

Estwood et al. (2014) consideram que investigações dirigidas ao estudo das readmissões nos 7 ou 30 dias após a alta são determinantes na clarificação dos fatores de risco que lhe estão associados, bem como na identificação, desenvolvimento e teste de potenciais estratégias de redução.

Estes fatores de risco são de alta complexidade e multifacetados e da seguinte natureza (Lucas & Pawlik, 2014):

- Fatores pré-admissão: perfil demográfico (idade avançada), aumento de comorbilidades e origem de classes sociais desfavorecidas;
- Fatores hospitalares: transferências inter-hospitalares, complicações perioperatórias; prolongamento dos internamentos;
- Fatores pós-alta hospitalar: características sociais (estatuto socioeconómico), apoio e disponibilidade dos cuidadores e capacidade de autocuidado.

Os fatores de risco variam ainda de acordo com o motivo clínico de admissão (área médica ou cirúrgica). A maioria dos utentes referenciados com critérios de urgência é-o para especialidades médicas e na sequência de episódios agudos, enquanto a maior parte das cirurgias é eletiva e realizada em utentes estáveis (Lucas & Pawlik, 2014), pelo que o risco associado aos primeiros é maior.

Em investigação focalizada no estudo das readmissões hospitalares na sequência de internamento com diagnóstico de insuficiência cardíaca, realizada na província canadiana de Alberta, Eastwood et al. (2014) identificaram causas diversas nas readmissões após os 7 e 30 dias. Num período de 7 dias foram admitidos novamente 5,6% dos utentes e 18% a 30 dias.

Entre os fatores potenciadores de reingresso a muito curto prazo foram identificados a existência de doença renal, a necessidade de cuidados no domicílio e a alta contra indicação médica. A redução do risco de readmissão estava associada a internamentos mais longos e em unidades coronárias especializadas.

A 30 dias, além dos identificados para as readmissões a 7 dias, foram ainda considerados a idade superior a 75 anos, a doença hepática, as neoplasias e doença crónica pulmonar. Os fatores redutores incluíam o internamento em unidades especializadas e a transferência para unidades de cuidados de longa duração.

No estudo das taxas de readmissões hospitalares é essencial a fiabilidade dos resultados apurados. Nos Estados Unidos da América, a medição das readmissões hospitalares, usada como indicador de qualidade nos Centers for Medicare and Medicaid Services, baseada em dados administrativos, não é considerada um indicador fiável, uma vez que o risco ajustado das taxas de readmissões anuais é muito variável, o que significa que as readmissões são causadas por vários fatores não considerados nas avaliações e não por alterações na qualidade dos cuidados que a informação disponível apresenta (Gonzalez, Girotti, Shih, Wakefield & Dimick, 2014).

Das avaliações efetuadas neste âmbito resulta, para os hospitais incumpridores, penalizações financeiras que provocam, pelo menos, três tipos de consequências. Em primeiro lugar, os hospitais com menor *performance* têm tendência a alocar poucos recursos na resolução dos problemas de readmissão. Em segundo lugar, os problemas com a coordenação dos cuidados podem passar despercebidos nos hospitais aos quais foi atribuída, indevidamente, uma boa classificação. Finalmente, esta política é geradora de incentivos económicos com uma natureza perversa que penaliza os hospitais mais vulneráveis do país (Gonzalez et al., 2014).

Na sequência desta reflexão e como contributo para a elaboração processual de normalização de procedimentos na gestão de altas hospitalares, é de salientar a tradução e validação por Ferreira, Mendes, Fernandes e Ferreira (2011) de um instrumento designado PREPARED e que consiste na identificação dos fatores que influenciam o planeamento da alta e que determinam a sua efetividade, com impacto na continuidade de cuidados, recuperação dos utentes e a sua reintegração na comunidade.

2.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A decisão de alta hospitalar, além dos fatores clínicos, é também determinada por fatores externos de carácter social e processual, quando necessária a continuidade de cuidados.

A progressiva diminuição das capacidades funcionais e cognitivas dos idosos tem como consequência a sua dependência, não só em fases agudas da doença, mas também na sua vida quotidiana.

Nos últimos anos, garantir o direito a uma vida digna dos idosos e proporcionar cuidados de saúde de qualidade centrados nas suas necessidades globais, tem constituído um desafio às políticas dos países ocidentais. Este desiderato não é só um imperativo moral mas também uma boa decisão de gestão dos cuidados de saúde ao potenciar uma vida ativa e independente, reduzindo a possibilidade de maus tratos, cuidados inadequados ou insuficientes. A dependência de terceiros para a execução de tarefas básicas diárias pode tornar as pessoas mais vulneráveis a abusos, sejam físicos ou psicológicos e à exploração financeira.

De acordo com a OCDE e relativamente aos países que a integram, a esperança média de vida em 2011 para as pessoas com 65 anos, representava mais 21 anos para o sexo feminino e 18 anos para o sexo masculino, correspondente a 86 e 83 anos, respetivamente (OCDE, 2013a). As pessoas com mais de 80 anos representavam 4% da população em 2010 e a previsão para 2050 é mais do dobro, cerca de 10% (OCDE, 2013b).

O aumento da esperança de vida tem originado novas necessidades de cuidados de saúde prolongados e a resposta tem sido a criação de unidades de longa duração, designadas *Long-Term Care (LTC)*. Estas unidades, embora com uma componente especialmente vocacionada para a melhoria das capacidades funcionais dos idosos¹⁴, na sequência de doenças progressivas e irreversíveis, atuam também na promoção da reabilitação pós-hospitalar de utentes e cuidados de natureza paliativa (OCDE, 2013b).

No que diz respeito ao financiamento público das LTC, em 2010, a média foi de cerca de 1,6% do produto interno bruto (OCDE, 2013b), o que é considerado relativamente baixo, apesar de corresponder a um acréscimo superior a 9% *per capita* anual quando comparado

¹⁴ De acordo com a OCDE (2013b), na Europa cerca de 60% de pessoas com 75 ou mais anos tem limitações na sua vida diária. Em 2011, num grupo da OCDE 21, 12,7% dos idosos com 65 anos ou mais recebeu LTC, em instituições ou no domicílio (OCDE, 2013a). Doenças do foro neurológico, como a demência, atingiram em 2009, na média dos países da OCDE 34, mais de 6% da população com 60 anos ou mais (OCDE, 2013a).

com os gastos totais públicos em saúde que aumentaram 4% em 25 países da OCDE (OCDE, 2013b).

Em Portugal, as alterações sociodemográficas também têm originado novas necessidades a nível dos cuidados de saúde. O aumento da longevidade, os índices de envelhecimento e dependência dos idosos e as alterações nos perfis das patologias mais frequentes¹⁵ têm sido motivo de reestruturações organizacionais nos cuidados de saúde primários e hospitalares¹⁶. A resposta às novas solicitações implica cuidar do utente de uma forma integrada, garantindo a continuidade dos cuidados de saúde em unidades especializadas ou no próprio domicílio. É neste contexto que foi criada a RNCCI, com unidades diferenciadas para complementar a oferta de prestação dos cuidados de saúde¹⁷.

O Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006, de 06 de junho, justifica a oferta destas novas unidades pelas:

...novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. (p.3856)

Os serviços prestados consistem:

...no conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (alínea a) do artigo 3 do DL n.º 101/2006, de 06 de junho, p. 3857)

A Rede é tutelada pelos Ministérios da Saúde e da Segurança Social e abrange as instituições do SNS (hospitais e centros de saúde), os serviços distritais e locais da segurança social, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), entidades privadas e autarquias locais (DL n.º 101/2006, de 06 de junho).

15 A esperança de vida à nascença aumentou de 67,1 em 1970 para 80 em 2012 (mais de 19%) e aos 65 anos, e para o mesmo período, aumentou de 13,5 para 19,0. O índice de envelhecimento teve um acréscimo de 34 para 127,80 e o índice de dependência dos idosos de 15,6 para 28,8 (de 1970 para 2011). A estrutura familiar alargada deu lugar a famílias monoparentais e ao isolamento dos idosos (agregados familiares com 1 indivíduo quase duplicaram em duas décadas – 1992 a 2012, e as famílias monoparentais duplicaram) (www.pordata.pt). As doenças de natureza prolongada, como as neoplasias, apresentam taxas de incidência crescentes e superiores às médias europeias e geradoras de grande grau de dependência (a taxa de incidência dos tumores malignos, no quinquénio 2005-2009, aumentou de 364,43 para 426,15/100.000 h (Direção-Geral da Saúde, 2014).

16 Criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), alterações organizacionais dos cuidados diferenciados com a alteração do estatuto de 31 hospitais integrados no setor público administrativo para sociedades anónimas em 2002 e em 2005 para o setor empresarial do Estado.

17 Criada pelo DL n.º 101/2006, de 6 de junho.

Os destinatários desta Rede são, de acordo com o mesmo diploma (artigo 31):

...as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosas com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal. (pp. 3862-3863)

Tipologicamente, os serviços disponibilizados pela RNCCI estão agrupados em unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias (artigo 12 do DL n° 101/2006, de 06 de junho) (Figura 1).

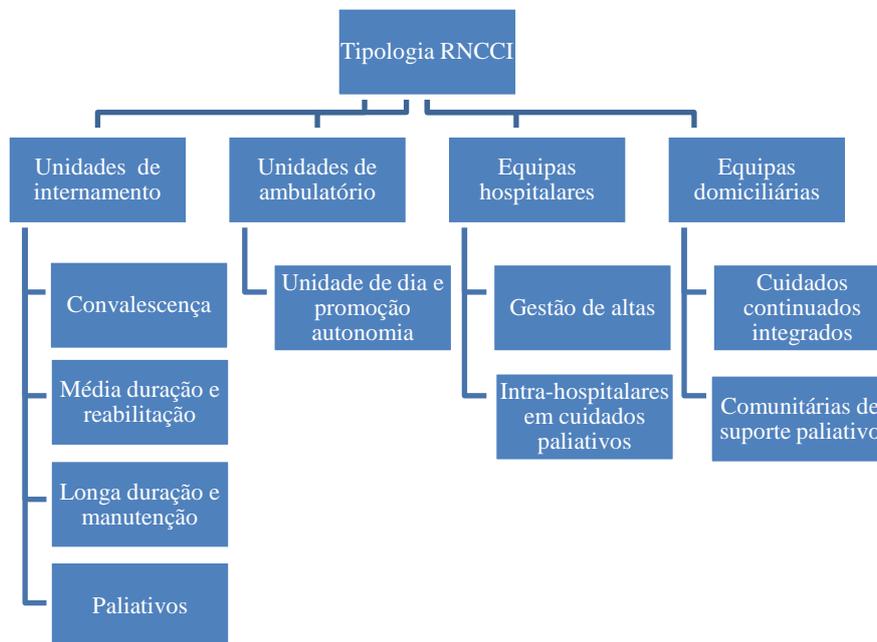


Figura 1. Tipologia das unidades da RNCCI

(DL n° 101/2006, de 06 de junho)

As unidades de internamento pretendem responder a necessidades específicas e são constituídas pelas seguintes tipologias:

- Unidades de convalescença (UC);
- Unidades de média duração e reabilitação (UMDR);
- Unidades de longa duração e manutenção (ULDM);
- Unidades de cuidados paliativos (UCP).

De acordo com o mesmo diploma, as UC estão vocacionadas para responder a necessidades de estabilidade clínica e funcional dos utentes, após um episódio agudo ou recorrência de uma doença crónica, cuja resolução seja previsível obter com a permanência de 30 dias nestas unidades. As UMDR destinam-se aos utentes em processo de reabilitação, nos casos em que a duração previsível da recuperação esteja considerada entre 30 a 90 dias. As ULDM têm como destinatários os utentes com processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade que não podem ser acompanhados no domicílio, e com o objetivo de prevenir ou adiar situações de dependência, promovendo o seu estado de saúde. A permanência prevista nestas unidades é superior a 90 dias. As UCP estão vocacionadas para prestar apoio a utentes em estado terminal e que necessitam de cuidados especializados de natureza paliativa.

As unidades de ambulatório revestem a forma de unidades de dia e de promoção da autonomia e destinam-se a utentes dependentes, mas cujas situação clínica e sociofamiliar lhes permite permanecer no domicílio.

As equipas hospitalares criadas no âmbito da RNCCI atuam em duas áreas: no apoio aos utentes internados que necessitam de cuidados paliativos e na gestão de altas. As primeiras garantem o suporte a todos os serviços e integram profissionais de vários grupos. As segundas também são de natureza multidisciplinar e responsáveis pelo encaminhamento mais adequado à continuação dos cuidados necessários aos utentes no âmbito da RNCCI, seja em regime de internamento ou em ambulatório.

As equipas domiciliárias de suporte comunitário exercem a sua atividade no âmbito dos cuidados continuados integrados e de suporte em cuidados paliativos. São da responsabilidade dos ACES e têm como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, em convalescença ou com doença terminal que não necessitem de internamento.

A RNCCI é atualmente da responsabilidade da ACSS, IP¹⁸ que sucedeu, no âmbito destas atribuições, à extinta UMCCI, criada em 2006 para operacionalizar a implementação efetiva deste nível de cuidados¹⁹.

18 A fusão ficou concluída em 2012, conforme Deliberação n.º 2020/2012 de 19 de dezembro da ACSS.

19 Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro. Esta unidade foi criada para dar execução ao trabalho da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência que teve como objetivos, entre outros, identificar as necessidades não satisfeitas no que respeita à prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

A coordenação regional é assegurada por cinco estruturas – ECR que integram representantes das ARS e dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSS). A nível local e de proximidade, a RNCCI é gerida pelas ECL, equipas de natureza multidisciplinar, integrando, no mínimo, um profissional médico e de enfermagem (setor da saúde) e um técnico de assistência social (de preferência e do setor da segurança social) e, caso seja necessário, um técnico da autarquia local²⁰.

Algumas das competências destas equipas estão esquematizadas na Figura 2, em conformidade com o diploma que criou a RNCCI.

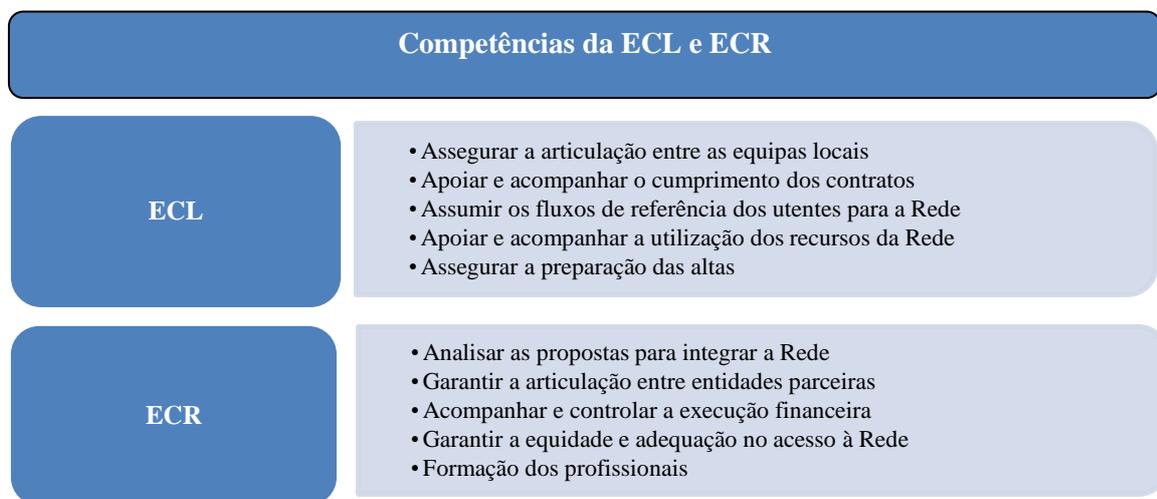


Figura 2. Competências da ECL e ECR

(DL n.º 101/2006, de 06 de junho)

Em termos de recursos humanos, a UMCCI (2011) recomenda que o quadro de pessoal das diferentes tipologias seja composto por equipas multidisciplinares, com escalas presenciais semanais diferenciadas (Tabelas 1 e 2).

²⁰ Conforme Despacho n.º 19040/2006, de 19 de setembro, da iniciativa dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Tabela 1.

Profissionais/horas recomendados para as unidades de internamento

Profissional	UC	UMDR	ULDM	UP
Médico (inclui fisiatra)	40	30	20	20
Psicólogo	20	20	20	10
Enfermeiro	480	360	240	320
Fisioterapeuta	80	80	20	10
Assistente social	40	40	40	10
Terapeuta da fala	8	8	0	0
Animador sociocultural	20	20	40	0
Nutricionista	5	5	4	4
Terapeuta ocupacional	40	40	20	0
Pessoal auxiliar	560	480	320	320

Fonte: UMCCI (2011)

Tabela 2.

Profissionais/horas recomendados para as unidades de ambulatório

Profissional	Unidade de dia e promoção de autonomia
Médico (inclui fisiatra)	8
Psicólogo	20
Enfermeiro	20
Fisioterapeuta	20
Assistente social	20
Animador sociocultural	40
Terapeuta ocupacional	20
Pessoal auxiliar	120

Fonte: UMCCI (2011)

Em 2011, com o objetivo de agilizar o processo de referenciação e garantir uma efetiva continuidade dos cuidados de saúde aos utentes, foram publicados dois diplomas, um a aplicar no âmbito dos cuidados de saúde primários e outro para os serviços hospitalares. O Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril, garantiu “no mínimo, uma equipa coordenadora local (ECL), para efeito de coordenação operativa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em cada agrupamento de centros de saúde (ACES) e em cada unidade local de saúde que não tenha ACES constituído...” (p.17098), e o Despacho n.º 7968/2011, de 02 de junho, estendeu a todos os hospitais do SNS a criação de equipas de gestão de altas e de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) para que seja possível atuar precocemente “viabilizando-se a continuidade da prestação de cuidados e a respectiva adequação de resposta às necessidades do doente” (n.º 2 do Despacho n.º 7968/2011, de 02 de junho, p.23838).

Identificados os intervenientes no processo de referenciação, apresenta-se agora o modelo dos circuitos e fluxos que lhe estão associados e constituído por três etapas: sinalização para a Rede (Figura 3), ingresso na Rede (Figura 4) e admissão em unidade da Rede (Figura 5) (UMCCI, 2009).

Fluxograma do processo de sinalização

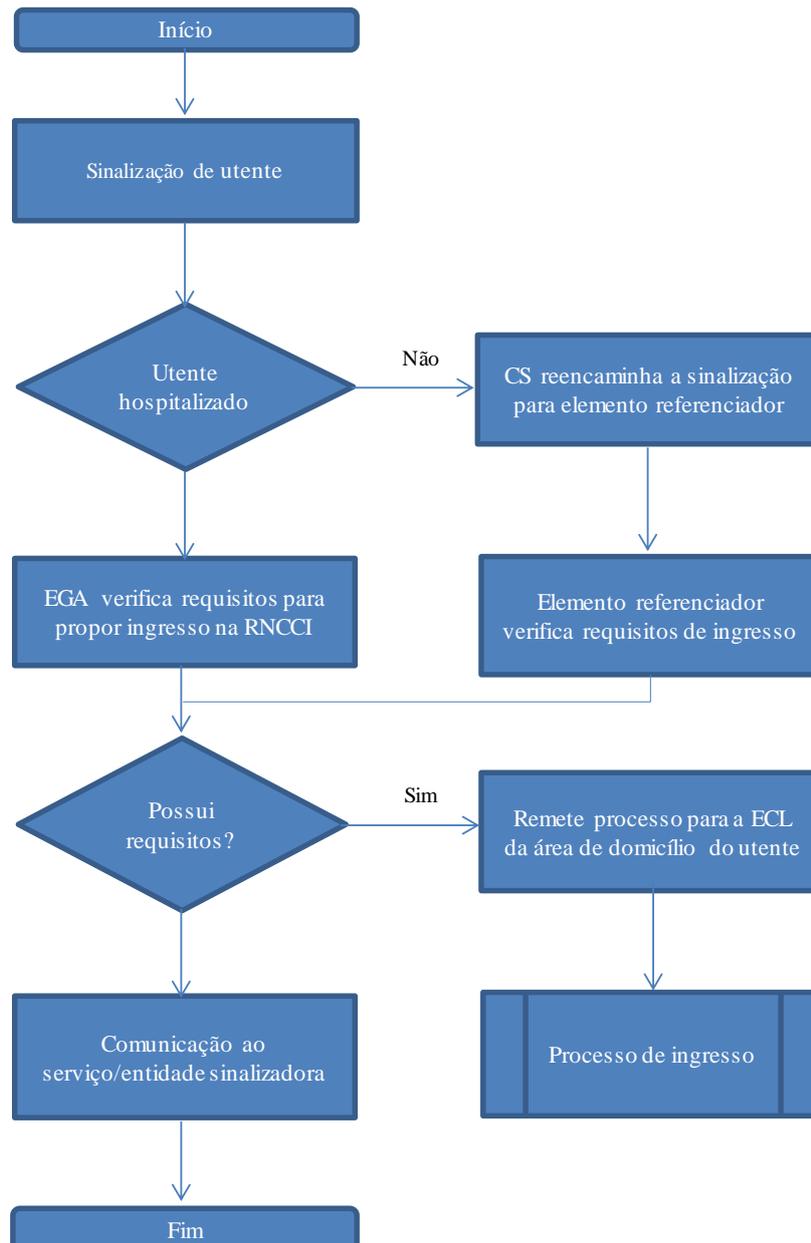


Figura 3. Processo de sinalização

(UMCCI, 2009)

Fluxograma do processo de ingresso

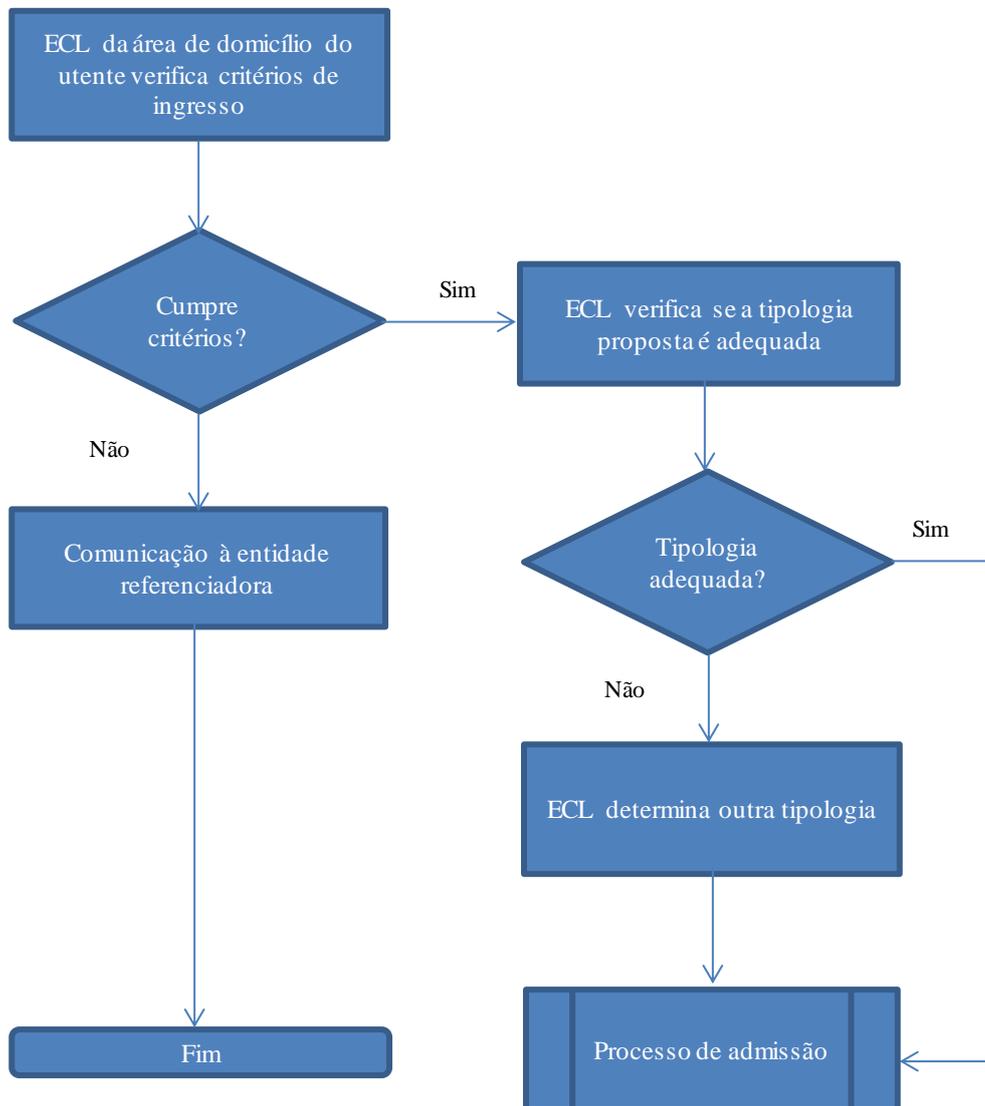


Figura 4. Processo de ingresso
(UMCCI, 2009)

Fluxograma do processo de admissão

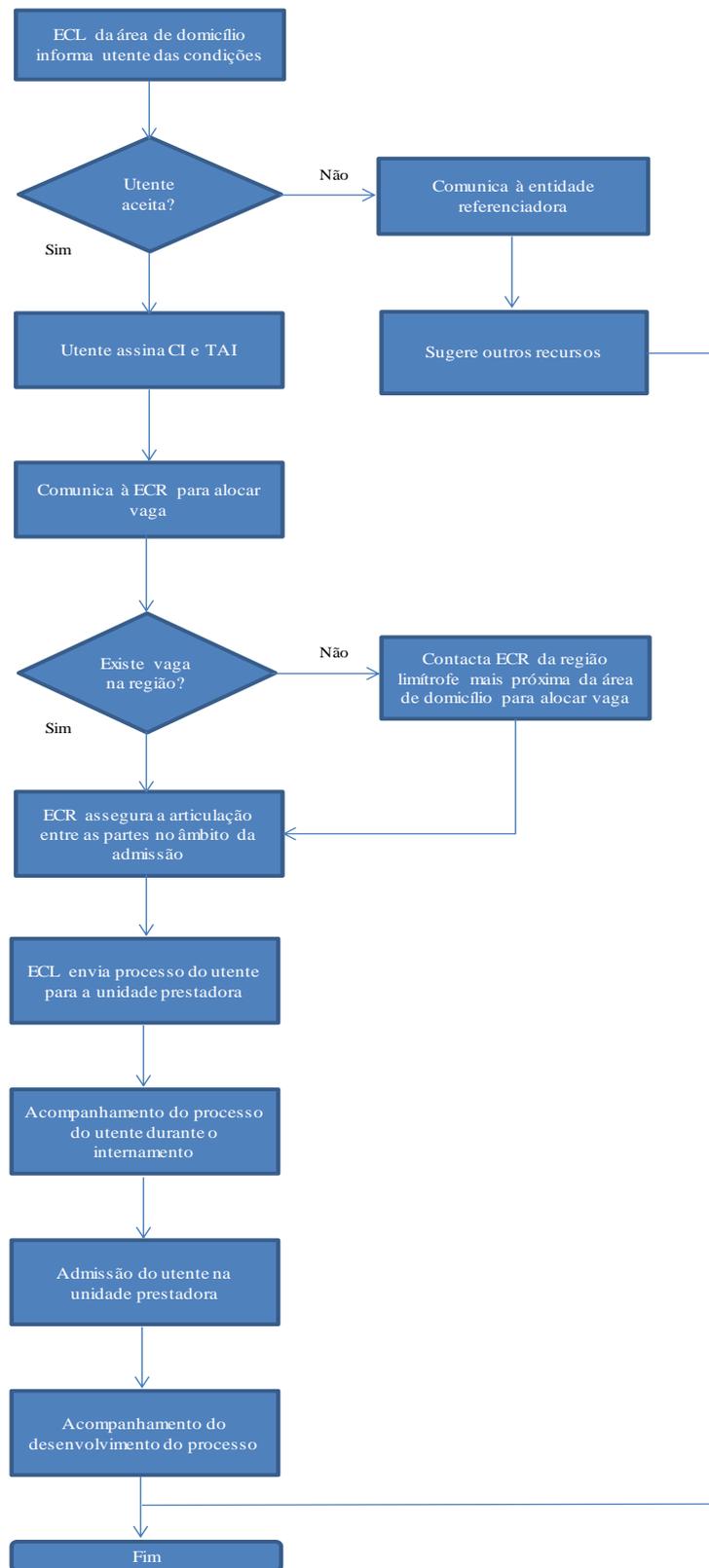


Figura 5. Processo de admissão
(UMCCI, 2009)

A gestão da RNCCI é apoiada por um sistema informático integrado de monitorização, designado GESTCARE- CCI®²¹, que funciona em tempo real via *web*, com cinco níveis de acesso e incorpora todos as organizações da Rede, públicas, privadas e do setor social.

A plataforma informática inclui perfis nos quais:

- Os responsáveis locais (EGA e equipas referenciadoras de cuidados de saúde primários) inserem as propostas de transferência para a Rede. Este perfil inclui o módulo referente à identificação dos utentes, à justificação clínica e/ou social detalhada a situação clínica e a tipologia dos cuidados proposta;
- A ECL avalia a proposta e, caso a aceite, valida o processo;
- Após a aprovação da ECL, a ECR referencia os utentes para o nível adequado de cuidados da Rede.

Dos módulos da aplicação informática, destacam-se, além do módulo de referenciação processual individual, as seguintes aplicações²²:

- Avaliações médica, de enfermagem e social;
- Registo de meios auxiliares de diagnóstico, pensos e apósitos, fármacos, reações adversas medicamentosas, infeção;
- Avaliação e risco de úlceras de pressão e diabetes;
- Instrumentos de avaliação integrada (biopsicossocial).

Quanto à atividade da RNCCI a nível nacional e relativamente a 2013, o número de utentes assistidos foi de 44.881, dos quais 28.721 em unidades de internamento, 13.804 em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e 2.356 acompanhadas pelas EIHSCP (ACSS, 2014). A oferta em unidades de internamento era de 6.642 camas (Tabela 3), com o setor social (IPSS) a disponibilizar cerca de 71% das mesmas. As restantes camas distribuíam-se por unidades privadas com fins lucrativos (22%) e o SNS, com apenas 7% da capacidade instalada (Tabela 3).

²¹ A plataforma informática foi desenvolvida pela empresa Care4it e foi especificamente desenvolvida para a RNCCI (www.care4it.pt).

²² De acordo com informação da Care4it.

Tabela 3.
Camas de internamento da RNCCI, 2013

Unidade	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Convalescença	297	202	157	135	69	860
Média duração e reabilitação	552	607	446	186	104	1.895
Longa duração e manutenção	1.114	996	844	424	314	3.692
Paliativos	46	45	77	17	10	195
Total	2.009	1.850	1.524	762	497	6.642

Fonte: ACSS (2014)

O número de lugares disponíveis nas 267 ECCI era, na mesma data, de 7.053, distribuídos de acordo com a Tabela 4.

Tabela 4.
ECCI, 2013

ECCI	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
N.º ECCI	85	54	60	36	32	267
N.º Lugares	1.720	1.313	2.129	541	1.350	7.053
Capacidade média	20	24	35	15	42	26

Fonte: ACSS (2014)

Em termos globais e considerando a população com idade \geq a 65 anos, o Alentejo era a região com maior cobertura populacional em termos de disponibilidade de camas (593 por 100.000 habitantes), seguido do Algarve e ficando a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) em último lugar, com 219 camas. Relativamente às ECCI, o Algarve tinha disponíveis 2.104 lugares por 100.000 habitantes, em segundo lugar o Alentejo, com 1.105 e, em último, novamente a região de LVT, com 524 (ACSS, 2014).

Para colmatar as assimetrias regionais e adequar a oferta à procura, a ACSS recomenda que cada uma das entidades gestoras regionais faça a avaliação das taxas médias de ocupação das unidades da Rede, bem como do número e perfil dos recursos humanos necessários e tempo alocados (ACSS, 2014).

Relativamente à organização da Rede, em 2013 existiam 83 EGA e 526 equipas nos centros de saúde, bem como 25 EIHSCP²³ e 11 equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. As ECL eram 92, uma por ACES (ACSS, 2014).

²³ Em 12 de agosto de 2014, através do Despacho n.º 10429/2014, foi deliberado que todos os estabelecimentos hospitalares e unidades locais de saúde com as valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica deveriam assegurar a existência de uma EIHSCP.

Os utentes referenciados para a RNCCI caracterizavam-se, genericamente, por pertencerem a uma faixa etária envelhecida²⁴, maioritariamente do sexo feminino (55%), apresentando elevados índices de incapacidade (48%) e dependência (49%) e com baixo nível de escolaridade. Destes utentes, 22% viviam sozinhos (ACSS, 2014).

O número de referências em 2013 foi de 39.896, das quais 67% pelos hospitais²⁵ e 33% pelos cuidados de saúde primários. Dos utentes referenciados, a quase totalidade (98,9%) apresentava condições de integração na Rede e a admissão foi de 86%. No final de 2013 encontravam-se em lista de espera 1.217 utentes (3,2% da taxa de referência). Os motivos mais frequentes da referência foram, por ordem decrescente, a dependência para a realização das atividades de vida diária²⁶, o ensino do utente/cuidador informal, a reabilitação e cuidados pós-cirúrgicos (ACSS, 2014).

Relativamente às altas, 76% dos utentes recebeu alta para o domicílio, com cerca de 80% destes utentes a necessitar de cuidados de suporte e 11% de acompanhamento social. A taxa de mortalidade na Rede correspondeu a 13% dos utentes assistidos. Do total de óbitos, 22% ocorreu nos primeiros 10 dias de admissão (ACSS, 2014).

Globalmente, a taxa de ocupação²⁷ das unidades de internamento da Rede é elevada, destacando-se as regiões do Alentejo e Algarve (Tabela 5). A região Centro, e relativamente às ECCI, apresentava uma taxa de ocupação abaixo dos 50%.

Tabela 5.

Taxa de ocupação da RNCCI, 2013

Unidade	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve (%)
Convalescença	91	93	87	92	95
Média duração e reabilitação	94	93	92	94	94
Longa duração e manutenção	93	94	93	98	96
Paliativos	87	80	90	93	93
ECCI	68	48	67	88	78

Fonte: ACSS (2014)

²⁴ Os utentes da Rede com mais de 65 anos representam 80% do total e com idade superior a 80 anos cerca de 52% (ACSS, 2014).

²⁵ Ao constatar que a referência é efetuada tardiamente, próxima da data de alta, a ACSS recomenda que, regionalmente, seja objeto de análise e alteração de procedimentos e que a mesma seja efetuada o mais cedo possível, de preferência entre as 48 e 72 horas após admissão (ACSS, 2014).

²⁶ As atividades da vida diária caracterizam-se por serem necessárias à vida, incluindo a alimentação, higiene, eliminação e mobilização (UMCCI, 2011).

²⁷ Para a região Norte existe uma pequena variação entre os dados apresentados a nível nacional pela ACSS (2014) e pela ARS Norte (2014). Para efeitos comparativos, optou-se pelos dados nacionais publicados pela ACSS.

No que diz respeito à demora média (Tabela 6), as regiões do Centro, LVT e Alentejo ultrapassaram o tempo previsto para a tipologia de UC (30 dias) e as duas primeiras regiões ultrapassaram também o limite previsto para a UMDR (90 dias).

Tabela 6.
Demora média da RNCCI, 2013

Unidade	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Convalescença	27	43	42	50	31
Média duração e reabilitação	72	91	108	86	81
Longa duração e manutenção	161	170	235	166	245
Paliativos	26	39	55	30	18
ECCI	92	203	152	160	190

Fonte: ACSS (2014)

Na região Norte, que integra a unidade hospitalar objeto do estudo e relativamente ao ano de 2013, importa destacar a distribuição por área geográfica²⁸ das 2009 camas disponíveis na Rede. O Grande Porto e a região do Tâmega eram os territórios com maior número de camas disponíveis, 482 e 339, respetivamente. A região de Entre Douro e Vouga tinha uma oferta de apenas 39 camas (Figura 6) (ARS Norte, 2014).

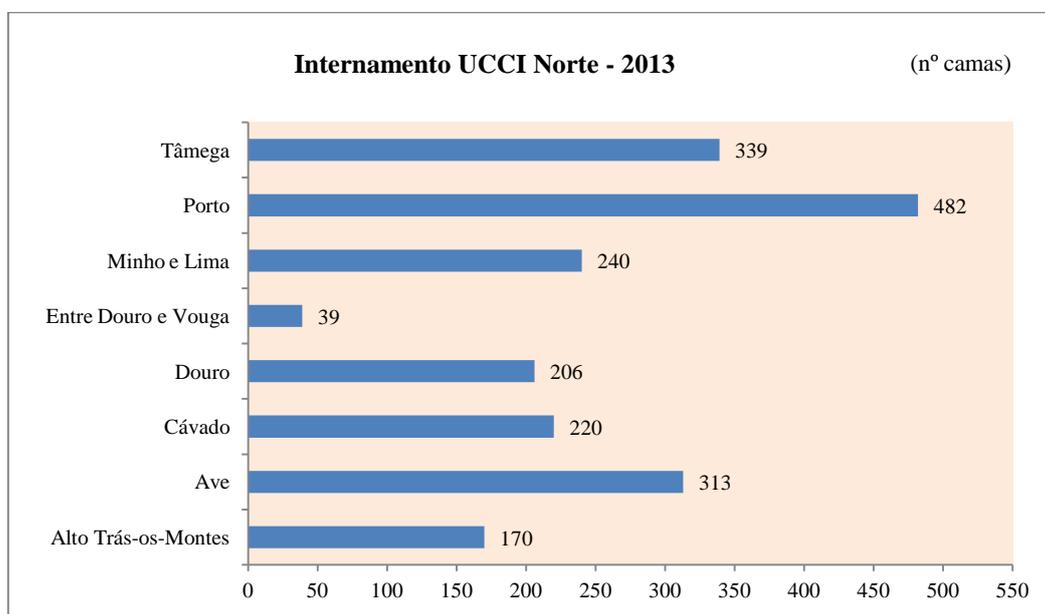


Figura 6. Distribuição de camas por áreas geográficas UCCI Norte, 2013
(ARS Norte, 2014)

²⁸ Classificação de acordo com o nível III da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) (http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013).

A taxa de cobertura relativamente à previsão das necessidades globais da população situa-se nos 43%, com a região de Entre Douro e Vouga com uma cobertura de apenas 12% e o Porto de 31%. Os melhores indicadores pertencem às regiões de Douro e Tâmega, com uma taxa de 61% (Figura 7).

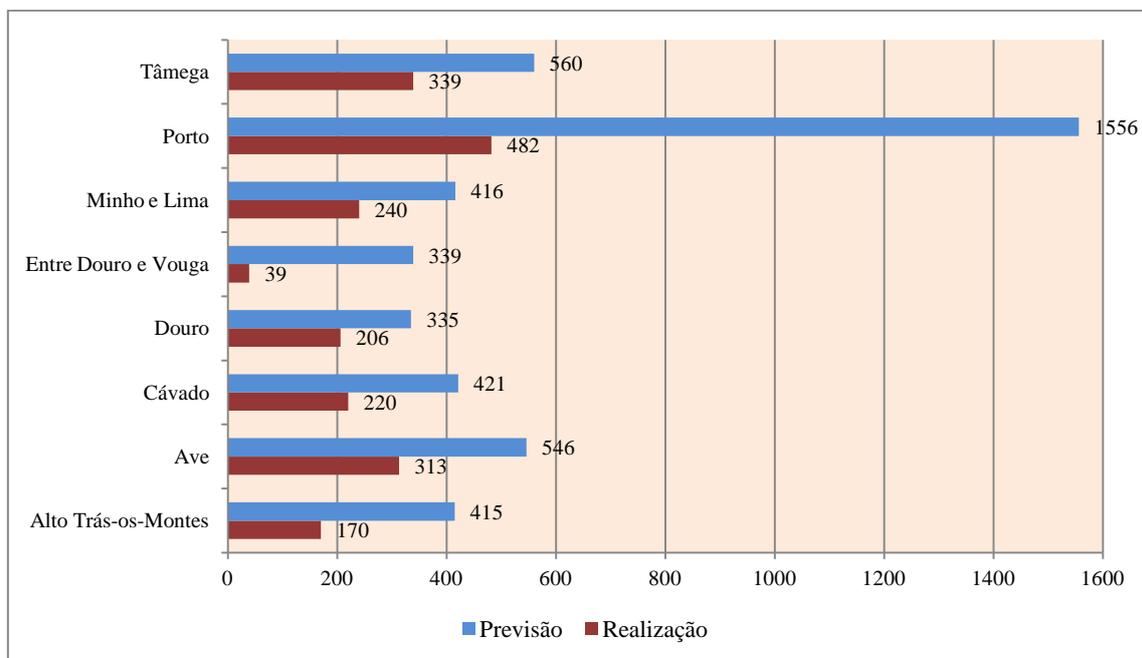


Figura 7. Camas UCCI Norte previstas e existentes, 2013

(ARS Norte, 2014)

A capacidade instalada em dezembro de 2013, como já referido, era de 2009 camas, com a seguinte distribuição por tipologias: convalescença, 297; média duração e reabilitação, 552; longa duração e manutenção, 1114; paliativos, 46 (Figura 8).

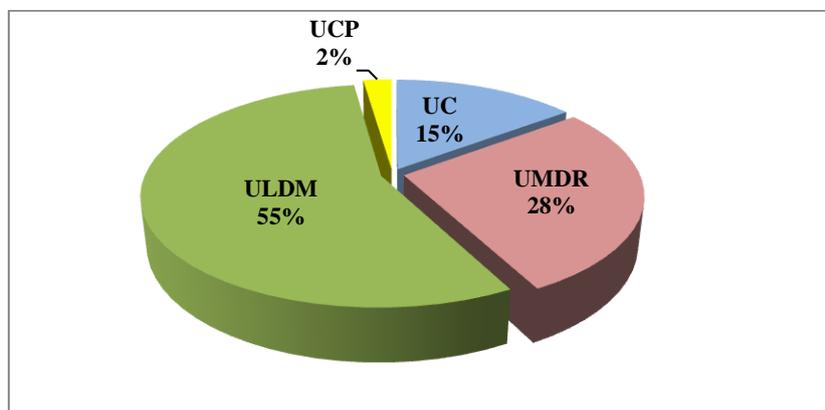


Figura 8. Distribuição de camas por tipologia UCCI Norte, 2013

(ARS Norte, 2014)

Relativamente à taxa de ocupação (Tabelas 7 e 8), a média das unidades de internamento era elevada e não apresentava grande variação, enquanto as ECCI apresentavam uma grande variabilidade e uma média global relativamente baixa, em conformidade com a média nacional.

Tabela 7.

Taxa de ocupação UCCI Norte, 2013

Unidades	Taxa ocupação %
UC	91
UMDR	94
ULDM	93
UCP	87
ECCI	68

Fonte: ACSS (2014)

Tabela 8.

Taxa de ocupação ECCI Norte, 2013

ECCI	Taxa ocupação %
Bragança	98
Barcelos	97
Baião	97
Ponte de Lima	96
Leça da Palmeira	95
Carandá	95
Mogadouro	16
Vila Flor	13
Boticas	12
Vila Nova de Foz Côa	12
Murça	8
Freixo Espada à Cinta	0

Fonte: ARS Norte (2014)

Em 2013 na região Norte foram referenciados 14.516 utentes para a RNCCI, 10.716 pelos hospitais²⁹, o que corresponde a uma taxa de 74%, e 3.800 pelos cuidados de saúde primários (26%), conforme Figuras 9 e 10. Foram validados pela ECL 12.991 processos (ARS Norte, 2014), o que corresponde a uma taxa de 89% das propostas apresentadas. Das entidades hospitalares, a primazia foi da Unidade Local de Saúde (ULS) do Alto Minho e do Centro Hospitalar do Alto Ave. Relativamente à taxa de referenciação pelos cuidados de saúde

²⁹ Relativamente ao CHTMAD, foram considerados os dados disponibilizados pela ACSS para o presente estudo e que incluem 785 casos de doentes internados em 2013 e 20 casos de doentes internados em 2012 com prolongamento para 2013.

primários, as ULS do Alto Minho e do Nordeste foram as que mais referências fizeram para a Rede. Os ACES do Vale do Sousa (Norte e Sul) referenciaram menos de 50 utentes.

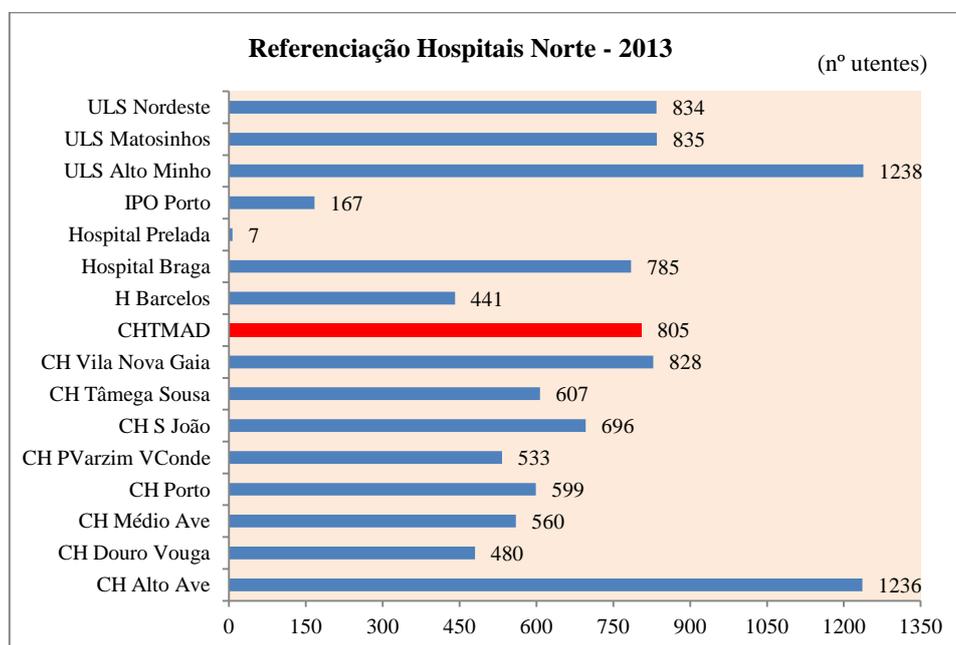


Figura 9. Referenciação hospitalar para a RNCCI, 2013

(ARS Norte, 2014 e ACSS)

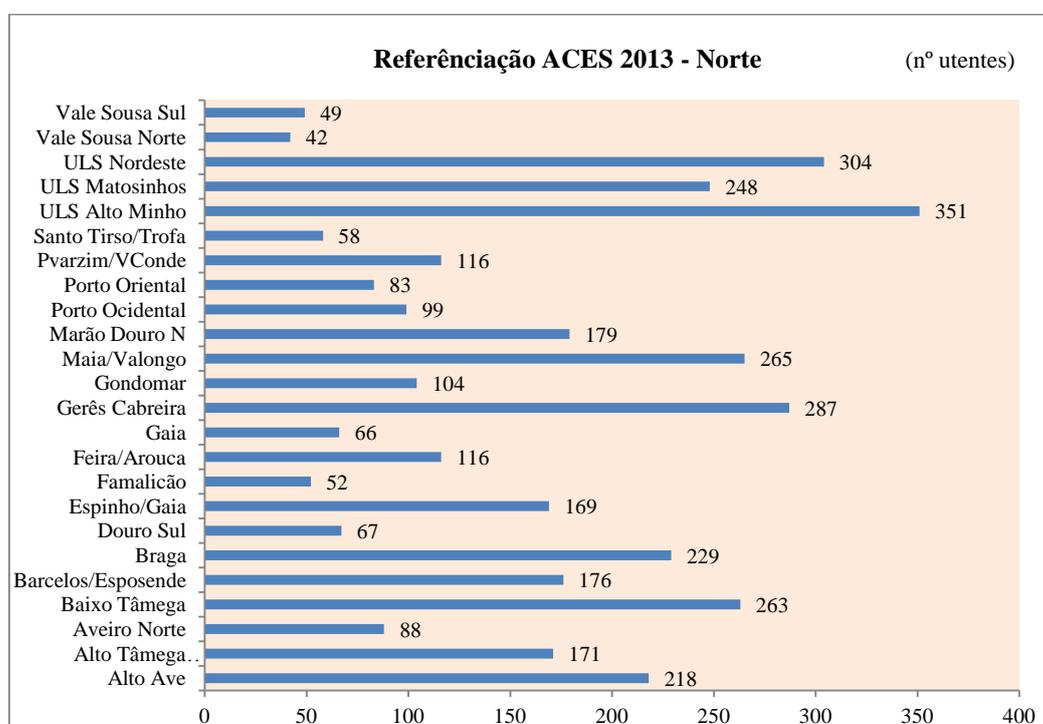


Figura 10. Referenciação ACES para a RNCCI, 2013

(ARS Norte, 2014)

Após a caracterização da Rede, importa referir algumas considerações avaliadoras da implementação da RNCCI. A ERS, no âmbito das suas atribuições e num relatório de um estudo sobre o acesso aos cuidados continuados,³⁰ concluiu que a oferta disponível em camas é claramente insuficiente e fica muito aquém das metas estabelecidas, sendo a discrepância mais significativa nas camas de UCP (ERS, 2013).

Precisamente, relativamente à capacidade instalada de camas de cuidados paliativos, Dias (2012) concluiu que é imprescindível o aumento da oferta nesta tipologia, uma vez que verificou a existência de utentes que esperaram, no máximo, mais de 430 dias para serem admitidos numa UCP. O motivo mais frequente na referenciação dos utentes estudados foi o controlo sintomático e gestão de regime terapêutico de utentes oncológicos. A mediana de sobrevivência no ato da referenciação era de 36,50 dias, reduzida para 11,00 dias à data de admissão na UCP.

Também Canha et al. (2013) consideram que a RNCCI é incapaz de responder às necessidades atuais, embora o tempo de espera para integração numa unidade da Rede tenha diminuído.

Além da escassez de camas, outra das lacunas salientadas pela ERS é a inexistência das unidades de ambulatório de dia e promoção da autonomia, previstas no documento legislativo de 2006, e que a ERS considera serem importantes na adequação da resposta aos utentes e na organização dos cuidados.

Relativamente à implementação geográfica da Rede, os distritos com menor acesso à Rede são os de Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro e Leiria. A região alentejana é considerada como a que presta cuidados de maior qualidade. Em termos de acessibilidade, as unidades de longa duração e manutenção são as que apresentam o melhor rácio no acesso (ERS, 2013).

Neste relatório, a ERS destaca também uma eventual transferência de encargos para os utentes no usufruto das unidades da Rede, pelo internamento em unidades desadequadas ao seu estado clínico e que preveem o contributo financeiro dos utentes, quando deveriam ser admitidos em unidades onde está prevista a isenção³¹.

³⁰ Neste estudo, a ERS utilizou a metodologia *Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area - KD2SFCA* (ERS, 2013).

³¹ Para as UMDR e ULDM está prevista a comparticipação do utente em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar (art.º 4 do n.º 47 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

A criação da Rede significou uma diminuição de custos para o SNS, uma vez que a mesma é financiada por verbas provenientes dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (complementada pelo Orçamento do Ministério da Saúde)³² e o custo diário numa UC é inferior ao internamento hospitalar de utentes que preenchem os critérios para admissão na Rede. A qualidade nos serviços prestados também aumentou, uma vez que a permanência desnecessária em ambiente hospitalar, propiciador de agudização do estado de saúde por contração de doenças infecciosas, foi reduzida (Monteiro, 2012).

2.3. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

2.3.1. Caracterização estrutural e da atividade

Apresentado o modelo processual da alta hospitalar e referência para a RNCCI, segue-se a caracterização do Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o estudo de caso.

O CHTMAD é uma instituição pública da zona norte e que será sucintamente apresentada com base nos dados disponibilizados no Relatório de Gestão e Contas de 2013.

Está atualmente incluído no setor empresarial do Estado³³, tem o estatuto de hospital central³⁴ e a sua atual composição foi definida pelo DL n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, com data de entrada em funcionamento em 1 de março de 2007, e inclui quatro unidades - Vila Real (sede social), Chaves, Lamego e Régua.

O CHTMAD tem uma área de influência total que ronda os 452.000 habitantes, distribuídos por 34 concelhos dos distritos de Vila Real, Bragança e Viseu. A unidade de Vila Real tem uma referência direta de 132.000 habitantes, Lamego 105.000 e Chaves 74.000. Uma das características da população servida é o seu envelhecimento, cerca de 38% com idade superior a 50 anos (CHTMAD, 2014).

O estatuto de referência significa que o CHTMAD disponibiliza uma ampla oferta de especialidades médicas e cirúrgicas e serviços altamente especializados nas modalidades de

³² A execução financeira relativamente à gestão da RNCCI correspondeu em 2013 a uma despesa de 120 milhões de euros (115 milhões em despesas de financiamento e 5 milhões em despesas de investimento). Em termos totais e desde a implementação da Rede em 2006 e até 2013, a execução orçamental global foi de 721 milhões de euros (126 milhões provenientes do Ministério da Segurança Social e 595 milhões do Ministério da Saúde) (ACSS, 2014).

³³ A alteração da natureza jurídica foi consubstanciada pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

³⁴ A alteração de estatuto foi concretizada pela Portaria n.º 117/2008, de 6 de fevereiro.

consulta externa, internamento e hospital de dia. Da oferta destacam-se as unidades de cuidados intensivos polivalente e coronária, oncologia, hemodinâmica, litotricia, diálise e unidade de acidentes vasculares cerebrais. A urgência é polivalente na unidade de Vila Real, médico-cirúrgica em Chaves e básica em Lamego (CHTMAD, 2014).

Relativamente a recursos humanos, em 31 de dezembro de 2013 o número de efetivos era de 2.361, sendo os grupos profissionais mais representados os de enfermagem (843), assistentes operacionais (618) e médicos (416) (CHTMAD, 2014).

Em termos económico-financeiros, neste ano os proveitos resultantes da prestação de serviços do CHTMAD foram cerca de 100.000.000,00€, dos quais 92% respeitante ao atendimento de utentes do SNS e os restantes 8% a utentes com cobertura de seguros ou outras entidades privadas. Os proveitos totais ascenderam a 108.411.610,00€ e os custos totais do exercício foram de 126.897.551€, resultando assim um resultado do exercício negativo de 18.485.941€ (CHTMAD, 2014).

No ano de 2013, os atos médicos de prestação de serviços distribuíram-se pelas áreas indicadas da Tabela 9.

Tabela 9.
Atividade do CHTMAD em 2013

Atividade CHTMAD	Produção
Consulta externa	298.140
Internamento (doentes saídos)	23.338
Urgência	179.905
Hospital dia (sessões)	44.882
Cuidados domiciliários (visitas)	6.211
Cirurgias	13.240

Fonte: CHTMAD (2014)

Relativamente ao internamento, a taxa de ocupação das 586 camas foi de 87,5%, a demora média de 8,9 dias e os doentes saídos 23.338. Das cirurgias efetuadas, 62,6% foram realizadas em regime de ambulatório e foram executados 1.355 partos.

2.3.2. Planeamento da alta hospitalar

No CHTMAD o processo organizacional da gestão de altas é regulado pela norma interna 33 – Planificação da Alta, aprovada pelo Conselho de Administração no âmbito do projeto de

acreditação pela Joint Commission International³⁵ e foi elaborada pelo grupo responsável pelo Acesso e Continuidade de Cuidados (CHTMAD, 2009).

Esta norma aplica-se a todos os serviços clínicos e tem como objetivos assegurar e garantir a qualidade de cuidados prestados pós-alta, bem como adequar os dias de internamento às necessidades dos utentes, minimizando ainda o risco de readmissões pelo mesmo diagnóstico (CHTMAD, 2009).

Este normativo prevê o envolvimento de vários profissionais no planeamento da alta, com responsabilidades distintas, mas articulando-se entre si: médico assistente do utente, enfermeiro responsável pelo utente e, quando necessário, assistente social, nutricionista, fisiatra e fisioterapeuta. Das atribuições destes profissionais, destacam-se as representadas na Figura 11.

Planificação da alta	
Médico Assistente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o doente e fazer previsão de alta num período de 24 h • Informar o doente, cuidador e equipa da data prevista de alta • Identificar situações clínicas problemáticas • Elaborar a nota de alta
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de educação do doente e cuidador e implementar ações • Promover a participação do cuidador durante o internamento e preparação alta • Colaborar com a equipa na elaboração do plano de alta - cuidados de enfermagem • Articular-se com os serviços de saúde na comunidade
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar doentes com indicadores de risco e necessidades de intervenção social • Identificar a rede de integração na comunidade e de suporte ao doente e família • Promover o apoio psicossocial ao doente e familiares • Efetuar visitas domiciliárias
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer orientações dietoterapêuticas ao doente ou ao seu cuidador • Elaborar plano alimentar de alta e assegurar a continuidade da terapêutica nutricional
Fisiatra	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o potencial de reabilitação e propor plano no âmbito da medicina física e de reabilitação • Recomendar a transferência do doente para outra instituição de reabilitação • Prescrever as ajudas técnicas necessárias
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de educação e ensino de doente e cuidador e promover o respetivo programa

Figura 11. Responsabilidades dos profissionais de saúde na planificação da alta
(CHTMAD, 2009)

³⁵ O processo de acreditação começou em 2005 e o Centro Hospitalar obteve a acreditação em 2010, entretanto não renovada.

Ao profissional clínico compete fazer a primeira previsão da alta no período das 24 horas após a admissão do utente e, se possível, mesmo antes, no caso dos internamentos programados³⁶. Em simultâneo, a equipa multidisciplinar faz a sua primeira avaliação diagnóstica. Alterações no estado clínico do utente ou fatores externos podem determinar a realização de avaliações intercalares e revisão da data previsional da alta. A definição final da data e hora da alta é feita por concordância da equipa multidisciplinar, tomando em consideração a avaliação das necessidades do utente em termos de continuidade de cuidados.

A norma estipula que os profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados ao utente informem o mesmo e seus familiares da sua situação clínica, projeto de alta e previsão dos cuidados necessários após a alta, bem como das alternativas se necessitar de cuidados continuados.

O processo formal da alta é traduzido em dois documentos: a nota de alta médica e a carta de transferência de enfermagem, cuja estrutura e conteúdo se encontram definidos pela norma 11 – Elaboração da nota de alta, cuja revisão foi efetuada em maio de 2012.

Estes documentos são elaborados com recurso a sistemas informáticos e contêm a informação constante na Figura 12 (CHTMAD, 2012).

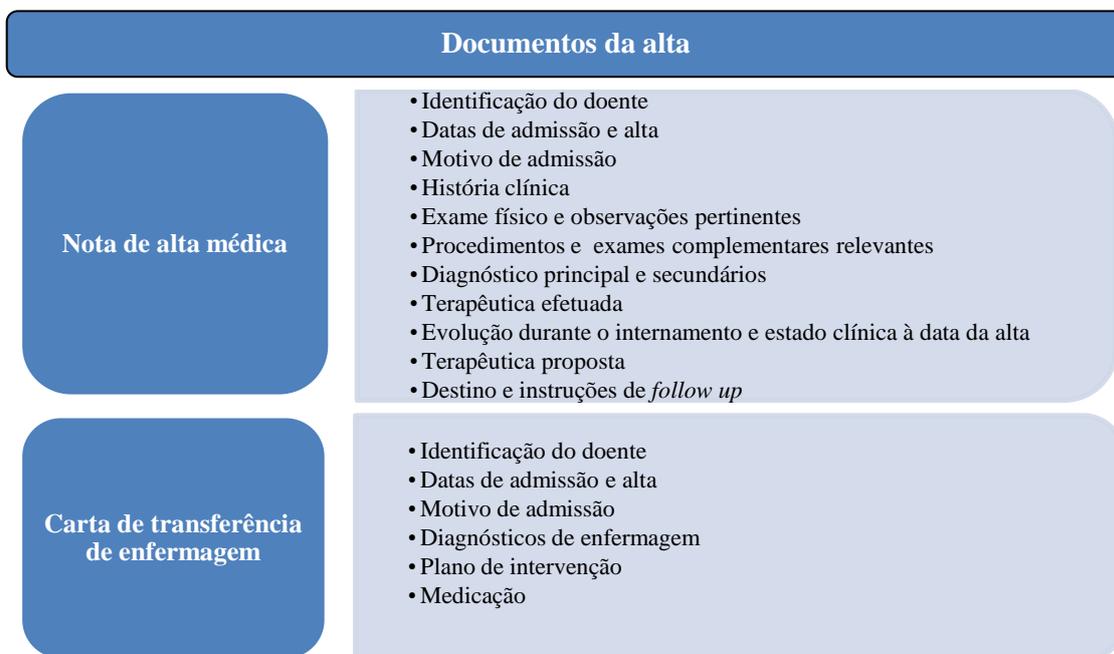


Figura 12. Documentos da alta
(CHTMAD, 2009)

³⁶ No caso de fim de semana ou feriado, este período prolonga-se por 72 horas (CHTMAD, 2009).

Através da nota de alta, o médico assistente do utente nos cuidados de saúde primários é informado das condições da alta, bem como das necessidades em termos de continuidade dos cuidados.

Quando o utente necessitar de cuidados noutra instituição, a alta só é efetuada após confirmação de que a instituição recetora possui as condições para a continuidade dos mesmos.³⁷ Neste âmbito, é fundamental a intervenção da EGA “no sentido de promover, facilitar e rentabilizar a articulação que se deseja existir entre os diferentes prestadores” (CHTMAD, 2006, p.3).

No CHTMAD, a EGA é formada por uma equipa multidisciplinar de três elementos, um profissional médico, um de enfermagem e um de serviço social, nomeada pelo Conselho de Administração. Assume como missão a melhoria e otimização da eficiência e qualidade dos cuidados prestados pelo planeamento atempado da alta dos utentes em situação de dependência³⁸, de forma a garantir a continuidade dos cuidados (CHTMAD, 2006).

A atividade da EGA é orientada pelos seguintes objetivos, inscritos no respetivo regulamento (CHTMAD, 2006):

- Identificação precoce das pessoas em situação de dependência e planificação da respetiva alta;
- Promoção da comunicação entre as equipas terapêuticas hospitalares e as equipas da RNCCI;
- Criação de registos com a informação necessária de todo o processo contendo as ações, intervenientes e situação do utente;
- Adequação do tempo de internamento às necessidades processuais avaliativas e curativas do utente;
- Implementação do planeamento da alta;
- Promoção da continuidade dos cuidados após a alta.

³⁷ Esta situação é que carece de especial atenção, considerando o impacto no tempo de internamento hospitalar, uma vez que pode ser indutora de permanência de tempo desnecessário. Daí a importância da planificação da alta o mais cedo possível.

³⁸ Os critérios de inclusão no processo de planeamento da alta incluem as seguintes situações: idosos em situação de fragilidade/dependência, pessoas com doenças crónicas, utentes com necessidade de continuidade de cuidados para tratamento (úlceras, feridas, manutenção ou substituição de dispositivos, ...), pessoas com necessidade de vigilância e tratamentos complexos, com doença grave, em fase avançada ou terminal e utentes ou cuidadores principais que necessitem de ensino para administração e controlo de terapêuticas (CHTMAD, 2006).

O protocolo do planeamento da alta, inscrito no Regulamento da EGA, define os procedimentos de articulação entre a equipa e os serviços de internamento hospitalar, em consonância com a norma 33 – Planificação da alta, sintetizado na Figura 13.

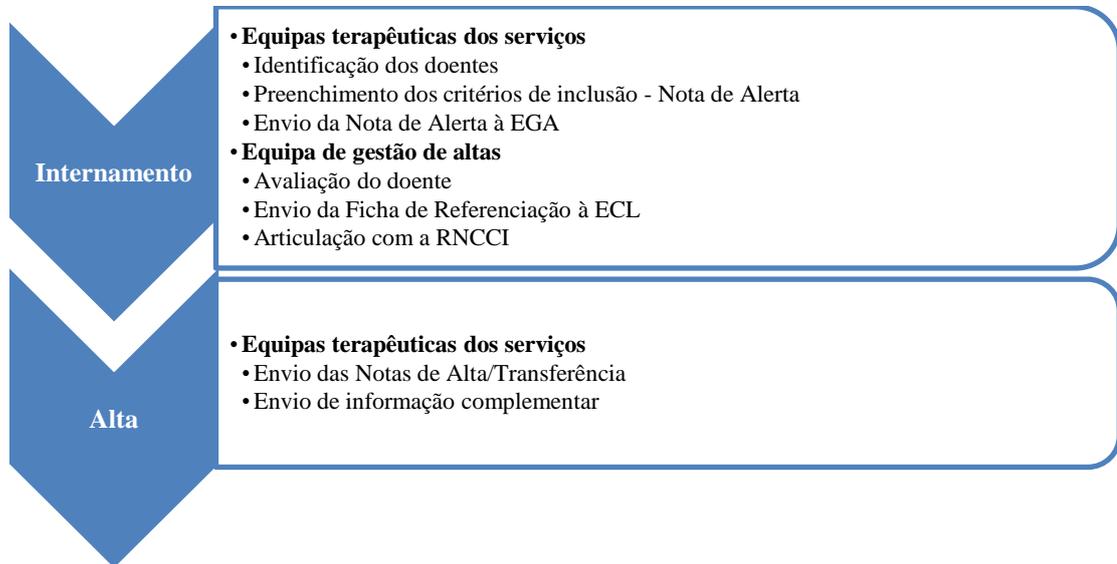


Figura 13. Processo de gestão da alta

(CHTMAD, 2006)

No caso do CHTMAD, a formalização do processo de alta é orientada por um normativo interno que, por sua vez, é baseado nas normas decorrentes do processo de acreditação.

Em Espanha, a estrutura e conteúdo da nota de alta foi normalizado por Decreto Real, que identifica os elementos imprescindíveis e os recomendados no formulário (Zambrana-Garcia & Rivas-Ruiz, 2013). Estes investigadores realizaram um estudo transversal nos hospitais polivalentes da região da Andaluzia, com o objetivo de aferir a qualidade³⁹ da nota de alta e a sua conformidade com a legislação em vigor. Foram consideradas todas as especialidades médicas, com exceção de admissões obstétricas e pediátricas, numa amostra aleatória estratificada.

Confirmando resultados de estudos anteriores, os investigadores concluíram que 97,4%⁴⁰ das notas de alta analisadas estavam de acordo com a legislação em vigor. No entanto, na análise específica a determinados critérios, verificaram que a qualidade reduzia-se substancialmente, nomeadamente nos itens relacionados com o tratamento após a alta e a continuidade dos

³⁹ O critério definidor de qualidade usado foi a presença ou ausência de determinados itens (Zambrana-Garcia & Rivas-Ruiz, 2013).

⁴⁰ Dada a natureza dos hospitais em estudo (pequena dimensão e com uma política centrada na qualidade), os autores colocam a hipótese deste resultado ser menor quando aplicável a hospitais de maior dimensão.

cuidados. Como aspetos a melhorar, identificaram, entre outros, o uso excessivo de abreviaturas, deficiências no registo de doenças relevantes, registo insuficiente dos planos terapêuticos. As especialidades cirúrgicas foram identificadas como as passíveis de maior nível de intervenção e melhoria, isto porque as recomendações mais consensuais eram da área médica (Zambrana-Garcia & Rivas-Ruiz, 2013).

2.4. Proposta de um Modelo Conceptual de Investigação

Considerando o circuito processual da referenciação, importa agora apresentar o modelo conceptual de investigação que se encontra representado na Figura 14 e que considera duas áreas de análise: *i*) a caracterização sociodemográfica dos utentes referenciados pela EGA e dos admitidos na RNCCI e *ii*) o circuito processual da referenciação, envolvendo a EGA, a ECL e a ECR.

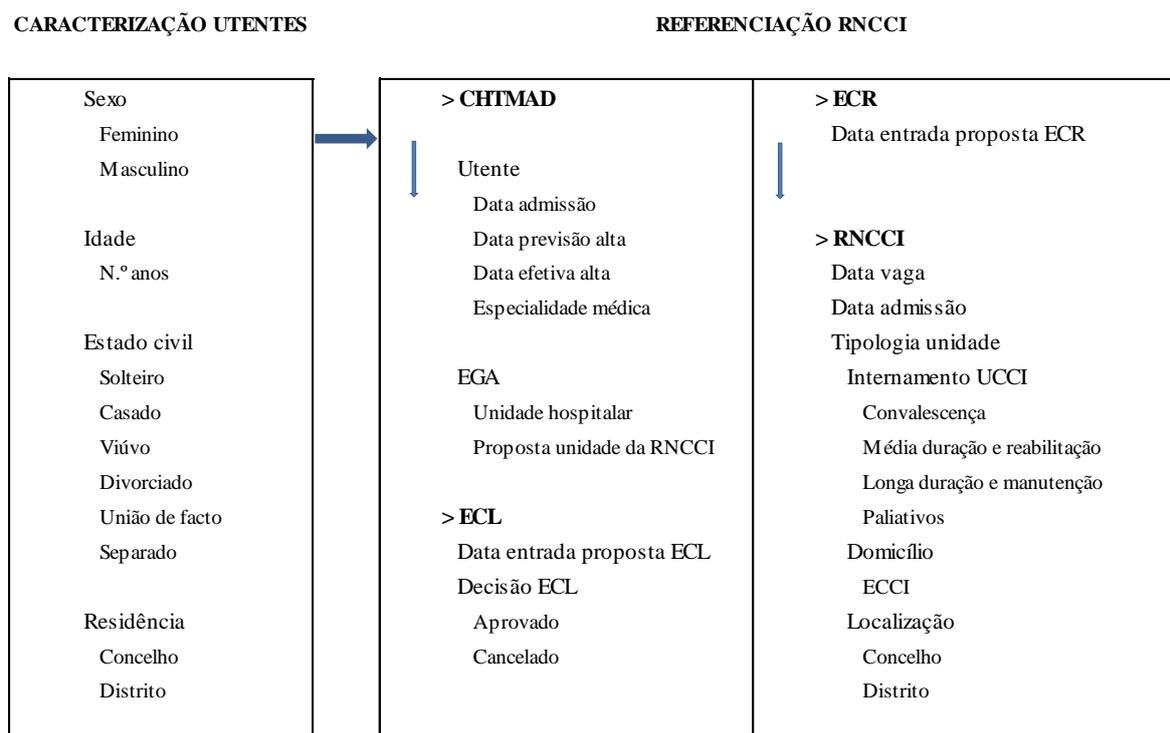


Figura 14. Modelo conceptual proposto

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Neste capítulo são descritas as opções metodológicas da investigação, desde o tipo de estudo, às questões e proposições do trabalho, à população em estudo, às fontes e recolha de dados e às variáveis.

O esquema orientador da investigação encontra-se representado na Figura 15 e resulta da consulta de literatura sobre o tema, nomeadamente Pocinho (2012), Nicola (2008a, 2008b), Silva (2008), Silva e Nicola (2008), Hill e Hill (1998) e Sampieri, Collado e Lucio (1997). Sinteticamente, o processo começa pela escolha do tema, seguido da pesquisa de literatura de carácter científico de enquadramento, a formulação das questões para as quais a investigação procurará dar resposta, a enunciação de hipóteses ou proposições iniciais, a seleção do modelo de análise e respetivos instrumentos, a recolha e análise de dados e a apresentação e discussão dos resultados.

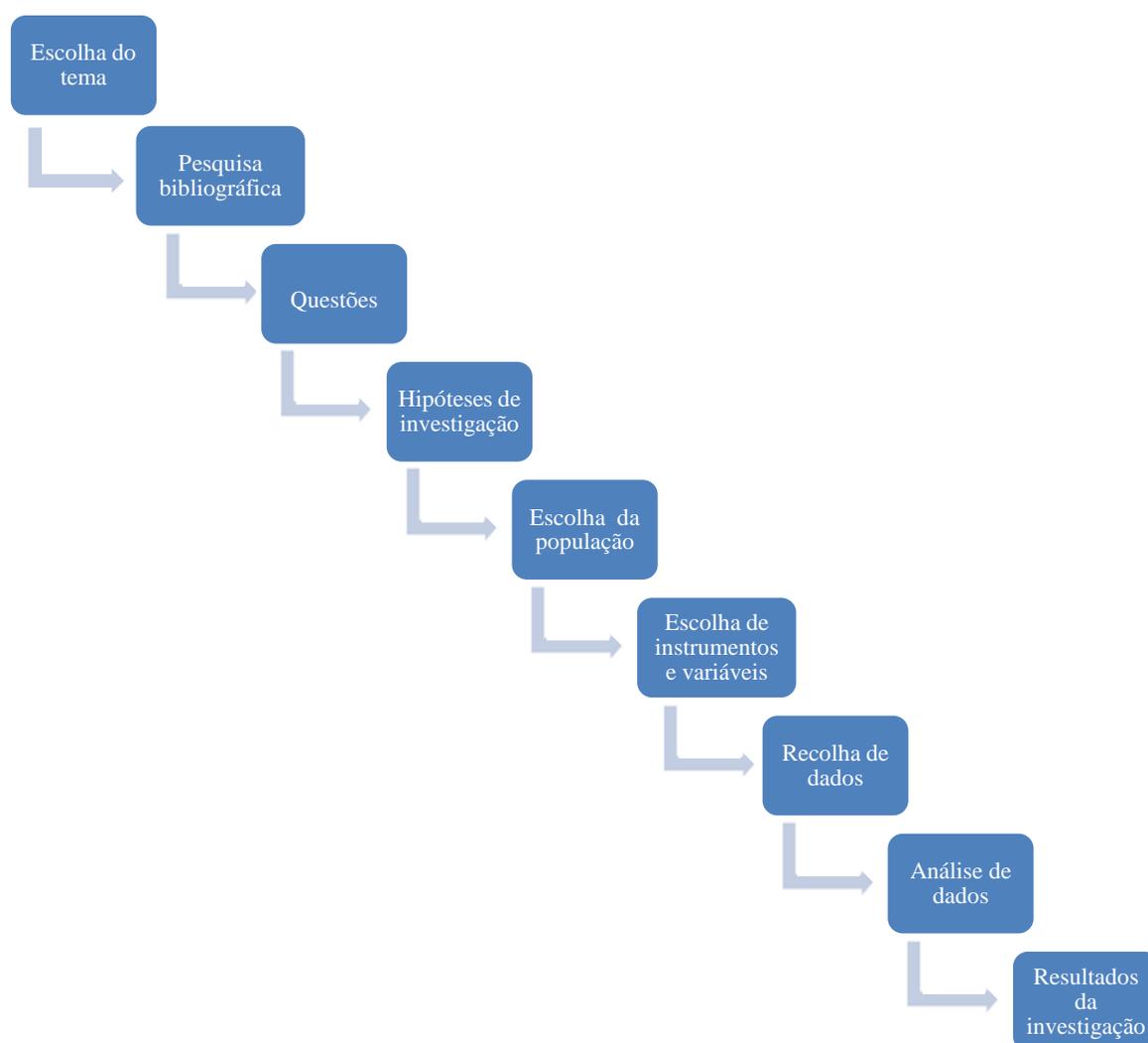


Figura 15. Desenho da investigação

3.1. Tipo de Estudo

Para Sampieri et al. (1997), uma investigação deve ser fundamentada em critérios de utilidade e uma reflexão prévia pode ser determinante na avaliação da boa fundamentação e robustez do projeto. De acordo com estes autores, a investigação deve responder a alguns dos seguintes critérios:

- Conveniência (qual a utilidade do estudo?);
- Relevância social (qual a relevância para a sociedade? Quem poderá beneficiar da sua execução?);
- Implicações práticas (o estudo pode ser útil para resolver algum problema prático?);
- Valor teórico (a investigação será geradora de algum conhecimento? Os seus resultados poderão ser generalizados? Poderá conhecer-se melhor o comportamento e relação entre variáveis? Poderá dar origem a novas ideias, recomendações e hipóteses para estudos futuros?);
- Utilidade metodológica (a investigação pode ajudar a criar um novo instrumento de recolha e análise de dados? Ajuda à definição de um conceito, variável ou relação entre variáveis? Sugere como estudar mais convenientemente uma população?).

No desenvolvimento da investigação deve ser assegurado o cumprimento de princípios éticos, nomeadamente na identificação clara das fontes, na correta enunciação de referências e citações bibliográficas, no respeito pelos direitos de autor e pelo anonimato e privacidade dos entrevistados (Pocinho, 2012).

De acordo com esta autora, é recomendável iniciar um trabalho de investigação enunciando uma questão no âmbito do tema escolhido, uma vez que a formulação de questões constitui o fio condutor da investigação.

A fase seguinte é dedicada à pesquisa bibliográfica que suporta e enquadra a investigação, tipificada em quatro tipos de estudo: exploratórios, descritivos, correlacionais e explicativos (Sampieri et al., 1997).

Estes autores atribuem-lhe as seguintes características: os estudos exploratórios efetuam-se quando o objetivo é analisar um tema ou problema novo ou pouco estudado e permitem

aumentar o grau de familiaridade com os estes fenómenos e identificar conceitos ou variáveis promissoras para investigações futuras; os descritivos medem e avaliam, com a maior precisão possível, vários aspetos, dimensões ou componentes dos fenómenos a investigar. Procuram especificar propriedades importantes das pessoas ou grupos ou outro fenómeno em análise. Ao contrário dos exploratórios, estes exigem um conhecimento considerável da área em estudo uma vez que é necessário formular perguntas específicas; os correlacionais têm como objetivo medir e analisar o grau de relação entre dois ou mais conceitos ou variáveis num determinado contexto e o seu comportamento quando relacionadas; e os estudos explicativos vão além da descrição de fenómenos físicos e sociais e da relação entre as variáveis pois procuram identificar as suas causas, explicar a razão por que ocorrem, em que condições e porque é que duas ou mais variáveis estão relacionadas (Sampieri et al., 1997).

- O presente estudo de caso é classificado como descritivo e retrospectivo, reportando-se à análise de dados de referenciação hospitalar para a RNCCI em 2013.

3.2. Questões e Proposições de Investigação

As questões de investigação devem possuir características de clareza, exequibilidade e pertinência e correspondem a um problema, expresso de forma científica, não expressando opiniões, suposições ou afirmações subjetivas, formulado de modo positivo e interrogativo (Pocinho, 2012).

Como afirma Nicola (2008b, p.19), “a questão de investigação é o princípio e o fim do processo de investigação. Ela é a razão de ser do estudo, o que orienta o grupo de investigação e o que motiva o esforço e investimento”.

No contexto deste estudo, as questões de investigação são as seguintes:

- Qual o perfil dos utentes referenciados pelo CHTMAD para a RNCCI?
- Qual a demora média desde a referenciação do CHTMAD até à admissão numa UCCI?
- Os utentes referenciados pelo CHTMAD são admitidos em UCCI próximas da sua área de residência?

A formulação de hipóteses constitui uma resposta ao que se pretende provar, uma tentativa explicativa do fenómeno a investigar, enunciadas como proposições (Sampieri et al., 1997),

dotadas de atributos de contestabilidade empírica, ou seja, a garantia de que possam ser testadas, e compatibilidade de hipóteses com o conhecimento científico existente, pelo apoio teórico do conhecimento da área em estudo (Pocinho, 2012).

Tendo em conta as questões acima enunciadas, consideram-se as seguintes proposições:

P1: Os idosos são os utentes referenciados com mais frequência pelo CHTMAD para as UCCI.

P2: Sendo a gestão da RNCCI regional e centralizada na ARS Norte e a oferta de camas reduzida, a demora média na efetivação da referenciação é alta.

P3: Sendo a gestão da RNCCI regional e centralizada na ARS Norte e a oferta de camas reduzida, os utentes são colocados fora do seu concelho de residência.

3.3. População e Amostra em Estudo

As hipóteses são sujeitas a prova com o objetivo de confirmação ou refutação, sendo necessário proceder à escolha do modelo de análise. Torna-se necessário selecionar os dados pertinentes para os objetivos propostos, escolher a população e uma amostra representativa da mesma e optar pelos instrumentos de observação (Pocinho, 2012).

Sinteticamente, uma população pode caracterizar-se como “o conjunto de dados que expressam a característica em causa para todos os objetos sobre os quais a análise incide” (Guimarães & Cabral, 1997, p.2).

- Neste caso, a população em estudo é constituída pelos utentes internados no CHTMAD no ano de 2013.

Uma amostra consiste num “conjunto de tamanho reduzido que é retirado de uma população” (Pocinho, 2012, p.55). A escolha da amostra, para ser representativa da população, deve respeitar o processo de amostragem probabilística que considera que “cada um dos elementos da população tem hipóteses de ser incluído na amostra” (Guimarães & Cabral, 1997, p.6), com a finalidade de “obter a melhor representatividade possível” (Pocinho, 2009, p.13). Os referenciais estatísticos para alcançar este objetivo são a margem de erro e o nível de confiança (Pocinho, 2012).

- A amostra é composta pelos utentes referenciados pela EGA do CHTMAD para a RNCCI em 2013, num total de 805.

3.4. Fontes de Dados

Quanto à sua origem, os dados podem ser classificados como primários ou secundários. Os dados primários são “obtidos directamente pelo analista ou pela sua organização” (Guimarães & Campos, 1997, p.7), por exemplo, os incluídos nos sistemas de informação da própria organização, e os secundários são “compilados ou publicados por outra organização” (Guimarães & Campos, 1997, p.7), por exemplo, as agências governamentais.

A recolha de dados pode ser efetuada recorrendo a vários métodos, de natureza experimental ou observacional. Enquanto no primeiro, o investigador exerce um “controlo directo sobre os factores que potencialmente afectam a característica ou o conjunto das características em análise” (Guimarães & Campos, 1997, p.8), no observacional “...os procedimentos envolvem um exame directo e o posterior registo de características dos factos ou processos que são objecto de análise” (Guimarães & Campos, 1997, p.8).

Neste caso, a fonte de dados é a plataforma informática da gestão da RNCCI - GESTCARE-CCI®. Para o efeito e após autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD para a realização do estudo, os dados necessários foram extraídos da base de dados no perfil de utilizador da ECR e da ACSS, e disponibilizados pelo Departamento de Contratualização da ARS Norte.

Os dados brutos foram sujeitos a um necessário processo de refinamento para tratamento estatístico, em conformidade com o preceituado por Pocinho (2012): padronização e normalização no registo, análise crítica para deteção de erros e utilização de métodos estatísticos de análise e apresentação de dados.

3.5. Variáveis em Estudo

Na operacionalização do modelo conceptual da investigação é necessário definir objetivamente o que se pretende medir e definir as respetivas variáveis.

Uma variável consiste na “propriedade em relação à qual os indivíduos de uma amostra variam” (Pocinho, 2012, p.39) e, de acordo com a escala de medição utilizada, podem ser classificadas como nominais, ordinais, intervalares e proporcional ou de razão (Pocinho, 2012).

As escalas nominais aplicam-se quando cada um dos dados “for identificado apenas pela atribuição de um nome que designa uma classe” (Guimarães & Campos, 1997, p.13). Estas classes devem possuir as seguintes características: “exaustivas (qualquer dado pertence a uma das classes), mutualmente exclusivas (cada dado pertence a uma só classe) e não ordenáveis (não existe um critério que permita estabelecer preferência por qualquer classe em relação às restantes” (Guimarães & Campos, 1997, p.13). São variáveis qualitativas às quais não é possível atribuir uma ordenação e de que são exemplo o sexo e o estado civil, sendo comum a análise estatística de estudo de proporções e teste do *Qui-quadrado* (Pocinho, 2012).

Nas escalas ordinais é possível “estabelecer uma ordenação de classes nas quais os dados são classificados, segundo algum critério relevante” (Guimarães & Campos, 1997, p.14). À semelhança das anteriores, são também variáveis qualitativas, sendo submetidas a análises estatísticas de proporções, medianas, quartis, moda e testes de *Qui-quadrado*, *Mann Whitney*, *Kruskal-Wallis* e outros testes não paramétricos (Pocinho, 2012). É exemplo a escala de mau, suficiente, bom.

As escalas intervalar e proporcional ou de razão são de natureza quantitativa, expressas em números, diferindo uma da outra pelo ponto de origem em que o zero não significa ausência (intervalar) ou ponto zero (proporcional), em que o zero é sinónimo de nada. Além de permitir a ordenação, é possível também quantificar e comparar os resultados (Pocinho, 2012). Da primeira é exemplo a temperatura e da segunda o peso ou distância em km.

Tendo em conta o modelo conceptual proposto no ponto 2.4, as variáveis necessárias ao presente projeto de investigação são de natureza qualitativa e quantitativa e incluem itens que caracterizam sociodemograficamente os utentes, procedimentos administrativos da referenciação e identificação das unidades da RNCCI (Tabelas 10 e 11).

Tabela 10.

Variáveis da caracterização dos utentes referenciados pelo CHTMAD

Variáveis - SPSS	Descrição	Fonte
Utente	Código numérico do utente	Autor
Sexo	Sexo do utente	ACSS
Idade	Idade do utente	ACSS
Classe_idade	Classe etária do utente	ACSS/Autor
EstadoCivil	Estado civil do utente	ACSS
ConcelhoUtente	Concelho de residência do utente	ACSS
DistritoUtente	Distrito do utente	ACSS/Autor

Tabela 11.
Variáveis da referência para a RNCCI

Variáveis - SPSS	Descrição	Fonte
Ega	EGA hospitalar	ACSS
DataInternamento	Data de internamento no hospital de agudos	ACSS
EspMedica	Especialidade médica no internamento	ACSS
PrevisaoAlta	Data prevista da alta do hospital de agudos	ACSS
DiasAlta_Prev_Efetiva	Tempo entre a data prevista da alta do hospital de agudos e a efetiva	ACSS/Autor
Proposta Ega	Tipologia da UCCI proposta pela EGA	ACSS
Decisao	Decisão de referência	ACSS
EclReferen	ECL de referência	ACSS
DataEcl	Data de chegada do processo do utente à ECL	ACSS
DataEcr	Data de chegada do processo do utente à ECR	ACSS
Dias Ecr_Ecr	Tempo de análise do processo entre a ECL e ECR	ACSS/Autor
DataVaga	Data de disponibilidade da vaga	ACSS
DataReserva	Data do fim de reserva	ACSS
DataInternUcci	Data de internamento na UCCI	ACSS
DiasVaga_InternUcci	Tempo entre a data da disponibilidade da vaga e o internamento na UCCI	ACSS/Autor
TipologiaUcci	Tipologia da UCCI de admissão	ACSS
ConcelhoUcci	Concelho da UCCI	ACSS
DistritoUcci	Distrito da UCCI	ACSS/Autor

3.6. Análise dos Dados

No tratamento de dados, a informação pode ser analisada utilizando a estatística descritiva e inferencial. A primeira é responsável por “sintetizar e representar de uma forma compreensível a informação contida num conjunto de dados ... materializando-se na construção de tabelas, de gráficos ou no cálculo de medidas que representem convenientemente a informação contida nos dados” (Guimarães & Campos, 1997, p.1).

A inferência estatística tem como objetivo “com base na análise de um conjunto limitado de dados (uma amostra) ... caracterizar o todo a partir do qual tais dados foram obtidos (a população)” (Guimarães & Campos, 1997, p.2). Para a realização de inferências usam-se processos indutivos (a partir da amostra caracterizar a população) e dedutivos (caracterizar a amostra a partir da população em estudo).

Na estatística descritiva, os dados podem apresentar a forma qualitativa ou quantitativa (Guimarães & Campos, 1997, p.13), expressos em variáveis.

As amostras de dados qualitativos podem ser representadas em tabelas ou formas gráficas e os dados quantitativos, além da representação gráfica e tabular, também podem ser tratados estatisticamente, pela utilização de métodos de localização e dispersão (Guimarães & Campos, 1997).

No presente trabalho, o tratamento de dados e apresentação de resultados foi efetuado com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS)® da IBM, versão 20, com utilização da estatística descritiva (frequências, tabelas de referência cruzada e teste de *Qui-quadrado*).

A base de dados inclui os utentes internados e referenciados pelo CHTMAD para a continuação de cuidados no âmbito da RNCCI no decurso de 2013 (785), bem como os utentes internados em 2012 e que transitaram para o ano de 2013 (20), num total de 805 casos.

Considerando as proposições atrás enunciadas, a análise dos dados foi estruturada em duas fases, considerando: *i*) os utentes referenciados pela EGA (805 casos); *ii*) os utentes admitidos na RNCCI (595 casos).

CAPÍTULO IV
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados, tendo presente os objetivos da investigação, deve incluir as medições efetuadas, os resultados e a fundamentação das conclusões, apresentadas numa sequência clara e lógica. O recurso a representações gráficas (tabelas, gráficos e figuras) permite uma melhor compreensão dos dados recolhidos e análises efetuadas, exibidos de uma forma sintética (Nicola, 2008a).

De acordo com a opção metodológica de análise de dados, a sua apresentação começa pela informação relativa à caracterização dos utentes referenciados pelo CHTMAD e à atividade da EGA, depois pela caracterização dos utentes admitidos na RNCCI e, finalmente, pela análise do processo de referenciação, admissão e articulação das entidades coordenadoras com o CHTMAD.

4.1. Caracterização sociodemográfica dos utentes referenciados

Dos 805 casos referenciados (o que corresponde a uma taxa de 3,45% dos doentes saídos no ano), 415 utentes (51,7%) são do sexo feminino e 387 (48,3%) do sexo masculino. Estes números estão próximos dos dados nacionais, 55,2% e 44,8% respetivamente (ACSS, 2014).

Relativamente à idade, a faixa etária predominante dos utentes referenciados é a dos idosos. Os casos com idade superior a 60 anos representam 88%. Comparativamente aos dados nacionais, verifica-se que enquanto 51,8% dos idosos tem idade superior a 80 anos (ACSS, 2014), os utentes referenciados pelo CHTMAD incluídos nesta faixa etária representam 38%.

O perfil sociodemográfico dos utentes referenciados pelo CHTMAD encontra-se sintetizado na Tabela 12.

Tabela 12.
Caracterização dos utentes referenciados pelo CHTMAD

Dados sociodemográficos	N	%	% Válida	% Acumulada
Sexo				
Feminino	415	51,6	51,7	51,7
Masculino	387	48,1	48,3	100
Subtotal	802	99,6	100	
Ausente	3	0,4		
Total	805	100		
Classe etária				
Até 9 anos	2	0,2	0,2	0,2
10 - 19	0	0	0	0,2
20 - 29	0	0	0	0,2
30 - 39	4	0,5	0,5	0,7
40 - 49	31	3,9	3,9	4,6
50 - 59	61	7,6	7,6	12,2
60 - 69	123	15,3	15,3	27,6
70 - 79	273	33,9	34	61,6
80 - 89	269	33,4	33,5	95,1
90 - 99	39	4,8	4,9	100
Subtotal	802	99,6	100	
Ausente	3	0,4		
Total	805	100		
Estado civil				
Casado(a)	404	50,2	50,9	50,9
Divorciado(a)	18	2,2	2,3	53,2
Separado(a)	4	0,5	0,5	53,7
Solteiro(a)	99	12,3	12,5	66,2
União de facto	6	0,7	0,8	67,0
Viúvo(a)	262	32,5	33,0	100
Subtotal	793	98,5	100	
Ausente	12	1,5		
Total	805	100		

Verifica-se uma proximidade entre as medidas de localização aplicadas à idade: média, mediana e moda, com valores entre os 74 a 76 anos (Tabela 13).

Tabela 13.
Idade dos utentes referenciados pelo CHTMAD

Idade	
N	Válido 802
	Ausente 3
Média	74,36
Mediana	76
Moda	74
Mínimo	< 1
Máximo	99

As idades mínimas e máximas correspondem apenas a três casos. Com idade inferior a um ano são apenas dois casos referenciados pela EGA para a ECCI e com a idade máxima foi

referenciado um utente, pelo que, apesar de uma grande amplitude, o reduzido número de casos não é indutor de grande dispersão nas medidas de tendência central.

Quanto ao estado civil, 50,9% dos utentes são casados (404 dos casos válidos) e 33% viúvos (262 casos). Os 26 casos restantes correspondem ao estado civil de divorciado, separado e em união de facto. Enquanto os utentes casados são maioritariamente do sexo masculino, já os viúvos são do sexo feminino, conforme Tabela 14. A nível nacional, este indicador não foi divulgado pelo que não é possível apurar a sua conformidade ou não com os dados globais.

Tabela 14.
Estado civil e sexo dos utentes referenciados pelo CHTMAD

Estado civil	Sexo F	Sexo M	Total
Casado(a)	159	245	404
Divorciado(a)	5	13	18
Separado(a)	1	3	4
Solteiro(a)	47	52	99
União de facto	3	3	6
Viúvo(a)	195	67	262
Total	410	383	793

Relativamente à proveniência geográfica dos utentes (Figura 16), verifica-se que 653 (81%) são residentes no distrito de Vila Real, seguido de Viseu, com 121 casos (15%).

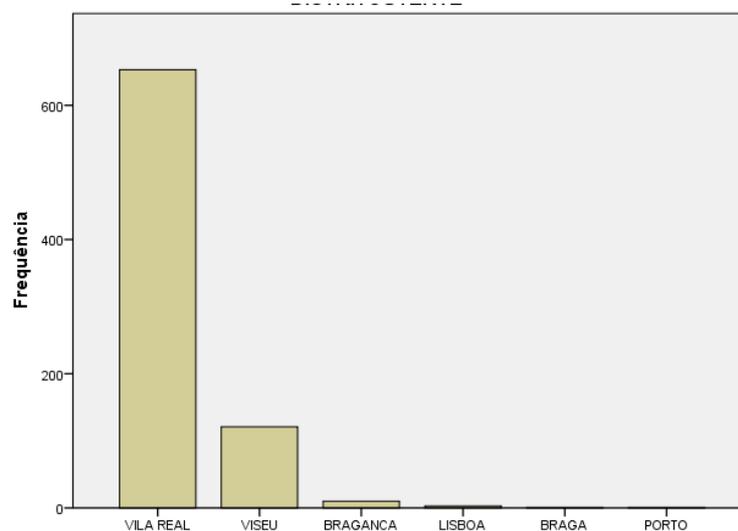


Figura 16. Distrito de residência dos utentes referenciados pelo CHTMAD

Os concelhos de residência com mais utentes referenciados são Chaves, Vila Real e Valpaços, todos pertencentes ao distrito de Vila Real (Tabela 15).

Tabela 15.
Concelho de residência dos utentes referenciados pelo CHTMAD

Concelho	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Chaves	149	18,5	18,9	18,9
Vila Real	93	11,6	11,8	30,7
Valpaços	92	11,4	11,7	42,3
Lamego	57	7,1	7,2	49,6
Vila Pouca de Aguiar	47	5,8	6	55,5
Montalegre	46	5,7	5,8	61,3
Peso da Régua	41	5,1	5,2	66,5
Alijó	35	4,3	4,4	71
Santa Marta de Penaguião	30	3,7	3,8	74,8
Boticas	30	3,7	3,8	78,6
Mondim de Basto	22	2,7	2,8	81,4
Murça	20	2,5	2,5	83,9
Sabrosa	20	2,5	2,5	86,4
Ribeira de Pena	18	2,2	2,3	88,7
Armamar	15	1,9	1,9	90,6
Tabuaço	12	1,5	1,5	92,1
Mesão Frio	10	1,2	1,3	93,4
Outros	52	6,6	6,4	100
Subtotal	789	98	100	
Ausente	16	2		
Total	805	100		

4.2. Referenciação no CHTMAD

A atividade da EGA do CHTMAD apresenta a seguinte distribuição, com a unidade de Vila Real a referenciar mais de metade dos casos (Tabela 16).

Tabela 16.
Referenciação pela EGA do CHTMAD

Unidade	Frequência	% Válida	% Acumulada
Vila Real	455	56,5	56,5
Chaves	319	39,6	96,1
Lamego	31	3,9	100
Total	805	100	

As especialidades clínicas responsáveis pela referenciação de maior número de utentes foram a ortopedia, a medicina e a neurologia, com 87,5% dos 791 casos identificados (Figura 17).

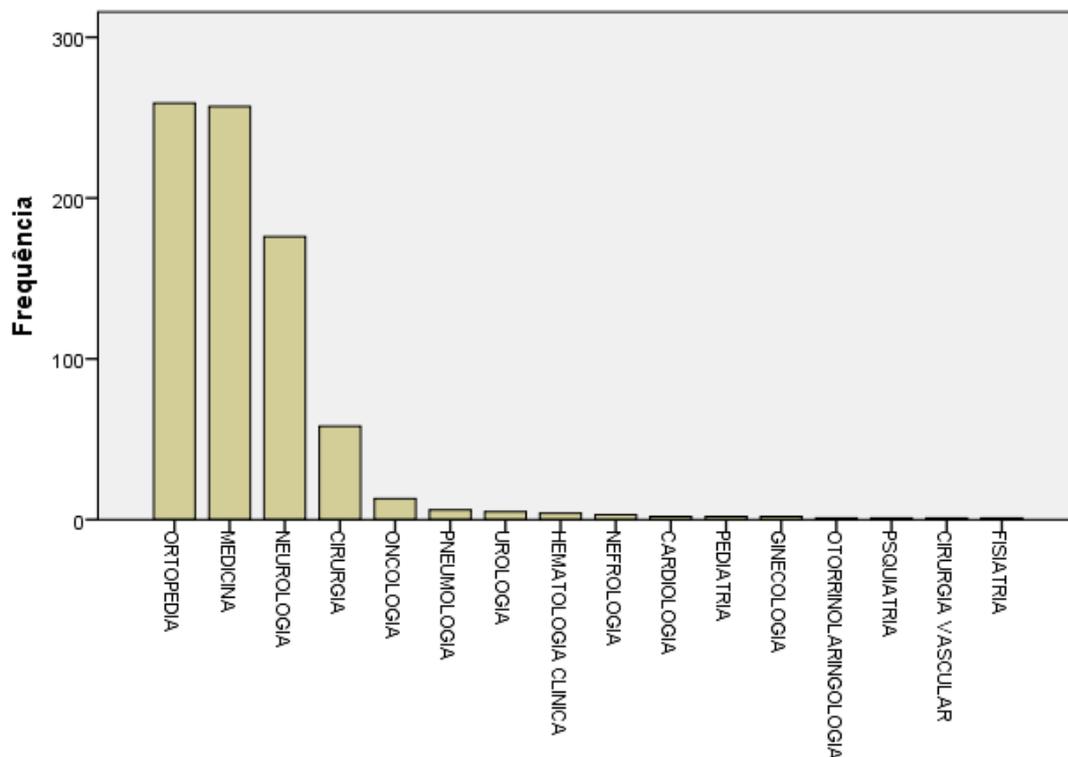


Figura 17. Especialidades médicas referenciadoras do CHTMAD

As propostas de ingresso na Rede distribuíram-se essencialmente pelas unidades de média duração e reabilitação (34%), convalescença (22,7%) e ECCI (24,1%), estas sob a responsabilidade das unidades de cuidados de saúde primários (Tabela 17).

Tabela 17.
Unidades da RNCCI propostas pela EGA do CHTMAD

Unidade	Frequência	% Válida	% Acumulada
UC	183	22,7	22,7
UMDR	274	34	56,8
ULDM	117	14,5	71,3
UCP	37	4,6	75,9
ECCI	194	24,1	100
Total	805	100	

4.3. Admissão na RNCCI

Relativamente aos processos instruídos pelo CHTMAD em 2013 (Tabela 18), dos 805 casos referenciados pela EGA, 117 não chegaram a ser apreciados pela ECL, por vários motivos: alta clínica (97), cancelamento da proposta de referência (9), óbito (6) e outras razões (5).

Assim, foram colocadas à apreciação da ECL 688 processos e, até terminar o processo com a admissão na Rede, verificou-se nova redução nos processos aprovados (93). O motivo mais frequente foi o cancelamento pela ECL ou ECR (74), depois por óbito (10), alta (8) e por outros motivos (1).

É relevante nesta análise o facto de se verificar que em 84 dos 93 processos, cuja admissão na RNCCI não foi efetivada, ou seja, em 90% dos casos cujo ingresso não foi efetivado, existiu reserva de vaga numa unidade da RNCCI.

Excluídos 210 processos do total dos referenciados pela EGA, ingressaram na Rede 595 utentes, o que corresponde a uma taxa de 74%. Esta taxa é inferior à taxa de admissão nacional (86%) (ACSS, 2014).

Tabela 18.
Processos referenciados

Referenciação CHTMAD	N.º processos
Referenciação EGA	805
Cancelamentos EGA	117
Apreciação ECL	688
Cancelamentos ECL/ECR	93
Admissão na RNCCI	595
Taxa admissão RNCCI	74%

Quanto à caracterização dos utentes admitidos na RNCCI e relativamente à distribuição por género, verifica-se que esta não sofreu alteração relevante comparativamente à totalidade dos utentes referenciados pela EGA, com o sexo feminino a representar 51,4% (306 casos) e o sexo masculino 48,6% (289 casos), conforme Tabela 19.

Tabela 19.
Caracterização dos utentes admitidos na RNCCI

Dados sociodemográficos	N	%	% Válida	% Acumulada
Sexo				
Feminino	306	51,4	51,4	51,4
Masculino	289	48,6	48,6	100
Total	595	100	100,0	
Classe etária				
Até 9 anos	2	0,3	0,3	0,3
10 - 19	0	0	0,0	0,3
20 - 29	0	0	0,0	0,3
30 - 39	3	0,5	0,5	0,8
40 - 49	16	2,7	2,7	3,5
50 - 59	41	6,9	6,9	10,4
60 - 69	93	15,6	15,6	26,1
70 - 79	204	34,3	34,3	60,3
80 - 89	203	34,1	34,1	94,5
90 - 99	33	5,5	5,5	100
Total	595	100	100	
Estado civil				
Casado(a)	294	49,4	50,2	50,2
Divorciado(a)	15	2,5	2,6	52,7
Separado(a)	3	0,5	0,5	53,2
Solteiro(a)	70	11,8	11,9	65,2
União de facto	5	0,8	0,9	66,0
Viúvo(a)	199	33,4	34,0	100
Subtotal	586	98,5	100	
Ausente	9	1,5		
Total	595	100		

Na distribuição por faixa etária, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) mantêm-se semelhantes à da totalidade dos utentes referenciados, confirmando os idosos como a maioria dos utentes admitidos na RNCCI (Tabela 20). A faixa etária com idade superior a 60 anos representa 90% das admissões e idade superior a 80 anos uma taxa de 40%.

Tabela 20.
Idade dos utentes admitidos na RNCCI

Idade	
N	Válido 595
	Ausente 0
Média	74,97
Mediana	77
Moda	74
Mínimo	< 1
Máximo	99

Os utentes do sexo masculino são maioritariamente casados, enquanto os do sexo feminino são viúvos, apresentando a mesma tendência da totalidade dos utentes referenciados pelo CHTMAD (Tabela 21).

Tabela 21.
Estado civil e sexo dos utentes admitidos na RNCCI

Estado civil	Sexo F	Sexo M	Total
Casado(a)	114	180	294
Divorciado(a)	4	11	15
Separado(a)	0	3	3
Solteiro(a)	33	37	70
União de facto	2	3	5
Viúvo(a)	148	51	199
Total	301	285	586

Os concelhos de Chaves (115), Valpaços (73) e Vila Real (73), todos do distrito de Vila Real, representam 44,6% da área de residência dos utentes admitidos na Rede com registo válido (585) (Figura 18).

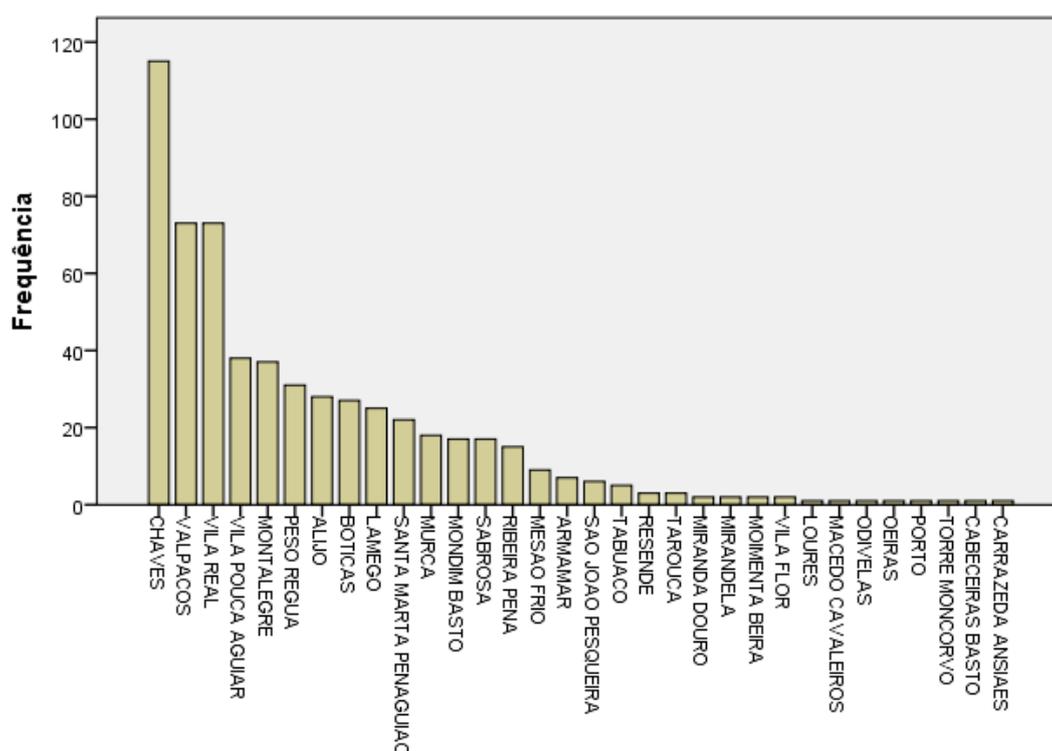


Figura 18. Concelho de residência dos utentes admitidos na RNCCI

Relativamente à localização das unidades da RNCCI em que os utentes ingressaram, verifica-se que 33% dos 585 utentes com a área de residência identificada permaneceu no mesmo concelho (Tabela 22).

Tabela 22.

Taxa de utentes admitidos nas unidades da RNCCI no concelho de residência

Concelho de residência	UCCI - mesmo concelho	UCCI - concelho diferente	Total	Taxa utentes nesmo concelho (%)
Chaves	43	72	115	37
Vila Real	34	39	73	47
Valpaços	21	52	73	29
Montalegre	18	19	37	49
Vila Pouca Aguiar	14	24	38	37
Alijó	13	15	28	46
Peso Régua	13	18	31	42
Sabrosa	12	5	17	71
Murça	11	7	18	61
Santa Marta de Penaguião	6	16	22	27
Boticas	4	23	27	15
Ribeira de Pena	3	12	15	20
Macedo de Cavaleiros	1	0	1	100
Porto	1	0	1	100
Vila de Flor	1	1	2	50
Miranda de Douro	0	2	2	0
Torre de Moncorvo	0	1	1	0
Lamego	0	25	25	0
Loures	0	1	1	0
Mesão de Frio	0	9	9	0
Mirandela	0	2	2	0
Moimenta da Beira	0	2	2	0
Mondim de Basto	0	17	17	0
Odivelas	0	1	1	0
Armamar	0	7	7	0
Oeiras	0	1	1	0
Resende	0	3	3	0
São João de Pesqueira	0	6	6	0
Tabuaço	0	5	5	0
Tarouca	0	3	3	0
Cabeceiras de Basto	0	1	1	0
Carrazeda de Ansiães	0	1	1	0
Total	195	390	585	33

Considerando que a prestação de cuidados das ECCI é de proximidade e ao domicílio, apresenta-se agora a taxa de utentes admitidos em unidades de internamento da Rede e que permaneceram no concelho do seu domicílio. Dos 464 utentes internados, é conhecido o concelho de residência de 456. Destes, apenas 68 (15%) permaneceram no mesmo concelho e 388 foram admitidos em outros concelhos (85%).

Tabela 23.

Utentes admitidos em unidades de internamento no concelho de residência

Concelho residência	UCCI - mesmo concelho	UCCI - concelho diferente	Total	Taxa utentes mesmo concelho (%)
Vila Real	16	39	55	29
Chaves	14	72	86	16
Murça	9	7	16	56
Sabrosa	9	5	14	64
Alijó	7	15	22	32
Vila Pouca de Aguiar	7	24	31	23
Peso da Régua	3	18	21	14
Macedo de Cavaleiros	1	0	1	100
Ribeira de Pena	1	12	13	8
Vila Flor	1	1	2	50
Miranda do Douro	0	2	2	0
Torre de Moncorvo	0	1	1	0
Armamar	0	7	7	0
Boticas	0	23	23	0
Cabeceira de Basto	0	1	1	0
Carrazeda de Ansiães	0	1	1	0
Lamego	0	25	25	0
Loures	0	1	1	0
Mesão Frio	0	7	7	0
Mirandela	0	2	2	0
Moimenta da Beira	0	2	2	0
Mondim de Basto	0	17	17	0
Montalegre	0	19	19	0
Odivelas	0	1	1	0
Oeiras	0	1	1	0
Resende	0	3	3	0
Santa Marta de Penaguião	0	16	16	0
São João da Pesqueira	0	6	6	0
Tabuaço	0	5	5	0
Tarouca	0	3	3	0
Valpaços	0	52	52	0
Subtotal	68	388	456	15
Ausente			8	
Total			464	

Por tipologia, a distribuição geográfica das unidades de admissão dos utentes concentra-se nos concelhos de Vila Real, Murça, Chaves, Vila Pouca de Aguiar e Alijó, com 67% das camas (Tabela 24).

Tabela 24.
Tipologia das UCCI por concelho

Concelho UCCI	UC	UMDR	ULDM	UCP	ECCI	Total
Vila Real	0	84	0	0	19	103
Murça	0	66	5	0	2	73
Chaves	0	27	2	0	29	58
Sabrosa	0	54	0	0	3	57
Vila Pouca de Aguiar	40	0	0	9	7	56
Alijó	0	37	9	0	7	53
Macedo de Cavaleiros	22	0	0	20	0	42
Peso da Régua	0	0	24	0	12	36
Guimarães	27	0	0	0	0	27
Valpaços	0	0	0	0	21	21
Montalegre	0	0	0	0	18	18
Amarante	0	0	9	0	0	9
Ribeira de Pena	0	0	7	0	2	9
Santa Marte Penaguão	0	0	0	0	6	6
Boticas	0	0	0	0	4	4
Celorico de Basto	0	0	2	0	0	2
Mogadouro	0	0	2	0	0	2
Porto	0	0	0	1	1	2
Valongo	1	1	0	0	0	2
Vila Flor	0	1	1	0	0	2
Braga	0	1	0	1	0	2
Freixo Espada à Cinta	0	0	1	0	0	1
Ílhavo	0	1	0	0	0	1
Marco de Canaveses	0	0	1	0	0	1
Miranda do Douro	0	0	1	0	0	1
Mortágua	0	1	0	0	0	1
Paredes	1	0	0	0	0	1
Arrouquelas, Rio Maior	0	1	0	0	0	1
Torre de Moncorvo	0	0	1	0	0	1
Vila Nova de Gaia	0	1	0	0	0	1
Vila Verde	0	1	0	0	0	1
Castro Daire	0	0	1	0	0	1
Total	91	276	66	31	131	595

Quanto à demora média na referenciação⁴¹, verifica-se que o tempo⁴² médio de referenciação dos utentes numa unidade da Rede é próximo dos 10 dias, sendo o tempo mais frequente cinco dias (Tabela 25).

⁴¹ Para efeitos de cálculo deste indicador, considerou-se a data de entrada do processo na ECL e a data de admissão do utente numa unidade da RNCCI.

⁴² Todos os tempos apresentados ao longo deste capítulo são expressos em dias. Quando referido, o zero é sinónimo de ação desenvolvida no próprio dia.

Tabela 25.

Tempo total na referenciação para a RNCCI

Tempo na referenciação		Admissão RNCCI
N	Válido	595
	Ausente	0
Média		9,73
Mediana		6
Moda		5
Desvio padrão		23,907
Mínimo		0
Máximo		513

Considerando a existência de um caso de que apresenta uma demora exceccionalmente elevada (513 dias) e cuja causa não foi possível averiguar devido à confidencialidade e anonimato dos utentes, foi efetuado o apuramento da demora na referenciação, excluindo esse caso, para avaliar o seu impacto na média global, tendo-se verificado que a mesma apresentou uma diminuição de 9,73 para 8,88.

Por tipologia, verificou-se que a referenciação para as ULDM é a que apresenta tempos mais elevados e para as ECCI os mais reduzidos (Tabela 26).

Tabela 26.

Tempo na referenciação por tipologia da RNCCI

Tempo na referenciação	UC	UMDR	ULDM	UCP	ECCI
Média	5,86	8,35	30,27	7,19	5,57
Mediana	5	7	14	6	3
Moda	5	7	7	5	2
Mínimo	1	1	1	1	0
Máximo	28	79	513	22	111

A nível nacional, a ACSS divulga a mediana do tempo decorrido entre a referenciação e a identificação da vaga e não a da admissão efetiva na unidade da Rede. Para efeitos comparativos, apresenta-se agora esse indicador (Tabela 27). A mediana nacional é de 9,26 dias, resultado de uma grande assimetria regional (varia de 1,99 no Algarve para 18,89 no Alentejo) (ACSS, 2014). No caso em estudo, a mediana é inferior tanto à nacional bem como à da região norte (6,98) na qual está inserida.

Tabela 27.

Tempo na referenciação e vaga na RNCCI

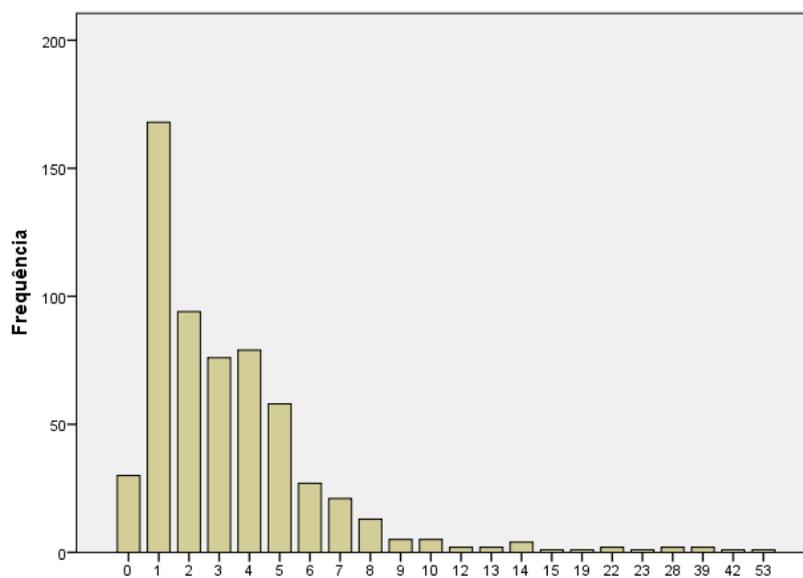
Tempo na referenciação		Vaga na RNCCI
N	Válido	595
	Ausente	0
Média		8,62
Mediana		5
Moda		2
Desvio padrão		23,709
Mínimo		0
Máximo		511

Quanto aos procedimentos de avaliação e decisão de ingresso na Rede, verificou-se que a demora média entre a data de entrada dos processos na ECL e na ECR foi de 3,59 dias (Tabela 28). Até cinco dias foram avaliados 505 dos 595 casos. Salienta-se, ainda, a resposta a 30 processos no próprio dia e 168 no dia seguinte. No extremo oposto, 4% dos processos (29) demorou mais de nove dias (Figura 19).

Tabela 28.

Tempo na apreciação das propostas de referenciação

Tempo na apreciação		ECL_ECR
N	Válido	595
	Ausente	0
Média		3,59
Moda		1
Mínimo		0
Máximo		53

**Figura 19.** Demora em dias na apreciação das propostas de referenciação

Complementarmente, refira-se que a demora média entre a data prevista de alta hospitalar e efetiva foi de 6,47 dias, verificando-se uma dispersão alargada (Tabela 29).

Tabela 29.

Tempo entre as datas previstas e efetivas de alta

Tempo de alta prevista e efetiva		Demora
N	Válido	595
	Ausente	0
Média		6,47
Mediana		3
Moda		0
Desvio padrão		24,285
Mínimo		-31
Máximo		508

O teste de correlação de *Pearson* permite confirmar que existe uma associação positiva entre o tempo de apreciação dos processos para integração na Rede e o tempo decorrido entre a alta prevista e a efetiva (Tabela 30).

Tabela 30.

Correlação entre a data de apreciação das propostas e a data de alta hospitalar

		Dias ECL/ECR	Dias alta prevista e efetiva
Dias ECL/ECR	Correlação de <i>Pearson</i>	1	,347**
	Sig. (2 extremidades)		0
	N	595	594
Dias alta prevista e efetiva	Correlação de <i>Pearson</i>	,347**	1
	Sig. (2 extremidades)	0	
	N	594	594

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Relativamente à demora média entre a data da disponibilização da vaga e a admissão na unidade na Rede, a mesma foi de 1,11 dias, com 76,6% dos casos a serem admitidos até um dia após a vaga (Tabela 31).

Tabela 31.

Tempo entre a data da vaga e admissão na unidade da RNCCI

Tempo entre data vaga e admissão		
N	Válido	595
	Ausente	0
Média		1,11
Moda		1
Mínimo		0
Máximo		6

Quanto à taxa de admissão por especialidade referenciadora, destacam-se as três primeiras: ortopedia, medicina e neurologia (Tabela 32). Esta última é a especialidade que apresenta melhor taxa de execução (82%).

Tabela 32.

Taxa de utentes admitidos na RNCCI, por especialidade médica referenciadora

Especialidade	Referenciação EGA	Admissão RNCCI	Taxa
Ortopedia	259	180	69%
Medicina	257	186	72%
Neurologia	176	145	82%

Comparando a tipologia da unidade da RNCCI proposta pela EGA e a unidade de admissão, verifica-se haver aceitação total no que diz respeito à referenciação para a UC e UCP. Das 174 propostas para a ECCI, 40 foram transferidas para a UMDR e 12 das 78 propostas para a ULDM ingressaram numa UMDR (Tabela 33).

Tabela 33.

Unidades propostas pela EGA e validadas pela ECL

UCCI proposta	UCCI admissão					Total
	UC	UMDR	ULDM	UCP	ECCI	
UC	82	0	0	0	0	82
UMDR	7	224	2	0	1	234
ULDM	0	12	62	3	1	78
UCP	0	0	0	27	0	27
ECCI	2	40	2	1	129	174
Total	91	276	66	31	131	595

Refira-se que, a nível nacional, a tipologia em que mais utentes foram admitidos foi a ECCI (30%), seguido da UC (24%) e UMDR (23%), estas com valores muito aproximados, ULDM (18%) e UCP (5%) (ACSS, 2014). No CHTMAD, aproximadamente metade dos utentes foi

admitida na tipologia de UMDR (46%), ficando todas as outras tipologias (com exceção das UCP) abaixo da média nacional (Figura 20).

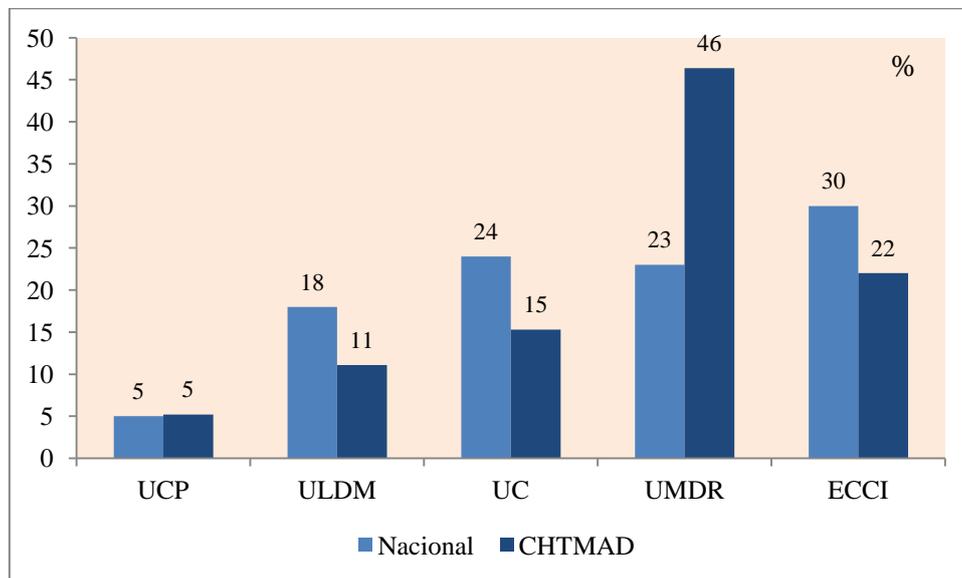


Figura 20. Taxa de admissão por tipologia da RNCCI (ACSS, 2014)

Na Figura 21 é apresentado o circuito processual da referenciação do CHTMAD em 2013, com tempos médios desde a admissão no internamento hospitalar até à admissão numa unidade da RNCCI, bem como o respetivo fluxo de utentes.

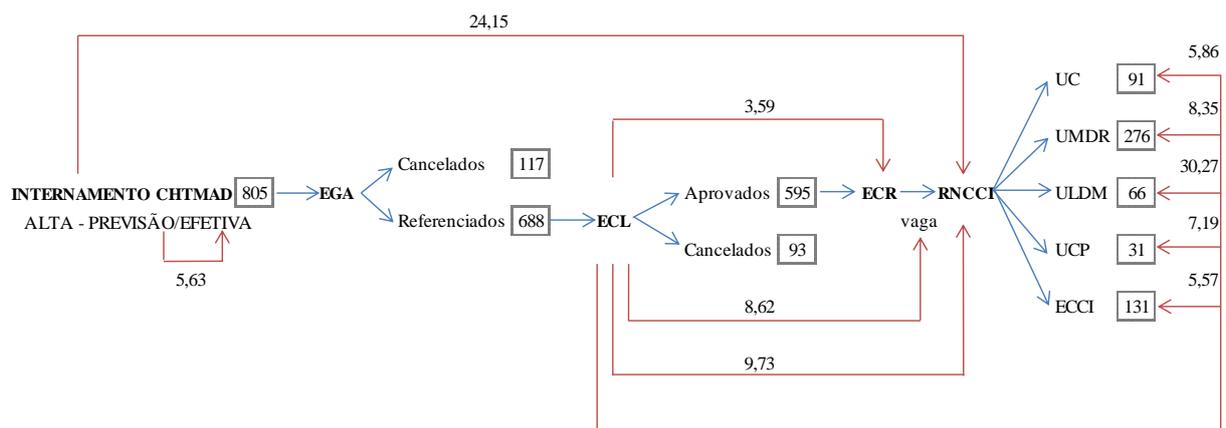


Figura 21. Circuito processual e tempos médios

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Esta fase corresponde à interpretação e sintetização dos resultados da pesquisa efetuada, respondendo ao problema inicial de forma conclusiva (Pocinho, 2012). Antes da apresentação das considerações devidas a cada uma das questões enunciadas no início do trabalho, importa fazer uma apreciação global da relevância do tema, tendo em conta critérios de utilidade adstritos a projetos de investigação.

Considera-se oportuno e pertinente o desenvolvimento do tema escolhido, uma vez que a RNCCI continua em expansão e a sua implementação territorial ainda não corresponde às necessidades globais da população (ACSS, 2014; ARS Norte, 2014; ERS, 2013), nem estão materializadas todas as tipologias previstas no diploma legislativo da sua criação, nomeadamente as unidades de ambulatório (ERS, 2013).

O acompanhamento e monitorização da Rede através de estudos de caso, pelo seu carácter individualizado e detalhado, poderão contribuir para local e regionalmente identificar constrangimentos organizacionais que poderão ser superados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos e/ou pela articulação com as ECL e ECR.

O estudo aprofundado e focalizado permite, simultaneamente, apurar a sua conformidade ou não com dados globais e ressaltar pontos específicos de atuação, com impacto na atividade dos profissionais e na qualidade e oportunidade dos serviços prestados aos utentes.

Concretizando, a realização do presente trabalho permitiu:

- Verificar que a instituição hospitalar em estudo não tem acesso à extração de informação de carácter sintético e seleção de indicadores globais da sua atividade e dos utentes referenciados pela EGA (a informação necessária ao estudo foi disponibilizada pela entidade gestora nacional). A informação é imprescindível para agir e identificar os pontos fulcrais de intervenção;
- Identificar procedimentos passíveis de aperfeiçoamento, nomeadamente sobre a necessidade de: *i*) aumentar a interoperacionalidade entre o sistema informático da Rede – Gest-Care CCI® e os aplicativos hospitalares (médicos e de enfermagem), permitindo agilizar os procedimentos administrativos de referenciação previstos, seja por exigência dos normativos legais ou instruções operacionais, uma vez que a informação solicitada na plataforma é extensa e exige uma introdução manual; *ii*) atualizar os normativos internos, nomeadamente o regulamento da EGA; *iii*) aperfeiçoar os procedimentos

internos de referenciação e articulação com a ECL, para que a mesma seja efetuada em tempo oportuno, diminuindo demoras e eventuais prolongamentos desnecessários de internamento; *iv*) reduzir o número de processos cancelados, pela análise dos motivos que lhe deram origem, especialmente quando já existe reserva de vaga; *v*) e avaliar a adequação dos tempos de apreciação e avaliação das propostas de referenciação.

Agora, relativamente às questões de investigação orientadoras do trabalho, cabe fazer as seguintes observações:

Qual o perfil dos utentes referenciados pelo CHTMAD para a RNCCI?

Os idosos são os utentes referenciados com mais frequência pelo CHTMAD. Esta constatação corresponde ao não só ao perfil identificado pelos estudos preparatórios que estiveram presentes na implementação da Rede, como também à tendência e previsão das instituições europeias e em conformidade com os mais recentes dados nacionais publicados (ACSS, 2014).

Os utentes com idade superior a 60 anos representam 90% das admissões na RNCCI. A distribuição por género é equilibrada, com 51,6% do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, 50% são casados e 33% viúvos, com uma média de idade de 74,36 anos. Mais de 80% dos utentes referenciados pelo CHTMAD são oriundos do distrito de Vila Real, dos concelhos de Chaves, Vila Real e Valpaços. Os utentes efetivamente admitidos na RNCCI mantêm o perfil sociodemográfico da totalidade dos utentes referenciados pelo CHTMAD (sexo, estado civil, idade e local de residência).

Qual a demora média desde a referenciação do CHTMAD até à admissão numa UCCI?

Relativamente ao circuito processual da referenciação, verifica-se que a demora média na referenciação, considerada desde a data de entrada do processo na ECL até à admissão numa unidade da RNCCI, é de 9,73 dias e a mediana de 6 dias. A média da referenciação, por tipologia de unidade da RNCCI, varia entre 5,57 dias para as ECCI e 30,27 para as ULDM.

Relativamente às UCP, o tempo médio de referenciação foi de 7,19 dias e a mediana de 6 dias, com uma amplitude entre os 0 a 111 dias. Quanto a este último indicador e comparativamente ao estudo realizado por Dias (2012), verifica-se que os tempos de

referenciação do CHTMAD são menores. Dias (2012) verificou que a mediana desde a data de referenciação até à admissão foi de 9 dias, apresentando uma grande variação, entre a 1 a 430 dias. No próprio dia da referenciação foram admitidos 26,28% dos utentes e 58,03% no prazo de 14 dias. Considerando que o motivo mais frequente de admissão nesta tipologia é doença oncológica, a autora destaca o impacto provável deste indicador na sobrevivência dos utentes, tendo concluído que os utentes referenciados para esta tipologia já o são em fase final da doença (Dias, 2012). Apesar da mediana de sobrevivência à data da referenciação ser de 36,50 dias, a mesma foi reduzida para 11 dias à data de admissão. A principal causa de alta foi o óbito (79,40%) e mais de metade dos utentes (54,41%) faleceu nos primeiros 14 dias de internamento. Destaca ainda o facto de 10 doentes (3,32%) terem falecido no próprio dia em que foram admitidos e 12 doentes (3,99%) no segundo dia de internamento.

Para efeitos comparativos e cingindo-nos aos dados disponíveis publicados pela ACSS (2014), a mediana entre a referenciação do CHTMAD e a disponibilização da vaga (5 dias) é inferior à nacional e regional (9,26 e 6,98 dias, respetivamente). A entidade gestora nacional justifica a demora decorrida entre a referenciação e a identificação da vaga para o utente com quatro fatores: *i*) a referenciação hospitalar ser efetuada próxima da data prevista da alta quando o deveria ser entre as 48 a 72 horas após a admissão hospitalar; *ii*) a disponibilidade ou indisponibilidade de vaga; *iii*) o exercício de outras funções dos profissionais da ECL; *iv*) e a necessidade processual na avaliação e definição da comparticipação atribuída ao utente, quando a unidade de destino é uma UMDR ou ULDM (ACSS, 2014). Refira-se que, no caso do CHTMAD, 46% dos utentes foram admitidos numa UMDR.

O tempo médio decorrido entre a apreciação e validação das propostas de referenciação entre as entidades coordenadoras locais e regional é de 3,59 dias.

De acordo com o teste de correlação de *Pearson*, existe uma associação positiva entre as variáveis, justificando os procedimentos de referenciação para a RNCCI 12% no prolongamento da permanência hospitalar.

Os utentes referenciados pelo CHTMAD são admitidos em UCCI próximas da sua área de residência?

Relativamente à mobilidade e flexibilidade da oferta da RNCCI, verifica-se que 78% dos utentes foram admitidos em unidades de internamento e 22% em ECCI. Dos utentes

internados apenas 15% permaneceram na sua área de residência. Globalmente, esta taxa foi de 33%.

Apesar dos utentes poderem escolher três unidades preferenciais, os procedimentos de gestão de vagas e a distribuição da oferta são razões que condicionam e limitam a admissão nas unidades selecionadas. Neste âmbito, a UMCCI procedeu à emissão da diretiva técnica n.º 1/UMCCI/2012, de 28 de março, aplicável à atividade das ECR, determinando a cessação da possibilidade de escolha de unidades preferenciais pelo utente, apesar das entidades coordenadoras regionais manterem o critério de proximidade à residência (UMCCI, 2012). Esta decisão foi tomada na sequência da constatação de que esta possibilidade tinha conduzido, na maioria das situações, à escolha de unidades com maiores listas de espera, com impacto no atraso da admissão de outros utentes e no aumento da permanência no internamento hospitalar.

Na análise do acesso potencial dos utentes à RNCCI e considerando o perfil sociodemográfico da população e o tempo máximo de 60 minutos a percorrer em estrada até às unidades de internamento, a ERS (2013) concluiu que em 166 concelhos de todos os distritos de Portugal continental existem áreas com baixo acesso às unidades. O impacto previsível é em 79,3% do total da população residente (perto dos 8 milhões) e em 75,8% dos idosos. Relativamente ao distrito de Vila Real, este indicador compreende 65,6% da população residente, distribuída por 11 dos 14 concelhos, e 70,9% da população idosa.

A adequação à oferta, em termos de distribuição geográfica, é relevante na promoção e continuação dos cuidados, uma vez que a ERS (2013) verificou a existência de utentes, potenciais utilizadores das UCP, a recusar a admissão numa unidade dessa tipologia por considerar excessiva a distância relativamente ao seu local de residência e dos seus familiares.

Além da adequação da oferta de cuidados e eficácia na articulação dos prestadores no âmbito de um plano integrado de continuidade de cuidados, a redução do tempo de permanência no internamento hospitalar é um desiderato gestor⁴³, com impacto na qualidade de serviços prestados, na promoção da saúde dos utentes, na gestão de camas hospitalares e de cuidados continuados e diminuição dos tempos de espera. O prolongamento do tempo de internamento,

⁴³ Veja-se a promoção da cirurgia de ambulatório, considerada no contrato programa hospitalar como um indicador de desempenho assistencial relevante na atribuição de incentivos institucionais (ACSS, 2012).

por razões não médicas, é uma área potencial de intervenção e indicador de eficiência e eficácia.

Challis, Hughes, Xie e Jolley (2014) dedicaram-se ao estudo dos fatores associados ao atraso na alta hospitalar dos idosos nos hospitais do noroeste de Inglaterra. A investigação identificou as deficiências cognitivas e um alto nível de dependência como associadas a atrasos na alta hospitalar, bem como lesões e distúrbios comportamentais. O motivo dos atrasos residia nas dificuldades organizacionais na gestão de altas e apoio nos cuidados após a alta. Já não encontraram essa relação em utentes com doenças infecciosas ou parasitárias, neoplasias ou doenças do sistema respiratório. As características sociodemográficas (idade, género, área de domicílio ou situação profissional), as admissões anteriores num período de um ano e as circunstâncias das mesmas também não apresentavam uma associação relevante com os atrasos na alta.

Os serviços de traumatologia e ortopedia foram os serviços onde a probabilidade de atraso na alta era maior e nos quais os utentes que estavam referenciados para continuidade de cuidados tinham maior probabilidade de permanecer desnecessariamente no internamento, relativamente aos que tinham alta para o seu domicílio ou do de familiares.

Lenzi et al. (2014) estudaram o mesmo tema, desta vez na região italiana da Emilia-Romagna. Os autores consideram que os atrasos na alta constituem um indicador de ineficiência na gestão de camas hospitalares. Os utentes cuja data de alta se prolongou além do necessário eram idosos⁴⁴, com mais comorbilidades, com diagnóstico inicial de demência, fraturas ou tumores, de admissão urgente e que necessitaram mais vezes do recurso a unidades de cuidados intensivos. Entre as razões do prolongamento do internamento constavam a espera por admissão em lares (28,4%), unidade de cuidados de longa duração e reabilitação (23,7%), outras unidades reabilitacionais hospitalares (14,5%) e razões pessoais e familiares relacionadas com a falta de cuidadores ou a sua não aceitação da alta hospitalar (16,7%).

Relativamente à situação pessoal, 1/4 dos utentes vivia sozinho e com dificuldades na execução das atividades de vida diárias (57,6%). Os utentes internados em especialidades médicas tinham maior probabilidade de permanecer internados, ao invés dos que ocupavam camas de especialidades cirúrgicas, destacando-se os serviços de longa duração e reabilitação, traumatologia e ortopedia. Os autores consideram que a taxa de 8% dos utentes com atraso na

⁴⁴ Cada década de idade aumentava o risco de atraso na alta de 24%.

alta na região em estudo é diminuta, mercê de estratégias de intervenção e implementação de modelos para melhorar o fluxo logístico dos utentes. Estes modelos consideram critérios como a gravidade clínica e a complexidade dos cuidados de saúde e incluem profissionais de enfermagem e outros profissionais como coordenadores da gestão de altas.

Outro estudo que converge para as conclusões já apresentadas foi desenvolvido por Watkins et al. (2014), nos Estados Unidos da América, onde, devido à especificidade organizacional dos serviços de saúde, os profissionais clínicos podem ser penalizados se o internamento dos utentes divergir do tempo médio previsto. O cálculo da demora média esperada é baseado no tipo de patologia ou procedimento clínico. O estudo incidiu sobre os utentes traumatizados, uma vez que estes têm necessidades sociais que não estão presentes nos utentes com sinalização para cirurgia eletiva e que podem ser motivo de adiamento da alta. Nesta investigação salientaram-se como fatores presentes no prolongamento da alta a causa de admissão (destacaram-se os atropelamentos, com 2,3 dias, lesões perfurantes 2,9, acidentes de viação 1,4 e quedas 1,3), estadia na unidade de cuidados intensivos, grau de severidade da lesão e a necessidade de continuidade de cuidados após a alta. Já a idade não foi considerada um fator significativo, tendo-se verificado que a média de idade dos doentes com adiamento da alta era de 63 anos.

Relativamente ao presente estudo importa ainda referir algumas limitações que condicionaram o cabal esclarecimento de dúvidas e análise de desvios relevantes, nomeadamente a confidencialidade de informação clínica e o anonimato da amostra, bem como o facto de os hospitais, neste caso o CHTMAD, não terem acesso no seu perfil de utilizador da plataforma informática à extração da síntese estatística global da referência para a RNCCI. Um único interlocutor institucional, dotado da informação processual, regulamentar e da atividade, tornaria o processo de recolha de dados mais célere e possibilitaria a prestação de informação complementar.

Além do estudo da implementação da Rede e do seu funcionamento como propostas de investigação futuras, no decurso do presente trabalho perfilaram-se outros temas complementares mas com impacto no sistema de saúde e articulação entre os prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente:

- A relevância da literacia em saúde e comunicação entre os profissionais, utentes e os seus familiares, com impacto na melhoria dos processos gestionários hospitalares,

particularmente na decisão do momento da alta hospitalar e saúde dos utentes (tempo de internamento, reinternamentos, alta para o domicílio, gestão da própria saúde e auto cuidado após a alta);

- A identificação das razões não médicas com efeito no prolongamento do internamento hospitalar e demora da efetivação da alta, quando já existe a decisão de alta clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2014). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2013*. Lisboa.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2014). *Relatório de monitorização da atividade nos cuidados continuados integrados na região norte em 2013*. Porto.
- Burkhart, J. (2008). Training nurses to be teachers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (11), 503-510. doi:10.3928/00220124-20081101-02
- Canha, C., Massano, A., Esperto, H., Rato, J., Ferreira, T., & Geraldo, A. (2013). National post hospital care project and length of hospitalization of patients with stroke 2010-2011. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (6), 683-688.
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. (2006). *Regulamento da equipa de gestão de altas*. Vila Real.
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. (2009). *Norma 33: Planificação da alta*. Vila Real.
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. (2012). *Norma 11: Elaboração da nota de alta (revisão)*. Vila Real.
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. (2014). *Relatório de gestão e contas: Exercício de 2013*. Vila Real.
- Challis, D., Hughes, J., Xie, C., & Jolley, D. (2014). An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (2), 160-168. doi: 10.1002/gps.3983
- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 233/2005*, de 29 de dezembro. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, e o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e aprova os respetivos estatutos. Diário da República, 249. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 50-A/2007*, de 28 de fevereiro. Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e aprova os respetivos Estatutos. Diário da República, 42. Série I. 2.º suplemento.
- Deliberação n.º 2020/2012*, de 19 de dezembro. Conclusão do processo de fusão UMCCI/ACSS, I. P. Diário da República, 245. Série II.
- Department of Health & Human Services. (2013). *Revision to state operations manual (SOM). Hospital appendix A: Interpretive guidelines for 42 CFR 482.43 discharge planning*. Maryland. Retrieved from <http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Survey-and-Cert-Letter-13-32.pdf>

- Despacho n.º 10429/2014*, de 12 de agosto. Determina que os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, integrados no serviço nacional de saúde, e classificados nos Grupos I, II, III ou IV-a com valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP). Diário da República, 154. Série II.
- Despacho n.º 19040/2006*, de 19 de setembro. Define a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível regional e a nível local. Diário da República, 181. Série II.
- Despacho n.º 6359/2011*, de 13 de abril. Cria uma equipa coordenadora local (ECL), para a coordenação operativa da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), em cada agrupamento de centros de saúde (ACES), e em cada unidade local de saúde, que não tenha ACES constituído. Diário da República, 73. Série II.
- Despacho n.º 7968/2011*, de 2 de junho. Determina que em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem de existir uma equipa de gestão de altas (EGA) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP). Diário da República, 107. Série II.
- Dias, A. S. S. (2012). *Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portugueses: Quando? quem? e porquê?*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Retirado de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10518>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Doenças oncológicas em números – 2014*. Lisboa.
- Eastwood, C. A., Howlett G. J., King-Shier, K. M., McAlister, F. A., Ezekowitz, J. A., & Quan H. (2014). Determinants of early readmission after hospitalization for heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 30 (6), 612-618. doi:10.1016/j.cjca.2014.02.017
- Enderlin, C. A., McLeskey N., Rooker, J. L., Steinhäuser, C., D'Avolio D., Gusewelle R., & Ennen, K. A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34 (1), 47-52. doi:10.1016/j.gerinurse.2012.08.003
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Porto.
- Ferreira, L. G. O. (2012). *O efeito da referenciação de utentes para a rede nacional de cuidados continuados integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, P. L., Mendes, A. P., Fernandes I. R., & Ferreira, R. R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem*, 5 (Série 3), 121-133.
- Garção, F. S. (2013). *Planeamento da alta: Impacto nos indicadores de desempenho hospitalar*. Projeto de mestrado não publicado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Gesaworld. (2005). *Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual - Projecto de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede de cuidados continuados integrados e progressivo desenvolvimento de cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência*. Retirado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rede-de-cuidados-continuados-relatorio-final-da-fase-1.aspx>

- Gonzalez, A. A., Girotti, M. E., Shih, T., Wakefield, T. W., & Dimick, J. B. (2014). Reliability of hospital readmission rates in vascular surgery. *Society for Vascular Surgery*, 59 (6), 1638-1643. doi: 10.1016/j.jvs.2013.12.040
- Guimarães, R. C., & Cabral, J. A. S. (1997). *Estatística* (Ed. revista). Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.
- Hill, M. A., & Hill, A. (1998). *Investigação empírica em ciências sociais: Um guia introdutório* [Working Paper 1998/10]. Lisboa: Dinâmica.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas no feminino: Ser mulher em Portugal 2001-2011*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Projeções de população residente: 2012-2060*. Lisboa.
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine*, 360 (14), 1418-1428. doi: 10.1056/NEJMsa0803563
- Kanak, M. F., Titler, M., Shever, L., Fei, Q., Docheterman, J., & Picone, D. M. (2008). The effects of hospitalization on multiple units. *Applied Nursing Research*, 21 (1), 15-22. doi:10.1016/j.apnr.2006.07.001
- Kassin, M. T., Owen, R. M., Perez S. D., Leeds, I., Cox, J. C., Schnier, K., ... Sweeney, J. F. (2012). Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 215 (3), 322-330. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2012.05.024
- Kornburger, C., Gibson, C., Sadowski, S., Maletta, K., & Klingbeil, C. (2013). Using “teach-back” to promote a safe transition from hospital to home: An evidence-based approach to improving the discharge process. *Journal of Pediatric Nursing*, 28 (3), 282-291. doi:10.1016/j.pedn.2012.10.007
- Leeds, I. L., Sadiraj, V., Cox, J. C., Schnier, K. E., & Sweeney, J. F. (2013). Assessing clinical discharge data preferences among practicing surgeons. *Journal of Surgical Research*, 184 (1), 42-48. doi: 10.1016/j.jss.2013.03.064
- Lenzi, J., Mongardi, M., Rucci, P., Di Ruscio, E., Vizioli, M., Randazzo, C., ... Fantini, M. P. (2014). Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharge: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14, 128. doi:10.1186/1472-6963-14-128
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (4), 245-255. doi:10.1111/j.1744-6155.2009.00205.x
- Lucas, D. J., & Pawlik, T. M. (2014). Readmission after surgery. *Advances in Surgery*, 48 (1), 185-199. doi:10.1016/j.yasu.2014.05.009
- Monteiro, O. M. C. (2012). *Eficiência dos cuidados continuados integrados: Hospitais do serviço nacional de saúde ou rede nacional de cuidados integrados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

- Nicola, P. J. (2008a). Como apresentar os resultados de um estudo? In E. E. Silva (Coord.), *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica* (pp. 80-95). Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Nicola, P. J. (2008b). Como construir uma boa questão de investigação? In E. E. Silva (Coord.), *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica* (pp. 19-25). Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2013a). *Health at a Glance 2013: OECD indicators*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2013b). *A good life in old age?: Monitoring and improving quality in long-term care*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>
- Pocinho, M. (2009). *Estatística: Teoria e exercícios passo-a-passo* (Vol. 1). Retirado de http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.
- Portaria n.º 117/2008, de 6 de fevereiro*. Classifica como hospitais centrais, para efeitos do n.º 2.º da portaria n.º 567/2006, de 12 de junho, o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Hospital Distrital de Faro e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. Diário da República, 26. Série I.
- Portaria n.º 20/2014, de 20 de janeiro*. Aprova as tabelas de preços a praticar pelo serviço nacional de saúde, bem como o respetivo regulamento e revoga a portaria n.º 163/2013, de 24 de abril. Diário da República, 20. Série I.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro*. Cria uma estrutura de missão para os cuidados continuados integrados. Diário da República, 241. Série I.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril*. Aprova os princípios fundamentais orientadores da estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência. Diário da República, 81. Série I-B.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana de México.
- Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A., & Dreyer, B. (2009). Literacy and child health: A systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163 (2), 131-140. doi: 10.1001/archpediatrics.2008.539
- Silva, E. E. (2008). Quais os passos essenciais de uma investigação? In E. E. Silva (Coord.), *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica* (pp. 11-17). Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Silva, E. E., & Nicola, P. J. (2008). Que informações relevantes seleccionar da pesquisa bibliográfica? In E. E. Silva (Coord.), *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica* (pp. 33-39). Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

- Teixeira, M. I. (2012). *Planeamento integrado de alta hospitalar nos idosos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Manual de planeamento e gestão de altas*. Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Modelo de referênciação de utentes*. Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador: Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2012). Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2012. Unidade preferencial. Lisboa.
- Watkins, J. R., Soto, J. R., Bankhead-Kendall, B., Rappa, P. J., Holland, D., Truitt, M. S., & Dunn, E. (2014). What's the hold up? Factors contributing to delays in discharge of trauma patients after medical clearance. *The American Journal of Surgery*, 208 (6), 969-973. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.07.002
- Weiss, B. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand* (2nd ed.). Chicago: American Medical Association Foundation.
- Yam, C. H. K., Wong, E. L.Y., Cheung, A. W. L., Chan, F. W. K., Wong, F. Y.Y., & Yeoh, E. (2012). Framework and components for effective discharge planning system: A delphi methodology. *BMC Health Services Research*, 12, 396. doi:10.1186/1472-6963-12-396
- Zambrana-García, J. L., & Rivas-Ruiz, F. (2013). Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos. *Gaceta Sanitaria*, 27 (5), 450-453. Retirado de http://scielo.isciii.es/pdf/gsv27n5/original_breve2.pdf