



Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de mestre em Cuidados Continuados

Andreia Filipa Fidalgo Fernandes

**Dificuldades sentidas pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários, na
referenciação de utentes para a RNCCI**

Este Trabalho inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Orientador: Professora Doutora Gorete Baptista

Bragança, Julho de 2013



Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

**Dificuldades sentidas pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários, na
referenciação de utentes para a RNCCI**

Este Trabalho inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Orientador: Professora Doutora Gorete Baptista

Bragança, Julho de 2013

Resumo

O modelo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) encontra-se em expansão, constituindo-se como um instrumento fundamental para a melhoria da eficácia da prestação de cuidados, integrando em simultâneo a prestação de cuidados de saúde com o apoio social.

Para que os utentes entrem na Rede Nacional de Cuidados Continuados é essencial que o processo de referenciação se concretize, sendo necessário trabalho em equipa. Os principais grupos profissionais envolvidos na referenciação de utentes como enfermeiros, médicos e assistentes sociais, podem ter papéis, funções e competências radicalmente diferentes, mas apenas uma equipa interdisciplinar permite alvejar a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa, ou seja, em toda a sua plenitude. O trabalho em equipa e a transdisciplinaridade são valores chave na referenciação de utentes para a RNCCI, de forma a assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza transversal. A amostra é constituída por 111 profissionais de Saúde dos Centros de Saúde da ULS do Nordeste e o instrumento de recolha de dados é um questionário elaborado por nós.

Com este estudo procurou-se estudar as dificuldades sentidas por parte das equipas de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários na referenciação de utentes para a RNCCI, verificando-se que a troca de experiências entre profissionais, a burocratização no processo de referenciação, situações de referenciação logo após a alta hospitalar, a escassez de formação, a morosidade no processo de admissão e a ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente foram as principais dificuldades detetadas no processo de referenciação de utentes por parte da equipa de saúde familiar.

Relativamente às diferenças encontradas entre os vários profissionais, a classe profissional que mais se evidencia nas respostas são os enfermeiros, seguido dos médicos e por fim os assistentes sociais.

Palavras-chave: RNCCI, referenciação de utentes, multidisciplinaridade, trabalho em equipa.

Abstract

The model of the National Continuous Care (RNCCI) is expanding, establishing itself as a key tool for improving the efficiency of care, integrating simultaneously the provision of health care with social support.

To ensure that users enter in the National Continuing Care it is necessary that the referral process to take place, requiring teamwork. The main professional groups involved in the referral of users such as nurses, doctors and social workers, can have roles, functions and powers radically different, but only an interdisciplinary team allows targeting excellence and quality holistic care to the person, i.e., across its fullness.

The teamwork and transdisciplinary were identified as key values in the referencing users to RNCCI to ensure the coordination and continuity of care continuum.

This is an exploratory, descriptive, transversal study. The sample consisted of 111 healthcare professionals from the Centers for Health ULS Northeast and the instrument for data collection is a questionnaire developed by us.

With this study, we tried to study the difficulties experienced by the teams of Health Primary Health Care in the referral of clients to RNCCI, verifying that the exchange of experiences among professionals, bureaucratization in the process of referral, situations referral after hospital discharge, lack of training, the delay in the admission process and the lack of inpatient units near the wearer's home were the main problems detected in the process of referral of clients by the family health team.

Regarding the differences between the various professionals, the professional class that is most evident in the responses are nurses, followed by doctors and finally social workers.

Keywords: RNCCI, referencing users, multidisciplinary, teamwork.

Siglas

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

ACES Nordeste - Agrupamento de Centros de Saúde do Nordeste

AVD - Atividades de vida diárias

BI - Bilhete de Identidade

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CDist do ISS, IP - Centros Distritais da Segurança Social

CF - Cuidador Familiar

CP - Cuidados Paliativos

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

D.L - Decreto-lei

EC CI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECR - Equipas de Coordenação Regional

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA - Equipa de Gestão de Alta

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

IAI - Instrumento de Avaliação Integrada

IRS - Imposto sobre o Rendimento das pessoas Singulares

MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAI - Termo de Aceitação de Internamento

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

UMCCI - Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados

USF - Unidade de Saúde Familiar

“A cada um peço que se centre nas forças da vida, na mobilização dos recursos vitais, respeitando o indivíduo e a humanidade para promover os cuidados e promover a vida”.

Collière, 1999

Agradecimentos

Neste momento relevante da minha carreira, desejaria agradecer a algumas pessoas que, de alguma forma, tiveram influência neste novo momento da minha formação:

- À Professora Doutora Gorete Baptista, pela prontidão com que aceitou a orientação deste trabalho de projeto, pela confiança, pela exigência que sempre manifestou e pela atenção dedicada ao desenvolvimento do mesmo.
- A todos os colegas que se disponibilizaram participar no estudo não posso deixar de expressar a minha gratidão pela sua colaboração, sem a qual o presente trabalho não seria possível.
- Um agradecimento com especial relevância para o meu filho Martim e para o meu marido Francisco pela sua compreensão e pelo tempo que não lhes foi dedicado. Obrigada pela vossa presença nesta etapa tão importante, sem a qual seria impossível chegar até aqui.
- Um agradecimento muito sincero aos meus familiares, em especial aos meus Pais pelo amor e apoio contínuo. Que Deus vos mantenha sempre esse coração tão cheio de compreensão, carinho e disponibilidade, que só no coração de pais se tem a certeza de encontrar.

Índice Geral

0- Introdução	12
CAPITULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1-A RNCCI	17
1.1-Definição de Cuidados Continuados Integrados	17
1.2- População Alvo	17
1.3- Ingresso na RNCCI.....	17
1.4-Critérios de Exclusão da RNCCI	18
1.5- Caraterização dos Cuidados Continuados	18
2- ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DA RNCCI.....	19
2.1- Prestação de Cuidados Continuados	22
2.1.1- Unidades de Internamento	22
2.1.2-Unidades de Ambulatórios	24
2.1.3- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.....	24
2.1.4- Equipas Domiciliárias	25
3-OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA RNCCI.....	26
3.1-Equipa de Cuidados Continuados Integrados.....	28
3.2- Critérios de Referenciação na RNCCI.....	30
4-REGRAS DE REFERENCIAÇÃO.....	32
4.1- Cuidadores Informais	35
4.2-A Necessidade do Consentimento Informado.....	36
4.3-Financiamento da RNCCI.....	38
4.4-Possíveis Dificuldades na Referenciação dos Utentes por Parte da Equipa.....	39
4.4.1-Comunicação no Seio da Equipa.....	42
4.4.2-Comunicação Hierárquica e Gestão de Conflitos.....	43
4.4.3-Stress nos Profissionais de Saúde.....	47
4.4.4-Formação Profissional.....	48
CAPITULO II- ESTUDO EMPÍRICO	51
1-METODOLOGIA.....	52
1.1-Formulação do Problema.....	53
1.2- Variáveis e sua Operacionalização	54
1.3- Amostra Populacional	56
1.4- Instrumento de Recolha de Dados	59
1.5- Tratamento Estatístico	60

1.6- Aspectos Éticos da Investigação	61
2-APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	62
2.1-Dificuldades Identificadas no processo de referenciação para a RNCCI por parte das equipas de saúde dos CSP.....	62
2.2- Fatores de dificuldade no processo de referenciação.....	68
CAPITULO III- CONCLUSÃO.....	70
3-CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	82
Anexo I-Autorização de recolha de dados.....	83
Anexo II-Termo de Consentimento Informado do Estudo.....	84
Anexo III-Instrumento de Recolha de Dados.....	85
Anexo IV-Formulário de Referenciação....	91
Anexo V-Consentimento Informado.....	116

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tipos de Resposta de prestação de Cuidados da RNCCI.....	22
Tabela 2 - Ocupação das Unidades/Tipologias a Data 13-06-20013, RNCCI no Distrito de Bragança	23
Tabela 3 - Comparticipação corresponsável Segurança Utente Social/Saúde.....	39
Tabela 4 - Caracterização do processo de referenciação em função da profissão e resultados do teste de independência do qui-quadrado, teste exato de Fisher.....	62
Tabela 5 - Fatores que dificultam o processo de referenciação e a sua eficácia.....	68
Tabela 6 - Caracterização dos fatores de dificuldade no processo de referenciação.....	68

Índice de Figuras

Figura1 - Gráfico circular da distribuição dos participantes por género.....	57
Figura 2 - Gráfico de barras da distribuição dos participantes por faixa etária.....	57
Figura 3 - Gráfico de barras da distribuição dos participantes por escolaridade.....	58
Figura 4 - Gráfico de barras da distribuição dos participantes por profissão.....	59

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Organização e Coordenação da RNCCI.....	19
Esquema Ilustrativo 1 -	40

0. INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo, as mudanças demográficas relacionadas com níveis de dependência, as mudanças epidemiológicas consequentes das doenças crónicas, o aumento das pessoas que vivem sozinhas, o aumento constante por parte da sociedade da procura de novas respostas aos problemas do envelhecimento e da dependência, impôs a prioridade de desenvolver intervenções que pudessem dar resposta a necessidades mistas que combinam problemas ou circunstâncias de saúde e sociais.

A prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadram no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) para a necessidade de atender e proteger a dependência, pressupõe dispor de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador.

Esse modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. O programa do XVII Governo Constitucional definiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Assim, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, criando-se também um novo modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que é operacionalizado através de uma Rede nacional e intersectorial, no sentido em que se integraram as políticas do setor da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o setor social e privado.

A evolução deste modelo resulta a partir do modelo clássico de cuidado dos doentes baseado no Modelo Biomédico Tradicional, com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, para um modelo de avaliação e cuidado integral (modelo funcional) que incorpore, além dos cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças dos utentes, o cuidado com as funções físicas, relativas à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais, e os cuidados sociais (preocupação com o contorno familiar).

A RNCCI, além de oferecer a oportunidade de cobrir um espaço até hoje vazio no país, no âmbito social e da expressão da solidariedade pública, prevê colocar o país ao mesmo nível dos seus vizinhos europeus, no âmbito do desenvolvimento das políticas de Bem-estar do Estado. O seu modelo de gestão de doentes tem definido critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados e critérios de exclusão.

Baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da RNCCI; o mecanismo visa assegurar a continuidade dos cuidados mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, sectores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade.

A RNCCI prevê um modelo evolutivo e com desenvolvimento a um ajuste progressivo tanto nos seus conteúdos, composição e instrumentos como na sua complexidade, consensualizado entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Trabalho e da Solidariedade Social, que abrange o período de 2006 até 2016.

Através das equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, a RNCCI fica inserida nos hospitais e, mediante as equipas de cuidados continuados integrados no domicílio, bem como as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, interliga-se com o nível dos cuidados de saúde primários. O novo modelo de cuidados assenta na conceção de uma composição e funcionamento em rede, onde as diferentes tipologias de respostas fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários, criando rede na clássica organização parcelada.

A RNCCI incita a revisão do papel a nível hospitalar e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como ponto fulcral do SNS e pretende uma prestação de cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias.

O facto de dispor de um modelo próprio e definido de financiamento é um elemento crucial para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI. Neste sentido, a comparticipação e coresponsabilização no desenvolvimento do modelo entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e utentes é um ponto-chave. A integração de cuidados, as altas adequadas e precoces para respostas mais adequadas e com melhor custo efetividade, promovendo a autonomia, a independência e um forte enfoque nos cuidados domiciliários, contribui para esta sustentabilidade.

O funcionamento da RNCCI apresenta três níveis de coordenação – central, regional e local, a integração de respostas envolvendo o hospital (equipas de gestão de altas) e os cuidados comunitários, a monitorização continua com adaptação das respostas às necessidades a nível local e regional contribuem para a equidade de acesso.

Para avaliação da situação global do doente, desenvolveu-se um instrumento de avaliação integrada (IAI), transversal a toda a Rede e de aplicação obrigatória, em parceria com uma Universidade, que, sendo universalmente aplicado por todo o país, permite resultados globais nacionais, regionais, locais e por entidade prestadora de cuidados e sua comparabilidade, possibilitando *benchmarking*.

Os cuidados prestados fora do contexto hospitalar, em unidades mais pequenas, mais próximas do local de residência ou de familiares, com um tratamento mais personalizado, permitindo a realização de atividades ocupacionais e de reabilitação, é possível, não só libertar os hospitais para doentes agudos, com os evidentes ganhos económicos, como contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal e aumentar a satisfação dos utentes face ao Serviço Nacional de Saúde.

A RNCCI tem como objetivos estratégicos aumentar o grau de autonomia de pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e ajustar a oferta de cuidados de saúde e apoio social às necessidades dos utentes.

As principais motivações que deram origem a este projeto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes, entre outros fatores, do aumento da esperança de vida e o conseqüente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes.

A razão da escolha deste tema para o trabalho de projeto prende-se com o fato de se considerar pertinente estudar as dificuldades da equipa de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários na referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, uma vez que os Cuidados Continuados Integrados e a sua implementação através da RNCCI constituem-se como uma estratégia fundamental do setor da saúde e do setor social, sendo importante garantir a sua viabilidade. Tendo em conta que estes estudos ainda não se encontram desenvolvidos em Portugal, considerou-se um desafio a sua realização.

O objetivo do estudo é identificar as dificuldades dos profissionais de Saúde no processo de referenciação, numa perspetiva de contribuir para o melhor desempenho do trabalho em equipa.

Foi realizado um estudo exploratório descritivo, de natureza transversal, utilizando o método quantitativo que permite recorrer a instrumentos de colheita de dados estruturados para recolha de informações objetivas, em condições controladas.

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário elaborado de raiz, tendo sido aplicado a profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos quinze Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

O projeto de Investigação divide-se em três partes:

- enquadramento teórico onde se aborda a RNCCI, os Cuidados de Saúde Primários na RNCCI e possíveis dificuldades de referenciação por parte das equipas de Saúde;
- estudo empírico que engloba os participantes e métodos aplicados no estudo;
- conclusões do estudo.

O trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados como valores-chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados. Os novos paradigmas do modelo e as suas inovadoras metodologias de trabalho implicam um enorme esforço na formação de profissionais.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A RNCCI

1.1-Definição de Cuidados Continuados Integrados

Entende-se por «*Cuidados Continuados Integrados*», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Alínea a do Artº 3º do D.L. nº 101/2006, de 6 de Junho).

A mudança na conceção da prestação de cuidados, o envolvimento de cada um dos intervenientes no processo, profissionais, utente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados.

1.2-População alvo

Pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social. Os grupos-alvo de cuidados, segundo o artigo 31º do Decreto-Lei n. 101/2006 englobam:

- pessoas com dependência funcional;
- pessoas idosas com critérios de fragilidade;
- pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente;
- pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal.

É fundamental o papel dos profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e outros profissionais, na identificação e referenciação dos utentes, que poderão usufruir dos benefícios da Rede e melhorar o seu bem-estar (UMCCI, 2007).

1.3-Ingresso na RNCCI

De acordo com a Diretiva Técnica nº1/UMCC/2008, o ingresso na RNCCI faz-se sempre através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta,

cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde (comunidade), independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário.

Após análise e decisão sobre a situação referenciada, a ECL identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às necessidades do utente/família, sendo, de igual forma e é responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.

A admissão na Rede é sempre efetuada por decisão da ECL, em cuja área de influência recai o domicílio do utente, sendo necessário que o utente (ou o seu representante) dê o seu prévio consentimento por escrito.

Independentemente da tipologia de resposta da Rede, deve sempre verificar-se o cumprimento dos fluxos de referência definidos para ingresso e mobilidade de utentes na Rede. Compete à ECL promover «o processo de admissão ou readmissão nas Unidades/Equipas da Rede». (Alínea f), do artigo 11º do Decreto-Lei nº101/2006, 6 de Junho).

A referenciação deve ser acompanhada da documentação necessária, nomeadamente a avaliação médica, de enfermagem e social, bem como dos objetivos da intervenção centrados na pessoa, documentados em formulário próprio.

1.4-Critérios de Exclusão da RNCCI

Segundo a Diretiva Técnica nº1 UMCCI (2008), para efeito de exclusão devem considerar-se os seguintes critérios:

- episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital;
- necessidade exclusiva de apoio social;
- necessidade de internamento para estudo diagnóstico;
- doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade de cuidados paliativos.

1.5- Caraterização dos Cuidados Continuados

As ações e cuidados a prestar segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007) são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

- cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- apoio na satisfação das necessidades básicas tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- apoio psicológico e social;
- ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;
- ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o auto cuidado(UMCCI, Setembro de 2007).

2. ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DA RNCCI

O modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços. A coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional e local por Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respetivamente.

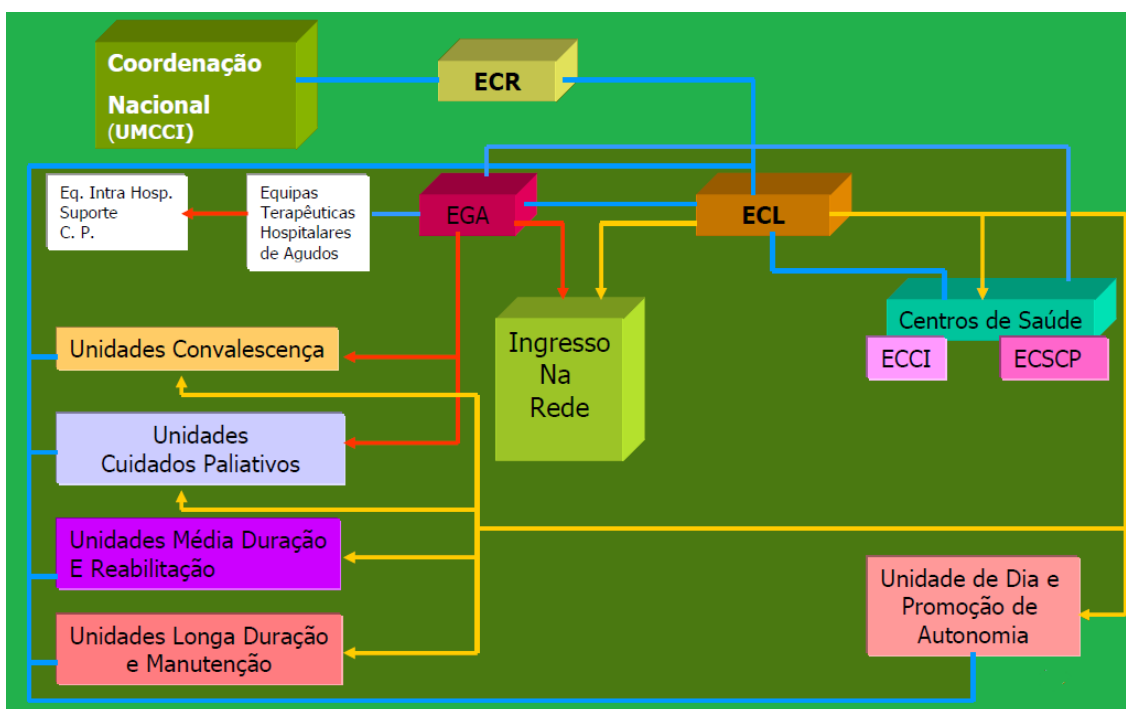


Gráfico1- Organização e Coordenação da RNCCI

fonte: http://www.socialgest.pt/_dlids/APCuidadosContinuadosIntegrados.pdf

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

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

Segundo a Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009), as ECR são constituídas por representantes da Saúde e dos Centros Distritais da Segurança Social (CDist do ISS,IP). A Equipa Coordenadora Regional ECR tem a função de divulgação da informação à população sobre a RNCCI, análise das propostas para integrar a Rede, acompanhamento e controlo da execução financeira, garantia da qualidade dos cuidados prestados, monitorização e controlo da atividade prestada, garantia da equidade e adequação no acesso à Rede, formação dos profissionais, plano Regional de Implementação e previsão orçamental e garantia da articulação entre entidades e parceiros. (Artigo 9º do Decreto-Lei nº 101/2006).

A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas constituídas, de modo multidisciplinar, por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

A equipa coordenadora regional (ECR) é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Estão sedeadas nas Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

A nível local, a coordenação é assegurada por equipas de âmbito concelhio. As especificidades da coordenação local encontram-se igualmente definidas no Despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde sendo também constituídas de modo multidisciplinar por representantes da

Administração Regional de Saúde e da Segurança Social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado pelo respetivo presidente da Câmara Municipal.

No final do ano 2008 estavam em funcionamento um total de 82 ECL. Para além da corresponsabilidade dos dois setores (Saúde e Segurança Social), destaca-se, ainda, a aposta na descentralização regional das responsabilidades de planeamento, direção e gestão dos recursos da RNCCI. A ECL atua na área de influência do respetivo ACES e tem como principais atribuições, em articulação com a respetiva Coordenação Regional, *“a avaliação clínica e social e os objectivos terapêuticos, constantes de proposta de admissão elaborada pela equipa de gestão de altas (EGA) ou pelo médico(a), enfermeiro(a) ou assistente social do centro de saúde, de modo a determinar, num período não superior a quarenta e oito horas, a admissão ou readmissão numa das Unidade / Equipas ou equipas da Rede”*. (Alínea c, do número 3.3. do Despacho Conjunto n.º 19 040/2006, 19 de Setembro).

A Equipa Coordenadora Local (ECL) tem a função de assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local, apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos, assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede, atualizar o sistema de informação da Rede, assegurar a preparação de altas, apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da Rede e promover parcerias para a prestação de Cuidados Continuados Integrados (CCI), UMCCI (2009).

As Equipas de Gestão de Altas são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. São constituídas por um médico, um assistente social e um enfermeiro que têm a função de se articular com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares, a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede, a articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos Centros de Saúde do seu âmbito de abrangência. UMCCI (2009).

2.1- Prestação de Cuidados Continuados

A prestação de Cuidados Continuados de saúde e de apoio social assegurada pela RNCCI apresenta, segundo a tabela seguinte, quatro tipos de resposta:

Unidades de Internamento <ul style="list-style-type: none">• Convalescença• Média Duração e Reabilitação• Longa Duração e Manutenção• Cuidados Paliativos	Unidades de Ambulatório <ul style="list-style-type: none">• Unidade de dia e de Promoção da Autonomia
Equipa Hospitalar <ul style="list-style-type: none">• Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	Equipas Domiciliárias <ul style="list-style-type: none">• Equipas de Cuidados Continuados Integrados• Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Tabela 1- Tipos de resposta de prestação de cuidados da RNCCI

2.1.1- Unidades de internamento:

No que se refere às unidades de internamento existem:

- a Unidade de Convalescença;
- a Unidade de Média Duração e Reabilitação;
- a Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção;
- a Unidade de Cuidados Paliativos.

A Unidade de Convalescença é “*uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico*”. (Art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho)

A Unidade de Média Duração e Reabilitação é uma unidade de “*internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico*”.

crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”. (Art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, pode ainda proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano (Art.º.17.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A Unidade de Cuidados Paliativos «*é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde*» (Art.º.19.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Local	Unidade	Tipologia	Lotação	Ocupação	Vagas
Freixo Esp. Cinta	S.C.M. Freixo Esp. Cinta	Longa	28	26	2
Freixo Esp. Cinta	S.C.M. Freixo Esp. Cinta	Média	11	11	0
Macedo	CHNE - Polo de Macedo de Cavaleiros	Convalescença	18	17	1
Macedo	CHNE - Polo de Macedo de Cavaleiros	Paliativos	8	8	0
Miranda Douro	S.C.M. Miranda Douro	Longa	21	21	0
Mogadouro	S.C.M. Mogadouro	Longa	24	24	0
Torre Moncorvo	S.C.M. Torre de Moncorvo	Longa	19	19	0
Vila Flor	S.C.M. Vila Flor	Longa	18	18	0
Vila Flor	S.C.M. Vila Flor	Média	11	11	0
Vimioso	S.C.M. Vimioso	Longa	22	22	0

Tabela 2- Ocupação das Unidades/Tipologias à data de 13-06-2013, RNCCI no Distrito de Bragança

2.1.2- Unidades de Ambulatório

As Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia destinam-se a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia, devendo articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes e funcionar oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

«A unidade de dia e de promoção da autonomia segundo o art.º21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;*
- b) Cuidados médicos;*
- c) Cuidados de enfermagem periódicos;*
- d) Controle fisiátrico periódico;*
- e) Apoio psicossocial;*
- f) Animação sociocultural;*
- g) Alimentação;*
- h) Higiene pessoal, quando necessária».*

2.1.3- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Segundo o art.º. 25.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho *«Tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação e assegura designadamente:*

- a) Formação em cuidados paliativos dirigidos às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;*
- b) Cuidados médicos e de enfermagem continuados;*

- c) *Tratamentos paliativos complexos;*
- d) *Consulta e acompanhamento de doentes internados;*
- e) *Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;*
- f) *Cuidados de fisioterapia;*
- g) *Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto»(Art.º 26 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).*

2.1.4-Equipas Domiciliárias

«A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, as pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma». (Artigo 27 do Decreto lei nº101/2006 de 6 de Junho).

A avaliação integral é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social. A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais. (Art.º 27 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente de acordo com o Art.º 28 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;

h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

«A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção». (Art.º 29 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura segundo o Art.º 30 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho sob a direção de um médico:

- a) a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- b) a avaliação integral do doente;
- c) os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- d) a gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- e) a assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- f) a assessoria aos familiares e ou cuidadores.

3. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA RNCCI

Segundo as Orientações para a constituição das Equipas de CCI (Setembro 2007), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), atual ULS do Nordeste no Distrito de Bragança, é constituída por pequenas equipas multiprofissionais em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população onde foram criadas condições estruturais para aumentar o nível de qualidade de serviços existentes, de projetar uma forma de atuação mais racional, eficaz, inovadora e capaz de garantir a acessibilidades e a equidade dos cuidados de saúde junto da população da respetiva área geográfica de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

No seu âmbito de intervenção, está presente, entre outras:

- a prestação de cuidados de saúde comunitários e de base populacional;
- a prestação de cuidados de saúde personalizados, facultando aos cidadãos o direito à livre escolha do seu médico de família;

- a cooperação com as entidades e instituições locais, fomentando o trabalho em parceria e a criação de sinergias.

Através das suas unidades funcionais, prestam serviços de:

- promoção da saúde e prevenção da doença; prestação de cuidados na doença, promovendo a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, a reabilitação e a reinserção social;
- vigilância epidemiológica;
- desenvolvimento profissional contínuo;
- investigação em cuidados de saúde;
- controlo e avaliação dos resultados.

A prestação dos cuidados domiciliários de saúde, é assegurada pelas USF, pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e pelas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), constituindo-se esta última, como um núcleo especializado das primeiras.

As ECCI e ECSCP integram a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e são constituídas por profissionais de várias áreas científicas da saúde que se organizam e articulam consoante as necessidades e recursos disponíveis.

A ECL, estrutura de coordenação é constituída por representantes dos CSP (médico e enfermeiro), do Instituto da Segurança Social e da Autarquia (sendo este último opcional). O coordenador desta equipa deverá ser, preferencialmente, um profissional da UCC, que articulará com as equipas domiciliárias existentes nesta unidade funcional e os profissionais das USF.

A ECL assume assim um papel essencial na gestão do circuito da pessoa em situação de dependência na Rede, sendo especialmente responsável pela avaliação das situações de saúde e sociais, pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, pela implementação do plano individual de cuidados e respetiva monitorização e também é responsável pela mobilidade ou alta da Rede.

O acompanhamento pelas equipas domiciliárias da Rede encontra-se condicionado ao preenchimento de critérios de referenciação, que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes em qualquer tipologia de serviços.

3.1-Equipa de Cuidados Continuados Integrados

«A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em, processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma» (artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de Junho).

Esta equipa apoia-se nos recursos locais (humanos e outros) disponíveis no âmbito de cada CS e do serviço local da Segurança Social, conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias. Integra os profissionais médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no domicílio, recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do CS e da comunidade (Artigo 27º do DL 101/2006 de 6 de Junho).

A organização destas equipas depende das características geodemográficas onde estão inseridas, prevê-se que sejam ajustadas a cada realidade ou contexto local, em termos de dimensão da população, bem como, dimensão e diversidade de competências da equipa.

Para a constituição destas equipas deverão ser observados os rácios de dotação de pessoal e competências que garantam a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Devem reunir-se recursos multiprofissionais, especializados e/ou diferenciados, organizados por área geográfica, permitindo que sejam referência, neste âmbito, para equipas das outras unidades funcionais do CS e de pessoas não abrangidas pelas USF.

No sentido de serem ultrapassados possíveis constrangimentos na dotação de recursos humanos para a constituição destas equipas, os CS e posteriormente, os ACES, devem apresentar proposta de contratação de novos profissionais à RNCCI, para reforço dos existentes (por exemplo: contratação de mais enfermeiros) ou diversificação de competências (exemplo: contratação de fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, entre outros).

Segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), a ECCI tem como objetivo assegurar gradualmente a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas, nos dias úteis e conforme as necessidades,

aos fins-de-semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17h. Os cuidados prestados deverão ser os seguintes:

- cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa, bem como, na resposta das necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde;
- cuidados de fisioterapia;
- apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
- produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

A acessibilidade à ECCI deverá ainda ser garantida através de atendimento telefónico, nomeadamente, para acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente e ou cuidador, num horário alargado, para situações devidamente identificadas.

Segundo a Missão para os CSP, (2007) a intervenção domiciliária para esta equipa incorpora os princípios definidos para as atividades da Rede e assegura, em estreita articulação com as outras equipas de prestadores, o cumprimento das seguintes atividades:

1. Pessoa em situação de dependência: cuidados de saúde prestados no domicílio da pessoa em situação de dependência que, independentemente da idade se encontre numa das seguintes condições:

- pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam de terceiros para a realização das AVD's, não abrangidas pelas USF ou outra unidade funcional do CS (por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente, para fora dos seus domicílios;
- população alvo das USF que, pela intensidade dos cuidados necessários e decorrentes de critérios adiante apresentados, ultrapassem a carteira básica de serviço da USF;

2. Familiares/Cuidadores: cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio do doente acima identificado.

Esta equipa assegurará ainda cuidados paliativos e/ou de reabilitação no domicílio, em carteira adicional de serviços, aos doentes que deles necessitem e que residam (temporária ou permanentemente) na área de influência do CS, contando, com o apoio da ECSCP.

Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções é necessário um Plano Individual de Intervenção, o qual deverá evidenciar, claramente, os objetivos a alcançar pelo utente, as tarefas e responsabilidades de cada profissional, pelo que se considera conveniente a designação de um Gestor de Caso, que deverá ser o profissional que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e lhe serve de suporte na comunidade, identificado de entre os que constituem a ECCI.

Para as ECCI será considerado domicílio a residência oficial (permanente ou temporária) do utente/família ou cuidador. Pelas características das necessidades desta população e da natureza dos cuidados a prestar este papel caberá, na maioria das vezes, ao enfermeiro.

3.2-Critérios de Referenciação na RNCCI

Segundo o Manual de Procedimentos de Referenciação da RNCCI, a referenciação para e na RNCCI (admissão na Rede e circuito pelas diferentes estruturas) obedece aos critérios de inclusão anteriormente apresentados e, sempre, através da ECL, utilizando a ficha de referenciação, que deve ser preenchida pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos CS.

Considera-se critério específico para admissão na RNCCI, Segundo a Diretiva Técnica nº.1/UMCCI/2008, na sua vertente de apoio domiciliário, a pessoa em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde, ainda que com ou sem necessidade de apoio social, a qual possua um contexto sociofamiliar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita ou promova a sua prestação no domicílio.

É de todo o interesse para a pessoa dependente/família que seja a sua equipa de saúde familiar (USF) a prestar a maioria dos cuidados de saúde de que necessita, garantindo, assim, a segurança e continuidade dos mesmos.

No caso específico das USF, consideram-se excluídas da sua carteira básica de serviços de acordo com UMCCI (2007), as situações a seguir apresentadas:

- frequência da prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia;
- prestação de cuidados domiciliários que exceda 1h e 30 minutos por dia e pelo menos três dias por semana;
- necessidades de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8 h e as 20 h;
- necessidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por ex. Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, entre outros.

Perante a verificação de uma destas situações considera-se existir a necessidade de os cuidados de saúde a prestar serem assegurados por uma equipa específica da UCC (as ECCI ou ECSCP), com maior disponibilidade e acessibilidade, e assim garantir que as equipas de saúde familiar da USF mantenham as condições que lhes permitem assegurar os cuidados que integram a Carteira Básica de Serviços.

Consequentemente, quando a situação de saúde da pessoa dependente/família permita a “alta” da ECCI, a equipa de saúde familiar da USF voltará a assumir a prestação de cuidados de saúde que à altura se identifiquem como necessários. A operacionalização da transferência da prestação de cuidados entre as equipas cuidadoras (as de saúde familiar das USF e da ECCI) assenta num processo de apreciação/discussão conjunta e articulação efetiva entre todos os intervenientes.

Não obstante, pode a equipa de saúde familiar, USF ou outra, encontrar forma de responder adequada e atempadamente aos utentes com necessidades de cuidados continuados nos quais se verifique, no todo ou em parte, alguma das situações anteriores. Neste caso, e após verificação do não comprometimento do seu compromisso assistencial, nomeadamente o cumprimento da sua carteira básica de serviços, deverá ser contratualizada uma carteira adicional de serviços para o efeito, se a equipa para tal se disponibilizar.

4. REGRAS DE REFERENCIAÇÃO

De acordo com o Guia Prático do Instituto da Segurança Social (2012) os utentes são referenciados para a RNCCI pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos (preferencialmente nas 48 horas após o internamento; ou 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar, quando os cuidados continuados integrados serão prestados no domicílio do utente) ou pelas Equipas Referenciadoras dos cuidados de saúde primários que realizaram o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social. Esta decisão tem de ser validada pela Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência do utente, consoante os formulários e processos de registo estabelecidos pela Coordenação Nacional da RNCCI.

Excetua-se os doentes que estão a ser seguidos pela equipa EIHSCP ou ECSCP, podendo ser admitidos diretamente por estas na rede. Estas equipas poderão pedir transferência dos seus doentes para outras respostas de cuidados paliativos, sendo colocados pelas ECL sem validação prévia e quando o utente recebe alta hospitalar e vai ser admitido numa unidade ou equipa prestadora da RNCCI. Deve fazer-se acompanhar de uma série de documentação, atualizada pela EGA:

- nota de alta médica, com informação da situação clínica e medicação;
- notas de enfermagem, com indicação das necessidades em cuidados;
- notas do serviço social;
- cópia dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou do relatório dos mesmos;
- anotações sobre o programa de seguimento do doente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento do doente, quando aplicável.

Quando se referencia um utente para unidade ou equipa prestadora é importante atender à sua proximidade com a da área do domicílio do utente, bem como a sua preferência. A rede baseia-se segundo a alínea d) do art. 6 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, no respeito pelo princípio de proximidade da prestação de cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade. Os utentes que podem ser admitidos nas unidades e equipas prestadoras da RNCCI são aqueles que, independentemente da idade, se apresentem em alguma das situações seguintes:

- pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;
- pessoas com episódios frequentes de reagudização e que necessitam de ser seguidas e acompanhadas durante períodos de tempo mais ou menos longos, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;
- pessoas com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;
- pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos;
- necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

De acordo com a Diretiva Técnica nº1/UMCCI/01/2008, os critérios de referenciação para admissão de qualquer pessoa que se encontre em alguma situação descrita na alínea anterior são:

Unidade de convalescença: situação de dependência decorrente de internamento hospitalar, passível de melhoria, que exiba alguma das condições seguintes: doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes Reabilitação intensiva; alimentação por sonda nasogástrica; tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas; manutenção e tratamento de estomas; terapêutica parentérica; medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva; doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada; doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; doente crónico com risco iminente de descompensação, doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias; doente com síndrome de imobilização.

Unidade de média duração e reabilitação: situação de dependência que, decorrente de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, ostente alguma das seguintes condições: doente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes; reabilitação intensiva; medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; prevenção ou tratamento de úlceras; manutenção e tratamento de estomas; doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção; doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias; doente com síndrome de imobilização.

Unidade de longa duração e manutenção: situação de dependência que apresente alguma das seguintes condições: doente com necessidade de cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias; doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva; doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo; doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; doentes cujo o principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo o internamento ser 90 dias por anos sem serem consecutivos.

Unidade de cuidados paliativos: situação de dependência em que o doente seja portador de doença grave e/ou avançada, ou se encontre em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base.

Unidade de ambulatório: situação em que o doente solicite cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório e não estejam reunidas condições para ser cuidado em contexto domiciliário.

Equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados: situação de dependência em que estejam reunidas condições para a prestação domiciliária dos cuidados continuados integrados de que necessitam o doente e a sua família.

Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

4.1- Cuidadores Informais

O cuidador informal para Fernandes, (2009:46) é o principal agente de apoio familiar, na assistência ao indivíduo com problemas de saúde no seu domicílio, o qual desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade do cuidar de forma continuada.

Cristina Imaginário (2008) citada por Fernandes(2009:46) refere que “*A tarefa de cuidar (...) pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal. Assim os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e a prestação direta de cuidados (...) Num horário ininterrupto, sem limite de tempo.*” Refere ainda que “*(...) os cuidadores (...) manifestam o abandono do seu auto-cuidado, falta de descanso e conforto*”.

Os cuidadores informais/familiares prestam cuidados de natureza diversificada, relacionados com as Atividades de Vida Diária (AVD) e que, segundo Collière citada por (Fernandes:2009), abrange cuidados de “*higiene, alimentação, vestir, proteção, mobilização/transfêrências, atenção, conforto, segurança, tratamento repouso e socialização*”, acrescentando outros autores, mais algumas tarefas tais como: administrar a medicação, gerir aspetos económicos, sem remuneração, correspondendo a expressões de carinho para com o familiar ou o amigo.

Ao assumir-se como cuidador principal de um familiar, ficando responsável pela gestão da doença, administração da terapêutica, apoio em todas as AVD, o cuidador principal vai a curto prazo sofrer considerável desgaste físico e emocional, pois não está preparado para assumir essa grande responsabilidade (Fernandes, 2009:47).

Cuidar de um doente em fase avançada da doença, é descrita por Floriani (2006) citada por Fernandes (2009:48), como uma tarefa que provoca desequilíbrio, sobrecarga física, social e económica. Outros referem o cuidar como uma tarefa difícil, complexa, angustiante, podendo o cuidador apresentar alterações emocionais, físicas e sociais.

Segundo Fernandes (2009:50), a informação ao doente, família e CF assume um papel fundamental, não esquecendo nunca que a comunicação aos familiares está dependente da autorização do doente. A informação deve ser simples, clara e rigorosa, adequada a aspetos socioculturais do doente e do cuidador.

4.2-A necessidade do Consentimento Informado

O ingresso de doentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados está, naturalmente, dependente da respetiva vontade, a qual deve ser livremente formada, após adequada informação dos cuidados de saúde e apoio social que irão ser prestadas nesse âmbito.

Para admissão em unidade ou equipa da RNCCI é necessário obter o prévio consentimento para tal, expresso por escrito, por parte do utente ou do seu representante.

Compete à ECL diligenciar a obtenção do referido consentimento informado (anexo V) do doente (ou do seu representante), bem como do Termo de Aceitação de Internamento, no caso das Unidades de Media Duração e Reabilitação e de longa Duração e Manutenção.

O Termo de Aceitação de Internamento é preenchido automaticamente na “aplicação Informática da Segurança Social para os representantes do ISS, I.P. nas Equipas Coordenadoras Locais”.

Nas palavras de Serrão (1996:79-80), a informação a dar ao doente deve ser dada num clima acolhedor, que inspire segurança e tranquilidade, e estabelecer uma verdadeira relação de confiança entre o doente e o profissional de saúde, baseada no respeito mútuo. Neste contexto, cabe à equipa de saúde estabelecer uma comunicação clara, utilizando uma linguagem adequada a cada indivíduo; deve conhecer e

compreender o que o doente pensa sobre a informação clínica que lhe foi transmitida e disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, ou completar a informação adquirida. Ainda segundo Serrão (*idem*), quando o doente mantém dúvidas sobre o ato clínico que lhe é proposto tem o dever de ser esclarecido e o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação. Se a informação não for corretamente interpretada pelo doente, o enfermeiro deverá usar as suas aptidões de ensino e aconselhamento para esclarecer e facilitar o processo de tomada de decisão.

É necessário ter a certeza de que o doente entendeu a informação transmitida. Neste sentido, Elizari (1996:246) refere: *“Na verdade, o profissional não pode contentar-se com fornecer informações; deve preocupar-se também que elas sejam compreensíveis e que, efetivamente, sejam compreendidas”*.

É importante incentivar o doente a questionar acerca dos procedimentos e intervenções que irão ser realizadas. Deverá colocar perguntas, esclarecer dúvidas e principalmente não se deverá sentir oprimido pela altivez do profissional de saúde, o que faz muitas vezes com que o doente opte por alternativas que não coincidem efetivamente com a sua posição, mas advêm da sujeição da sua vontade.

De acordo com Serrão (1996:80), *«a compreensão pressupõe competência ou a capacidade de pensar, deliberar e decidir. Devem ser promovidos os comportamentos dos doentes, informando-os de forma adequada, assegurando assim a correta compreensão da informação ministrada e a livre decisão, exercitando portanto do seu direito à autonomia»*.

No consentimento informado, a pessoa não deve sentir qualquer influência exterior e agir de acordo com a sua vontade. Segundo Elizari (1996:246), *“o único consentimento conforme com a dignidade da pessoa humana é o que se dá em liberdade”*.

A necessidade de obter consentimento informado assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana e fundamenta-se no reconhecimento da autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseada no poder de decisão livre sobre o que se lhe refere.

Para Melo (1996:99-102), *«obter e dar consentimento é um fenómeno complexo, devendo mesmo ser tratado como um processo científico e, efetivamente por isso, este deve ser obtido de uma forma simples e adaptada à necessidade de informação de cada cidadão»*. Segundo este autor, o consentimento não se obtém, vai-se obtendo à medida que se vai conhecendo a pessoa, a progressão da doença e do tratamento.

Como sublinha Serrão (1996:80), “*não pode considerar-se consentimento informado e válido, a simples assinatura do doente num formulário impresso de autorização, que é muitas vezes apresentado por um funcionário administrativo*”, prática que ainda hoje não foi completamente abandonada pelos nossos serviços de saúde, sendo, em alguns casos, vastamente implantada.

O consentimento informado é o culminar de um processo e não a simples assinatura por parte do doente num impresso. A justificação ética do consentimento informado, livre e esclarecido, tem por base o respeito pela dignidade da pessoa. Todo este processo tem por função além de promover o respeito pela pessoa doente e a sua dignidade, também proteger a sua autonomia.

4.3-Financiamento da RNCCI

O diploma que instituiu a UMCCI, o Decreto-Lei n.º101/2006, determina que “*competem ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (atual ACSS, IP) todos os encargos orçamentais decorrentes das instalações e do funcionamento da UMCCI, bem como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através das receitas oriundas dos jogos sociais, afetas aos projetos dos cuidados de saúde e às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência*”.

A Rede dispõe de um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das condições de funcionamento das respostas, obedecendo ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, variando, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes.

As Unidades de Convalescença e Unidades de Cuidados Paliativos não implicam custos para o utente, ao contrário do internado numa Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação (comparticipação 70% saúde 30% social) e ou de Longa Duração e Manutenção (comparticipação 20% saúde 80% social). (Decreto-lei n.º101/2006, capítulo IV- Artigo 12).

Os custos referentes aos cuidados de saúde são pagos pelo Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde) ou por outros Subsistemas de Saúde. O utente só paga os custos referentes ao apoio social, podendo uma parte desta despesa ser participada pela Segurança Social. Neste caso, o valor a pagar vai depender dos rendimentos do

agregado familiar, que é calculado pela Equipa de Coordenação Local segundo a UMCCI (2009).

Tabela de preços RNCCI — Ano de 2012

(anexos II e III da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, na redação dada pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro)

(Em euros)					
Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Unidade de convalescença	90,46	15			105,46
Unidade de cuidados paliativos	90,46	15			105,46
Unidade de média duração e reabilitação	55,75	12	19,81		87,56
Unidade de longa duração e manutenção	18,61	10	30,34	1,24	60,19
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e promoção de autonomia	9,58				9,58

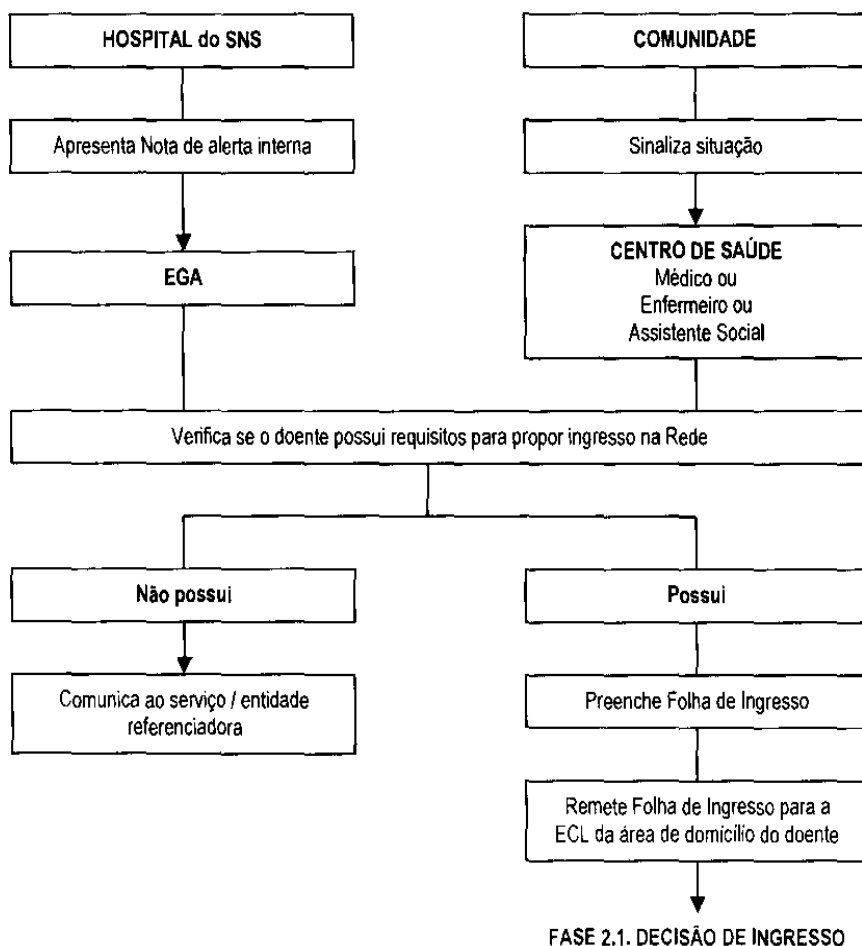
Tabela 3- RNCCI- Comparticipação corresponsável Segurança Social/ Saúde /Utente

A parte comparticipada pela Segurança Social é transferida diretamente para a instituição onde o utente está internado. A Unidade só pode cobrar, no que toca a cuidados e serviços de saúde e de apoio social, o valor diário apurado e que se comprometeu pagar, aquando assinatura do Termo de Aceitação de Internamento. Todas as outras despesas, que não sejam parte dos cuidados e serviços acordados, são da exclusiva responsabilidade do utente quando por si solicitadas.

4.4-Possíveis Dificuldades na Referenciação dos Utentes por parte da equipa

A referenciação de utentes para a Rede, a partir dos Cuidados de Saúde Primários, é efetuada pelo Centro de Saúde, pela equipa de saúde, Médico, Enfermeiro e Assistente Social. A equipa avalia a situação do doente e se verificar que tem as condições necessárias para ser encaminhado para a Rede, preenche a ficha de referenciação e envia a proposta à ECL da mesma área. O esquema a seguir elucida sobre a proveniência de utentes para ingresso na rede.

ESQUEMA ILUSTRATIVO 1. Proveniência de utentes para ingresso na Rede



Esquema Ilustrativo1- Proveniência de utentes para Ingresso na rede. Fonte: Manual de Procedimentos de Referenciação-RNCCI

Para que o processo de referenciação de utentes seja efetivado é necessário trabalho em equipa. Esta não é uma atividade automática ou consequência natural de capacidade técnica ou profissional individual, mas sim uma qualidade a ser desenvolvida do ponto de vista coletivo. Os principais grupos profissionais envolvidos na referenciação de utentes, como enfermeiros, médicos e assistentes sociais, podem ter papéis, funções e competências radicalmente diferentes, mas apenas uma equipa

interdisciplinar permite alvejar a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa, ou seja, em toda a sua plenitude.

Neste sentido, Horta, citado por Matheus, refere que “(...) *hoje não se concebe mais um profissional que trabalhe sozinho. Na estrutura social moderna, um indivíduo depende do outro para o desempenho das suas tarefas, que, geralmente são especializadas*” (1995:13).

A *interdisciplinaridade* pode definir-se, segundo Costa, como o “*grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas*”, sendo que “*desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas*” (2007:109). O mesmo autor refere ainda quatro obstáculos para a interdisciplinaridade¹: a tradição positivista e biocêntrica, os espaços de poder que o encastelamento disciplinar propicia, a falta de comunicação entre as instituições e as dificuldades próprias da interdisciplinaridade (operacionalização e conceitos, métodos e práticas entre disciplinas). Segundo o Decreto-lei nº101/2006, a Interdisciplinaridade é “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre profissionais da equipa de prestação de cuidados” e a Multidisciplinaridade “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais”.

A postura do profissional de saúde, necessária à prática interdisciplinar, deve ser de questionamento e inquietude em busca de soluções e novas aprendizagens ou seja, “*ser interdisciplinar é arriscar na busca do novo*” (Costa, 2007:112).

Em qualquer organização, se não existir trabalho em equipa, as pessoas tendem simplesmente a executar uma tarefa que provavelmente pouco contribuirá para a sua satisfação pessoal. No interior de uma equipa, todos os elementos são importantes, pois cada um fornece contributos diferenciados que dão fundamento às decisões e qualidade às ações. No entanto, a existência de falhas de comunicação poderá comprometer todo este processo.

4.4.1- Comunicação no seio da equipa

Para que o trabalho em equipa seja bem-sucedido, é fundamental que exista uma adequada *comunicação interdisciplinar*, através de uma postura de abertura e confiança. Tendo isso como objetivo, é necessário o reconhecimento das competências e autonomia dos vários grupos profissionais para que se possa contar com os seus conhecimentos próprios e com confiança no sentido de responsabilidade e integridade de todos os elementos. Desta forma, comunicar numa equipa pressupõe que os diferentes profissionais estejam empenhados em atingir os cuidados de saúde do utente, reconhecendo a sua interdependência. Por outro lado, a comunicação também “(...) é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos Homens” (Morais, 2002:25).

Tradicionalmente, a comunicação explica-se através da presença de um emissor, um código, um canal e um recetor, no entanto, este esquema não representa a forma como se processa a comunicação nem os fatores que intervêm ao longo de todo o processo, e, embora geralmente a comunicação tenha uma essência positiva, é importante ter em conta a possibilidade desta ser, muitas vezes, inadequada e geradora de várias interpretações. Esta possível ambiguidade da informação transmitida e as consequentes diferenças de interpretação pode apresentar-se como um dos fatores geradores de conflito numa equipa, comprometendo todo o processo de cuidar interdisciplinar.

A comunicação apresenta-se como essencial no quotidiano pessoal e profissional de qualquer pessoa. Numa equipa multidisciplinar de saúde a comunicação constitui-se como uma necessidade vital, pelo que é imperativo comunicar com eficácia. As falhas de comunicação poderão comprometer o desempenho tanto do profissional como também de toda a equipa, pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Atkinson e Murray (1985:60) referem na sua obra que “(...) não é fácil manter uma comunicação de qualidade. Esta é uma habilidade profissional que requer não só o estudo como a prática para alcançar um alto nível de proficiência”, além de que numa equipa a comunicação sofre influência de inúmeros fatores adjacentes que podem prejudicar a comunicação, tais como as diferenças pessoais, de estatuto e/ou hierárquicas.

Apesar de se reconhecer o carácter transversal da comunicação em todas as dimensões do cuidar (técnica, funcional e relacional) e eventualmente ser ela própria considerada uma competência, pode-se afirmar que a mesma está predominantemente relacionada com a dimensão relacional, dado que apesar de existirem técnicas comunicacionais, a mesma não pode existir sem relação (Oliveira, 2004:35).

Na mesma linha de pensamento, Martins (1996:64) refere que “Comunicar é relacionar-se... há verdadeira comunicação quando a relação se torna ir e vir, proposta e adesão, pergunta e resposta (...). Saber comunicar é também uma arte. De qualquer maneira estamos sempre a comunicar. A incomunicação é já comunicação”.

4.4.2-Comunicação Hierárquica e Gestão de Conflitos

O ideal na comunicação seria encontrar um «código» certo a utilizar nas mensagens que são emitidas para as equipas, das equipas para o topo, entre equipas e dentro das mesmas. Nas palavras de Carapinheiro, “*os processos de negociação tecem as relações sociais quotidianas dos serviços, de acordo com as posições hierárquicas, os compromissos ideológicos e a periodicidade das participações das diferentes categorias de pessoal na rede das relações de trabalho*” (1993:196).

Em suma, a comunicação interdisciplinar é uma competência prática, que tem vindo a ser cada vez mais reconhecida nas organizações de saúde, pois permite desfragmentar a evidente necessidade de continuidade de cuidados da pessoa através da articulação/ partilha de conhecimentos e saberes, mantendo a responsabilidade individual de cada disciplina pela qualidade dos cuidados prestados.

Num grupo heterogéneo, como geralmente é característica de uma equipa multidisciplinar, com alguma frequência, podem existir conflitos geradores de um ambiente negativo, com todas as repercussões que daí advêm nos cuidados de saúde. Segundo Almeida (1999), citado por Morais (2002:25), conflito é “*uma situação que se caracteriza por escassez de recursos e por um sentimento de hostilidade, (...) é uma situação em que dois ou mais objetivos, pertencentes a uma ou mais pessoas, são mutuamente exclusivos, gerando atitudes de hostilidade*”. Nesta linha de pensamento, Morais (2002) define conflitos como a incapacidade, sobretudo cognitiva, de se ultrapassar certos obstáculos autoproduzidos pela equipa.

De acordo com Atkinson e Murray (1985:89), “*Em qualquer ocasião em que as pessoas tentam fundir ideias e interesses dentro de um grupo, o resultado pode ser o conflito (...). Isso pode ter como resultado encorajar mudanças, estimular interesse e a cooperação dos membros do grupo e esclarecer o objetivo do grupo. Em contrapartida pode enfraquecer ou destruir o grupo por meio de ataques pessoais entre os membros, por gerar raiva ou por aumentar a competição entre os membros do grupo*”.

Neste contexto, torna-se importante que cada elemento da equipa tenha conhecimento do seu *eu*, das suas competências profissionais de saúde especializado inserido numa equipa multidisciplinar, para que adote uma filosofia de trabalho onde seja atribuída importância à comunicação interdisciplinar.

Uma equipa onde existem muitos conflitos entre os elementos não dá imagem de eficiência, eficácia e qualidade, não apresenta trabalho, perde-se em discussões, gasta-se muita energia inutilmente e nesse sentido “*os objetivos e as expectativas de cada um dispersam-se, pouco se faz de útil ou positivo*” (Morais, 2002:25).

Contudo, os conflitos dentro da equipa são saudáveis, desde que sirvam somente como crescimento pessoal e profissional dos seus membros. Quando se trabalha numa equipa em que a comunicação entre os seus membros seja eficaz e promova um bom ambiente de trabalho, aumenta a motivação dos profissionais, melhora a produtividade e consequentemente também a qualidade dos cuidados prestados. Assim, uma adequada comunicação tem um papel fundamental na gestão dos conflitos de uma determinada equipa.

Segundo resultados de um estudo investigativo de Moraes (2002), a falta de comunicação constitui-se como a segunda maior causa de conflitos numa equipa de saúde, sendo a primeira a divergência de opinião que indiretamente também é influenciada pela forma como a comunicação circula e é processada entre os elementos da equipa.

Um dos aspetos fundamentais a ter em consideração numa equipa é a sua coesão e mútua confiança, muito embora este aspeto esteja sob influência de vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao grupo.

Segundo Lucas (2010), os fatores extrínsecos são todos aqueles que antecedem a formação do grupo e são exteriores ao mesmo, sendo alguns deles comuns à maioria dos grupos, como é o caso:

- da disposição material que regula as redes de comunicação;

- a semelhança ou a diferença do status social e dos quadros de referência próprios dos indivíduos reunidos.

Ou seja, a proximidade espacial, social e cultural entre os elementos do grupo constitui um poderoso meio de facilitação para atingir os objetivos em causa. Assim, um grupo reduzido que tem em comum diversas características comunica mais rápida e intensamente do que os elementos de uma reunião numerosa e diversificada.

Relativamente aos fatores intrínsecos, estes representam os fatores inerentes ao próprio grupo e podem-se dividir em duas grandes categorias:

- fatores de ordem sócio-afetiva: estão relacionados com motivações, emoções e valores comuns que promovem a aproximação entre os elementos do grupo;
- fatores sócio-operatórios: estão relacionados com a organização mental, cognitiva e funcional de um grupo, permitindo satisfazer as suas necessidades de duas maneiras:

- distribuição e articulação dos papéis: consiste em relacionar as atividades que se pretende concretizar e as opiniões dos elementos do grupo. Pode existir uma organização horizontal (a equipa trabalha em cadeia e não há estrutura hierárquica, ou seja, líder), ou uma organização vertical (existe uma hierarquização de todos os elementos do grupo);

- comportamento de um grupo e modo de liderança: todo o grupo tem um comportamento, em que este é influenciado de modo diferente em qualidade e intensidade, por todos os elementos do grupo. Nenhum grupo funciona sem a presença de um líder, mas a relação que este estabelece com os restantes elementos deve ser de complementaridade, ou seja, não é apenas o líder que determina o comportamento do grupo, este comportamento pode também ser aliado às diferentes situações.

Numa sociedade em constante evolução, quer científica, quer tecnológica, torna-se fundamental que a área da saúde se adapte a esta evolução e acompanhe o progresso, nomeadamente ao nível da informação e do conhecimento, para poder melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. A informação é essencial nesta área, dado que é a base de todo o processo de cuidados de qualquer profissional de saúde, no entanto, esta só tem valor se a sua circulação for eficaz, e assim transformar-se em conhecimento, o que confere aos meios tecnológicos da vanguarda uma extrema importância.

A forma como a informação circula e é trabalhada tem vindo a tornar-se cada vez mais um instrumento de gestão, constituindo uma necessidade básica para a decisão, realização e controlo das atividades e fundamental no sucesso das organizações. As tecnologias de informação apresentam-se como novas oportunidades no desenvolvimento das redes de comunicação, possibilitando transmissão e armazenamento de dados de forma rápida, cómoda e segura, proporcionando que estes sejam processados, transmitidos e publicados em suporte de fácil acessibilidade.

Um sistema de informação permite que a informação esteja mais facilmente acessível e organizada, além de permitir a monitorização de indicadores, essenciais no controlo e melhoria da qualidade. Por outro lado, “(...) *a praxis sistémica do fluxo informacional, possibilita ao hospital minimizar os seus entraves de comunicação e de levar os dados e informações aos diversos sujeitos no contexto da sua divisão de trabalho especializado (...)*” (Cunha e Silva, 2005:8).

Em qualquer serviço onde se prestem cuidados de saúde é exigível que todos os profissionais, das diferentes áreas de atuação, trabalhem como uma equipa multidisciplinar, de forma a satisfazerem um objetivo comum, ou seja, a saúde e bem-estar das pessoas. Neste sentido, o trabalho conjunto de todos os profissionais no desenvolvimento dos vários sistemas de informação seria importante para a melhoria da qualidade, em todas as áreas de atuação do serviço/organização, contribuindo, em larga medida, para a satisfação dos clientes que a ele recorrem.

Segundo Cunha e Silva, o grande objetivo dos sistemas de informação “(...) *é a melhoria da qualidade e a eficiência dos processos de trabalho, uma vez que a cadeia de informações será alimentada automaticamente, o que eliminará instrumentos paralelos de colheita de dados e informações, otimizando a comunicação, por conseguinte a ação dos profissionais que realizam esses serviços*” (2005:2).

A partilha de informação entre equipas profissionais complementares na missão de bem cuidar, embora seja regulada, proporciona uma maior articulação na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para uma maior fundamentação das decisões num menor período de tempo, sendo este, muitas vezes, um recurso escasso e crucial para o cliente.

Em suma, a modernização dos sistemas de informação tem proporcionado uma melhoria significativa na gestão da informação nas organizações de saúde. A informação é essencial nesta área, dado que é a base de todo o processo de cuidados de

qualquer profissional de saúde, no entanto, esta só tem valor se for do conhecimento dos profissionais capazes de fazer uso dela em tempo útil.

4.4.3- Stress nos Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde constituem um grupo cuja atividade profissional se inclui nas chamadas «profissões de ajuda». A sua atividade caracteriza-se, essencialmente, por apresentar exigências múltiplas, quer a nível físico, quer a nível psicológico. Essas últimas exigências parecem contribuir para estados de *stress* (relacionado com o trabalho) e também de *burnout* neste setor de atividade.

As situações de trabalho são sentidas como indutoras de *stress* quando são percebidas como envolvendo exigências que não condizem com os conhecimentos do trabalhador ou com as suas necessidades (sobrecarga quantitativa ou subcarga qualitativa), sempre que estes tenham a perceção de suporte social ou de controlo insuficiente (Leite; Uva, 2007).

No setor da saúde é possível identificar alguns fatores indutores de *stress* associados às condições de trabalho, não apenas a nível físico mas essencialmente em aspetos organizacionais, enquanto outros são predominantemente de ordem sócio emocional e relacionam-se com a atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde, em que as exigências a nível emocional são particularmente relevantes.

As causas de estados de *stress* são diversas e a resposta aos fatores indutores de *stress*, designadamente aos fatores de natureza profissional, varia entre indivíduos, podendo também variar no mesmo indivíduo em momentos distintos. Estados de *stress* relacionados com o trabalho parecem resultar de uma interação negativa do indivíduo com a tarefa e com a empresa/organização, em que aspetos como a sobrecarga ou a subcarga de trabalho, a fraca autonomia de decisão, a existência de conflitos, a ambiguidade (ou o conflito) de papéis, a má comunicação e liderança, as deficientes condições físicas de trabalho e a insegurança no trabalho, constituem exemplos de agentes indutores de estados de *stress* (Cox, Griffiths, Rial-González, 2000; Serra, 1999).

O estado de *stress* relacionado com o trabalho parece poder ser influenciado pela personalidade do indivíduo e também por outros fatores individuais ou comuns a um

determinado grupo de indivíduos que afetam a avaliação de um acontecimento como gerador de *stress* (Spector, 1999).

Os fatores indutores de *stress* em profissionais de saúde são diversos, interagindo por vezes entre si e englobam sempre, com maior ou menor expressão, uma componente de resposta individual.

4.4.4- Formação Profissional

A UMCCI está consciente da fulcral importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da Rede. Para o efeito, tem investido, em articulação com outras entidades, na formação ao nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados.

Destaca-se, assim, de forma sucinta a formação realizada nos diferentes âmbitos:

- Realização de conferências pela UMCCI sobre a implementação da RNCCI (desde 2006);
- Realização de jornadas regionais para disseminação da filosofia e modelos de cuidados da RNCCI, com a participação de colaboradores da UMCCI, incluindo os elementos representantes do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2007 e 2008);
- Formação contínua de auxiliares de ação médica/ajudantes de ação direta em cuidados continuados (desde 2007);
- Formação direcionada às equipas e prestadores da Rede sobre o “Instrumento de Avaliação Integrado” (IAI) e sobre o “Aplicativo Informático do Sistema de Informação/Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados”(2008);
- Formação em “Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI” (desde 2008);
- Realização de formação específica para unidades de Internamento da RNCCI e estágios profissionais nas áreas de cuidados continuados integrados (2008).

No âmbito do projeto “Unidades de Referência”, no qual participaram as unidades selecionadas e que aderiram a esta iniciativa, desenvolveram-se serviços de *coaching* organizacionais e sessões formativas em técnicas como “reuniões multidisciplinares,” “planos individuais de intervenção interdisciplinares”, definição e monitorização de metas de melhoria e lançamento de uma “Linha Aberta”, para assegurar a comunicação

direta entre as equipas das Unidades de referência - projeto e os supervisores/coachers (2008).

A formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática. Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. Vivemos atualmente numa sociedade de constantes e significativas mudanças, profundamente marcada pelos sistemas de informação e em que o conhecimento se constrói e evolui a um ritmo frenético.

Neste âmbito, a formação em serviço pode ser vista como alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional, contribuindo para a atualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de Enfermagem (Gomes, 1999).

O curso base é encarado como formação inicial para ingressar no mercado de trabalho; importante, é certo, mas insuficiente para dar resposta à exigência crescente da melhoria da qualidade dos cuidados. Segundo Ferreira (2005), é na prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de atualização e aperfeiçoamento se manifestam.

A formação deve ir de encontro à satisfação das necessidades de formação das equipas, bem como às carências individuais de cada membro do grupo. Gomes (1999) reconhece a falta de motivação como um dos fatores que podem comprometer a eficácia do processo formativo. A barreira surge quando não se verifica a convergência entre os interesses organizacionais, ambições profissionais e dedicação individual. Se, por um lado, se assiste à descontinuidade das ideias e iniciativas por parte das chefias, por outro, é certo que por vezes, os próprios profissionais não revelam interesse ou não parecem dispostos a participar ativamente na formação em serviço.

A formação em serviço é uma área na qual toda a equipa deve contribuir ativamente e a motivação deve constituir premissa essencial para a sua aplicação. A importância da formação em serviço na aquisição de competências depende da capacidade individual de transpor para a prática os conhecimentos apreendidos. A formação pretende a satisfação profissional, implementação de novos métodos de trabalho, desenvolvimento de novas capacidades e consequente mudança de atitudes e comportamentos. Neste sentido, a formação aparece não como uma imposição de conhecimentos, mas, como refere Botelho (1999), como a oportunidade de ser feita a partir de momentos de reflexão, das paragens para pensar, dos debates em torno de

problemas que surgem diariamente. São estes momentos reflexivos que promovem a melhoria dos cuidados.

António Nóvoa (1991), citado por Costa (1998:20), afirma que a formação não se adquire por acumulação de cursos e diplomas, mas sim pela reflexão crítica sobre o trabalho do dia-a-dia, junto do utente, na aquisição e desenvolvimento das necessárias competências pessoais e profissionais.

A Associação América em Enfermagem (2002) definiu formação em serviço como as experiências de aprendizagem que ajudam o enfermeiro a adquirir, manter e/ou aumentar a sua competência no desempenho das suas responsabilidades profissionais, de acordo com as suas expectativas e as da própria organização.

Defende-se que a formação em serviço deve ser programada anualmente no sentido da melhoria da qualidade de cuidados, no entanto, deve ser adequada às diferentes exigências dos contextos de trabalho, valorizando as necessidades dos elementos dos serviços. A formação é um veículo de desenvolvimento profissional, sustentando a própria avaliação do desempenho, para os novos sistemas de informação como mais-valia na interface entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, de forma a dar resposta às exigências do serviço e desenvolvimento de competências.

CAPÍTULO II
ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A investigação científica surge como um processo sistemático que nos permite examinar fenómenos com vista à obtenção de respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis: é sistemático, rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos (Fortin, 1999).

Fortin refere que “(...) o objeto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina” (2003:26). Segundo esta autora, a variedade de modelos conceituais no seio da disciplina permite o estudo dos fenómenos segundo diversas perspetivas, contribuindo para o desenvolvimento dos saberes e para o enriquecimento dos conhecimentos. Para a referida autora, “(...) o processo científico efetua-se geralmente de uma forma ordenada, através de uma série de etapas”.

É a interação entre a teoria e a investigação que suporta todo o processo científico. Este tipo de investigação científica nasce de um problema observado ou sentido que, para ser resolvido da melhor forma, é necessário delimitar o assunto e estabelecer algumas etapas.

Uma dessas etapas é o método científico, que Fortin (1999:372) descreve como “(...) processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação dos dados”. Este método faz a análise e a síntese, utilizando os processos de dedução e indução.

Existem dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento: a investigação quantitativa e a investigação qualitativa. Ao longo do projeto de investigação foi utilizado o método quantitativo que, segundo Fortin (1999:371), a “(...) finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças na variável dependente após a manipulação da variável independente (...)”. Neste estudo procurou-se saber quais as dificuldades das equipas de Saúde Familiar dos CSP da ULS do Nordeste no processo de referenciação para a RNCCI, podendo o estudo ser classificado como exploratório, descritivo e transversal.

Nas palavras de Marconi e Lakatos (1999), “estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a finalidade do

pesquisador com um ambiente, facto ou fenómeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar ou classificar conceitos”.

Já para Fortin, “...o desenho descritivo pode servir para descrever fenómenos e para encontrar relações entre as variáveis. Este tipo de desenho é utilizado quando as variáveis foram determinadas num nível precedente, mas não foram estudadas em relação com outras populações. São estabelecidas as relações entre as variáveis, com o objectivo de descrever de uma forma completa o fenómeno de estudo.” (2003:139).

O método quantitativo permite recorrer a instrumentos de colheita de dados estruturados para recolha de informações objetivas, em condições controladas. A utilização de uma metodologia quantitativa permite apresentar resultados do estudo através de procedimentos estatísticos.

Trata-se de um estudo analítico, uma vez que estabelece relações entre variáveis dependentes e independentes, seleccionadas para o estudo. Tendo em vista a objetivação do processo de pesquisa, apresentamos a seguir e de forma sequencial os procedimentos do estudo:

- Formulação do problema;
- Variáveis e sua operacionalização;
- Seleção da amostra populacional;
- Instrumento de colheita de dados;
- Tratamento Estatístico;
- Aspectos éticos da investigação;
- Análise e discussão dos resultados.

1.1-Formulação do Problema

De acordo com Fortin, “A formulação de um problema de investigação constitui, de qualquer forma, a mais importante etapa do processo de investigação” (2003:61). O objetivo da formulação do problema da pesquisa é torná-lo individualizado, específico e inconfundível, cujo modelo de solução ou é uma pesquisa ou pode ser resolvido por meio de processos científicos.

A formulação do problema é feita sob a forma de pergunta, designada de pergunta de partida. É nesta pergunta que o investigador vai exprimir o mais exatamente possível

o que procura saber e compreender melhor. Enunciar um trabalho de investigação sob forma de pergunta de partida, só é útil se essa pergunta estiver corretamente formulada.

Quivy e Campenhoudt (1992) fazem referência aos seguintes critérios de uma boa pergunta de partida:

- qualidade de clareza – precisa, concisa e unívoca;
- qualidade de exequibilidade – caráter realista;
- qualidade de pertinência – diz respeito ao registo (explicativo, normativo, preditivo) em que se enquadra a pergunta de partida.

Depois de ter em consideração os critérios acima citados, formulamos três questões de Investigação:

1-“Quais as dificuldades das Equipas de Saúde familiares dos CSP da ULS do Nordeste no processo de referenciação de utentes para a RNCCI?”

2-“Será que existem diferenças nas dificuldades sentidas na referenciação em estudo entre os diferentes profissionais?”

3-“Quais os fatores dificultadores percecionados pelos profissionais de saúde no processo de referenciação de utentes para a RNCCI?”.

1.2-Variáveis e sua Operacionalização

Em investigação, variável é qualquer coisa que seja observável, mensurável, que pode ser suscetível de mudança. Para Fortin “(...) *as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, qualidades ou diferenças.*” (2003:36).

Existem dois tipos de variáveis: variáveis dependentes e variáveis independentes. A variável independente mantém-se a si própria, podendo ser manipulada pelo investigador.

Fortin (1999:37) diz-nos que é a variável que “(...) *o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.*” A variável independente ou explicativa é muitas vezes denominada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente variável experimental. A variável independente do estudo é a profissão.

A variável dependente não pode existir só por si. Está sempre sujeita a outra variável, variando pela ação da variável independente.

Fortin (1999:37), refere que “(...) *é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.*”

Relativamente a este trabalho, as variáveis (dependentes) em estudo relativas às dificuldades de referenciação são::

- resistência em referenciar;
- burocratização no processo de referenciação;
- falta de referenciação hospitalar;
- a referenciação ser feita em fase avançada;
- melhores condições possíveis;
- recursos existentes, bem como a sua especificidade no processo de referenciação;
- formação em cuidados continuados;
- formação para o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI;
- preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI;
- inquérito de admissão na RNCCI completo;
- famílias de utentes com critérios de inclusão na RNCCI;
- consentimento informado.

As variáveis(dependentes) relativas aos fatores de dificuldade no processo de referenciação são:

- A morosidade no processo de admissão;
- A ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente;
- A falta de aderência à formação por parte dos profissionais;
- A falta de comunicação e articulação da equipa de saúde;
- Desconhecimento dos recursos existentes;
- Deficit de formação dos profissionais;
- Outros.

1.3 – Amostra Populacional

Na realização de uma investigação, é necessário determinar o universo ou população, onde o investigador irá testar as suas hipóteses e confirmar ou não a relação que estabelece com as variáveis.

Fortin afirma que uma população “(...) é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” (2003:202). A população alvo de estudo é representada pelas equipas de Saúde dos Centros de Saúde da ULS do Nordeste que resultou do extinto ACES do Nordeste.

Uma vez delimitada a população, nem sempre é possível reunir informações sobre cada elemento que compõe essa mesma população. Assim, utiliza-se uma amostra que deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Para Fortin “(...) a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É (...) uma réplica em miniatura da população alvo.” (*idem*).

A amostra é composta por 111 profissionais de Saúde dos Centros de Saúde da ULS do Nordeste. Trata-se de uma amostra não probabilística, uma vez que, segundo Fortin (1999:208) “(...) é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”. Para esta autora, a amostra é do tipo accidental ou por conveniência, uma vez que “(...) é formada por sujeitos que estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)” e “(...) favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo” (Polit e Hungler, 1995:146).

Embora tenha a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa, corre o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística. A dificuldade resulta do fato de que nem todos os elementos na população possuem uma oportunidade de serem incluídos na amostra, o que é o caso.

A idade dos participantes do estudo varia entre o valor mínimo de 27 anos e máximo de 62 anos, apresentando um valor médio de 41,31 anos e desvio padrão de 9,73 anos, segundo a figura 1.

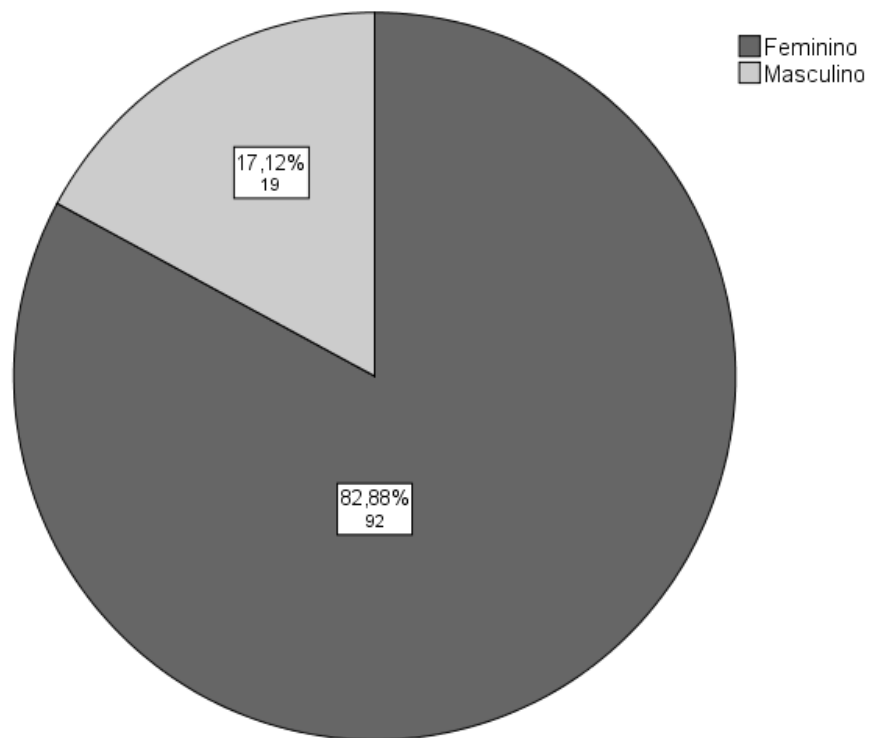


Figura 1 – Gráfico circular da distribuição dos participantes por gênero

Na figura 2 apresenta-se a caracterização da idade dos profissionais por faixa. Verifica-se que 33,33% (37) dos profissionais têm idade até 35 anos, 35,14% (39) têm idade entre os 36 e os 45 anos e 31,53% (35) dos profissionais apresentam idade acima dos 45 anos.

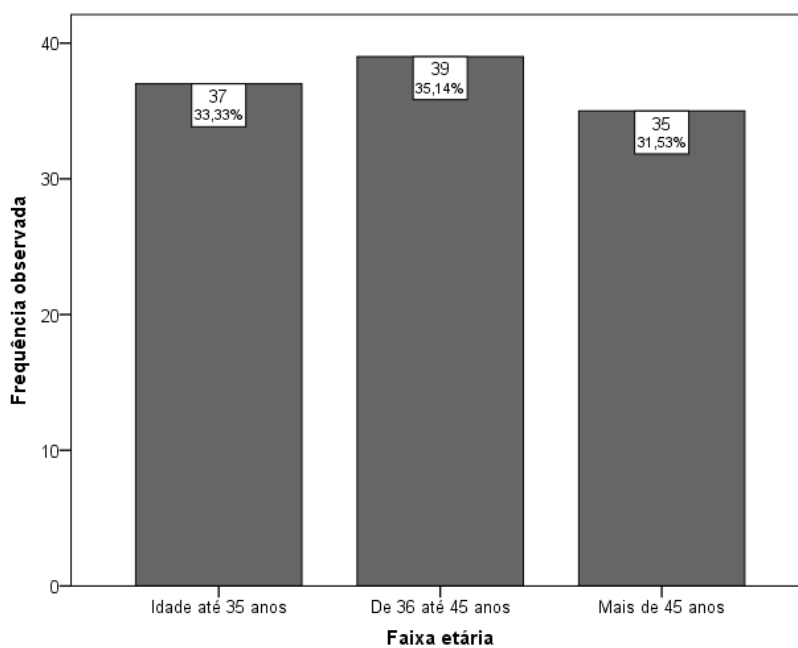


Figura 2 – Gráfico de barras da distribuição dos participantes por faixa etária

No que trata o nível de escolaridade dos profissionais de saúde, verifica-se que estes são em maioria, 84,68% (94) licenciados, 9,01% (10) possuem pós-graduação, 4,5% (5) tem mestrado e 0,9% (1) tem Bacharelato ou Doutoramento, conforme se ilustra no gráfico de barras da figura 3. De modo a proceder ao estudo inferencial procedeu-se à operacionalização desta variável, considerando apenas nível de escolaridade até licenciatura e nível de escolaridade após licenciatura.

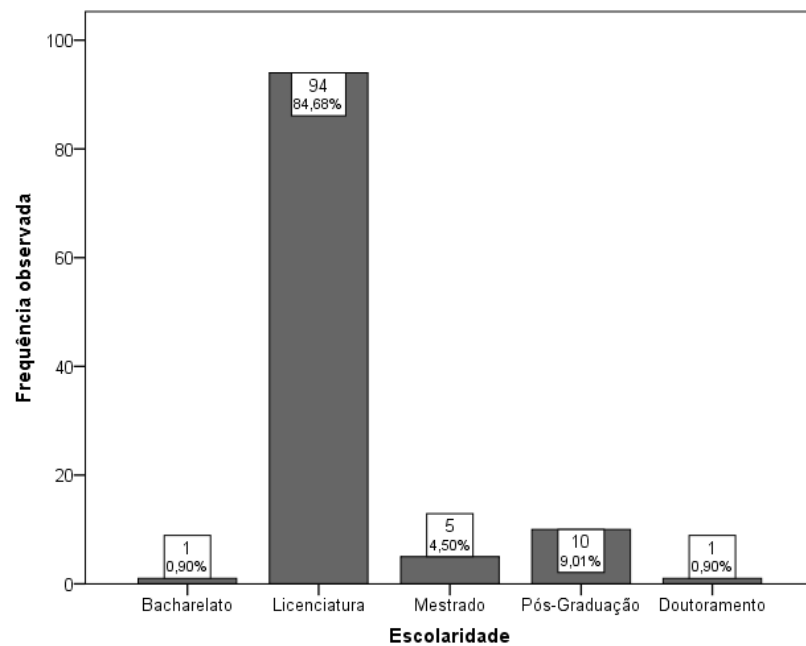


Figura 3 – Gráfico de barras da distribuição dos participantes por escolaridade

Em termos profissionais verifica-se, pelo gráfico de barras da figura 4, que a maioria (64,86%; 72) são enfermeiros de família, 20,72% (23) são médicos de família, 9,91% (11) são outros profissionais de saúde e 4,5% (5) são assistentes sociais. De modo a realizar o estudo inferencial, procedeu-se à operacionalização desta variável considerando as categorias profissionais: enfermeiros de família, médicos de família e assistentes sociais ou outros.

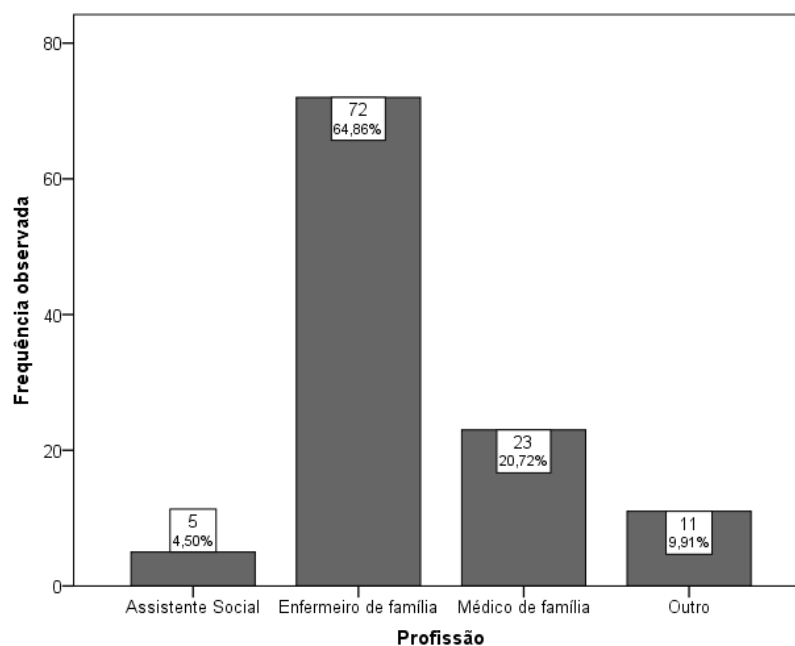


Figura 4 – Gráfico de barras da distribuição dos participantes por profissão

A maioria da amostra (64,86%; 72) são enfermeiros de família, 20,72% (23) são médicos de família, 9,91% (11) são outros profissionais de saúde e 4,5% (5) são assistentes sociais.

1.4 – Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de colheita de dados utilizado consiste num questionário o qual resultou de pesquisa bibliografia e troca de ideias com colegas de trabalho. É composto por dezoito perguntas: fechadas com resposta dicotómica e abertas (Anexo III) para permitir a identificação de outras opiniões que não constem nas perguntas fechadas.

O questionário utilizado como instrumento de recolha de dados foi previamente submetido a aplicação de pré-teste a quatro alunas do IPB com o objetivo principal de “*avaliar a eficácia e a pertinência do questionário*” (Fortin; 1999:235), verificando os seguintes elementos:

- se os termos utilizados são facilmente compreensíveis;
- se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;
- se o questionário não é demasiado longo e desinteressante;
- se as questões não são ambíguas.

Esta etapa do estudo permite a correção, alteração e modificação do questionário, de forma a resolver problemas imprevistos de redação, interpretação e ordenação das questões.

1.5 – Tratamento Estatístico

A análise estatística dos dados relativo ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 19.0. Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão e gráficos de barras e circular, de forma a descrever as características dos indivíduos.

A análise estatística dos resultados obtidos foi realizada através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado com o objetivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do teste do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exato de Fisher.

O teste do qui-quadrado é usado quando queremos comparar Frequências Observadas (F_0) com Frequências Esperadas (F_e). É um teste não paramétrico, ou seja, não depende de parâmetros populacionais, pode-se dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas em cada categoria forem muito pequenas, próximas a zero. É utilizado para verificar se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado e para comparar a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras, a fim de avaliar se as proporções observadas destes eventos mostram ou não diferenças significativas ou se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos. O teste de Fisher é alternativo ao teste do qui-quadrado quando não são verificadas as condições de aplicabilidade.

1.6 – Aspectos Éticos da Investigação

Para Ribeiro, os aspetos éticos “*são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa*” (1999:67).

Fortin (1999) diz-nos que qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais e que a própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar.

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

A maior parte dos estudos envolve procedimentos de consentimento informado, planeados para fornecer informação suficiente aos futuros sujeitos, de modo a que eles tomem uma decisão bem pensada no que diz respeito aos custos e benefícios potenciais, advindos da sua participação.

Este tipo de consentimento informado costuma envolver a assinatura do sujeito, num formulário que documenta a decisão voluntária do sujeito de participar, após ter recebido uma explicação completa sobre a pesquisa.

No estudo, foi explicado aos inquiridos o que se pretende, assegurando o seu anonimato, aquando do preenchimento do instrumento de colheita de dados.

2-APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os doentes mais referenciados pelos profissionais de saúde do estudo em desenvolvimento apresentam na sua maioria (90,99%; 101) idades superiores a 60 anos, apenas 7,21% (8) dos profissionais referiu que os doentes que mais referenciam para a RNCCI têm idade entre 50 e 60 anos, apesar de o objetivo geral da RNCCI ser “...a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto lei 101/2006, artigo 4º, n.º 1).

2.1- Dificuldades Identificadas no processo de referenciação para a RNCC por parte das equipas de saúde dos Cuidados de Saúde Primários

Para dar resposta às duas primeiras questões de investigação, na tabela 4 apresentam-se os resultados das dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na referenciação de doentes em função da profissão bem como as diferenças verificadas entre os diferentes profissionais.

QUESTÃO		Profissão (n e % por coluna)			Total	Valor Prova
		Assistente social ou Outras	Enfermeiro de família	Médico de família		
Troca experiência de referenciação com outros colegas de trabalho?	Sim	16 (100,0)	71 (98,6)	16 (69,6)	103 (92,8)	0,000**
	Não	0 (0,0)	1 (1,4)	7 (30,4)	8 (7,2)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Sente que existe resistência, em referenciar por parte de outros elementos da equipa?	Sim	10 (62,5)	29 (40,3)	6 (21,6)	45 (40,5)	0,077
	Não	6 (37,5)	43 (59,7)	17 (73,9)	66 (59,5)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Acha que existe burocratização no processo de referenciação?	Sim	14 (87,5)	61 (84,7)	21 (91,3)	96 (86,5)	0,788
	Não	2 (12,5)	11 (15,3)	2 (8,7)	15 (13,5)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Já se deparou com situações de referenciação de utentes por falta de referenciação da EGA a nível hospitalar?	Sim	12 (75,0)	49 (68,1)	17 (73,9)	78 (70,3)	0,789
	Não	4 (25,0)	23 (31,9)	6 (26,1)	33 (29,7)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	

Acha que dificulta o processo de inclusão na rede o fato de a referenciação ser feita em fase avançada?	Sim	8 (66,7)	36 (73,5)	14 (82,4)	58 (74,4)	0,608
	Não	4 (33,3)	13 (26,5)	3 (17,6)	20 (25,6)	
	Total	12 (100)	49 (100)	17 (100)	78 (100)	
O processo de referenciação obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições de reabilitação possíveis aos utentes?	Sim	15 (93,8)	68 (94,4)	21 (91,3)	104 (93,7)	0,848
	Não	1 (6,2)	4 (5,6)	2 (8,7)	7 (6,3)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Sabe quais os recursos existentes, bem como a sua especificidade (nº de unidades de internamento, localização, função da ECCI) no processo de referenciação?	Sim	15 (93,8)	57 (79,2)	9 (39,1)	81 (73,0)	0,000*
	Não	1 (6,2)	15 (20,8)	14 (60,9)	30 (27,0)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Possui formação em cuidados continuados?	Sim	9 (56,2)	20 (27,8)	7 (30,4)	36 (32,4)	0,100
	Não	7 (43,8)	52 (72,2)	16 (69,6)	75 (67,6)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Recebeu formação para o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI?	Sim	6 (37,5)	31 (43,1)	2 (8,7)	39 (35,1)	0,011*
	Não	10 (62,5)	41 (56,9)	21 (91,3)	72 (64,9)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Sente dificuldade no preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI?	Sim	1 (6,2)	25 (34,7)	11 (47,8)	37 (33,3)	0,022*
	Não	15 (93,8)	47 (65,3)	12 (52,2)	74 (66,7)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
Acha que o inquérito de admissão na RNCCI completo para referenciação de utentes?	Sim	15 (93,8)	71 (98,6)	22 (95,7)	108 (97,3)	0,282
	Não	1 (6,2)	1 (1,4)	1 (4,3)	3 (2,7)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	
As famílias de utentes com critérios de inclusão na RNCCI mostram-se recetivos à referenciação?	Sim	8 (50,0)	42 (58,3)	15 (65,2)	65 (58,6)	0,544
	Não	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (4,3)	2 (1,8)	
	Nem sempre	8 (50,0)	29 (40,3)	7 (30,4)	44 (39,6)	
Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)		
O doente ou seu representante legal formaliza sempre o seu consentimento informado e no caso das unidades de reabilitação aceita as respetivas condições de comparticipação?	Sim	10 (62,5)	48 (66,7)	13 (59,1)	71 (64,5)	0,800
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Nem sempre	6 (37,5)	24 (33,3)	9 (40,9)	39 (35,5)	
Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)		

Tabela 4 – Caracterização das Dificuldades sentidas de referenciação em função da profissão e resultados do teste de independência do qui-quadrado, teste exato de Fisher

*-Variáveis estatisticamente dependentes a um nível de significância de 5%, pela aplicação do teste do qui-quadrado; ** - Variáveis estatisticamente dependentes a um nível de significância de 1%, pela aplicação do teste exato de Fisher.

Pela análise da tabela 4 podemos observar que relativamente à “*Troca de experiências de referência para a RNCCI, com outros colegas de trabalho*”, a maioria dos profissionais em estudo o faz, contudo, destaca-se que 7 médicos de família afirmaram não realizar essa troca. Nesta questão verificou-se um nível de significância <0.005 o suficiente para afirmar que a resposta depende da categoria profissional

Nesse sentido, Horta, citado por Matheus (1995:13), refere que “ (...) *hoje não se concebe mais um profissional que trabalhe sozinho. Na estrutura social moderna, um indivíduo depende do outro para o desempenho das suas tarefas, que, geralmente são especializadas*”.

A postura do profissional de saúde necessária à prática interdisciplinar deve ser de questionamento e inquietude em busca de soluções e novas aprendizagens, ou seja, “Ser interdisciplinar é arriscar na busca do novo” (Costa, 2007:112).

A comunicação é muito importante no local de trabalho, sendo para Moraes “(...) *um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos Homens*” (2002:25).

Quanto à questão “*Sente que existe resistência, em referenciar utentes para a RNCCI por parte de outros elementos da equipa de Saúde*”, verifica-se que a maioria dos profissionais (66) não encontra tal resistência. Este sentimento é partilhado de forma geral por qualquer profissional inquirido.

Para Carapinheiro (1993, pág.196) “os processos de negociação tecem as relações sociais quotidianas dos serviços, de acordo com as posições hierárquicas, os compromissos ideológicos e a periodicidade das participações das diferentes categorias de pessoal na rede das relações de trabalho”.

No que concerne à questão “*Acha que existe muita burocratização no processo de referência*” verifica-se que a maioria dos assistentes sociais ou outros, enfermeiros e médicos de família assim o determina. Apenas 2 assistentes e outros, 2 médicos e 11 enfermeiros não encontram muita burocratização no processo.

Para Cunha e Silva (2005:2), o grande objetivo dos sistemas de informação “(...) *é a melhoria da qualidade e a eficiência dos processos de trabalho, uma vez que a cadeia de informações será alimentada automaticamente, o que eliminará instrumentos*

paralelos de colheita de dados e informações, otimizando a comunicação, por conseguinte a acção dos profissionais que realizam esses serviços.” (2005:2).

Relativamente à questão “*Já se deparou, com situações de referenciação de utentes sem referenciação da EGA a nível hospitalar, que apresentavam critérios de inclusão na RNCC*”, verifica-se que da totalidade da amostra 78 profissionais já encontrou tais situações o que corresponde à maioria dos profissionais dentro de cada grupo profissional. Destes 78 profissionais, verifica-se que 58 (13,8% de assistentes profissionais ou outros, 62,1% de enfermeiros e 24,1% de médicos) afirma que as situações anteriormente descritas dificultam o processo de inclusão na rede. Este facto pode dever-se à existência de uma equipa onde existem muitos conflitos entre os elementos, não dando imagem de eficiência, eficácia e qualidade, não apresenta trabalho, perde-se em discussões, gasta-se muita energia inutilmente. Segundo (Morais, 2002:25). “Os objetivos e as expetativas de cada um dispersam-se, pouco se faz de útil ou positivo”.

A partilha de informação entre equipas profissionais complementares na missão de bem cuidar, embora seja regulada, proporciona uma maior articulação na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para uma maior fundamentação das decisões num menor período de tempo, sendo este, muitas vezes, um recurso escasso e crucial para o cliente.

A modernização dos sistemas de informação tem proporcionado uma melhoria significativa na gestão da informação nas organizações de saúde. A informação é essencial nesta área, dado que é a base de todo o processo de cuidados de qualquer profissional de saúde, no entanto, esta só tem valor se for do conhecimento dos profissionais capazes de fazer uso dela em tempo útil.

Quanto à questão “*O processo de referenciação de utentes para a RNCCI, obedece ao princípio fundamental, de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem*” verifica-se que a quase totalidade dos inquiridos corroborou esta afirmação, apenas 1 assistente social, 4 enfermeiros e 2 médicos indicaram resposta negativa, o que vai de encontro aos princípios da RNCCI, segundo o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho artigo 6º.

Os profissionais de saúde inquiridos também foram questionados sobre o conhecimento de “*...os recursos existentes bem como a sua especificidade (nº de unidades de internamento, localização, função de ECCI) no processo de referenciação*”, verifica-se que a maioria dos assistentes, outros e enfermeiros

afirmaram que tinham esses conhecimentos, enquanto a maioria dos médicos afirmou não ter tais conhecimentos. Nesta questão o grau de significância é inferior a 0.005, podemos então afirmar que as respostas são dependentes da categoria profissional, sendo uma das principais dificuldades sentidas. Gomes (1999) defende que a formação deve ir de encontro à satisfação das necessidades de formação das equipas, bem como às carências individuais de cada membro do grupo. Gomes (1999) reconhece a falta de motivação como um dos fatores que podem comprometer a eficácia do processo formativo.

Relativamente à questão “*Possui formação em Cuidados Continuados*”, verifica-se que a maioria dos inquiridos afirmou não possuir tal formação. A UMCCI está consciente da importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da Rede. Para o efeito, tem investido, em articulação com outras entidades, na formação ao nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados.

No que concerne à questão “*Recebeu formação, para o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCP*”, verifica-se que a maioria dos profissionais não recebeu qualquer tipo de formação e dentro daqueles que receberam formação destacam-se os enfermeiros de família (79,5%; 31). Esta questão apresenta um nível de significância de 5%, pela aplicação do teste qui-quadrado, o que significa que as respostas são dependentes da categoria profissional. Segundo Gomes (1999), a formação em serviço pode ser vista como alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional contribuindo para a atualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de Enfermagem.

No que respeita à questão “*Sente dificuldade, no preenchimento do inquérito de admissão na RNCCP*”, verifica-se que a maioria dos inquiridos afirmou não sentir dificuldade, contudo 25 enfermeiros e 11 médicos afirmou ter dificuldade em tal tarefa. Os que afirmaram sentir dificuldade deve-se à burocracia, à falta de formação e acharem o inquérito repetitivo e extenso. Esta questão apresenta um nível de significância de 5%, pela aplicação do teste qui-quadrado o que significa que as respostas são dependentes da categoria profissional. António Nóvoa (1991, cit. in Costa (1998, p.20), afirma que a formação não se adquire por acumulação de cursos e diplomas, mas sim pela reflexão crítica sobre o trabalho do dia-a-dia, junto do utente, na aquisição e desenvolvimento das necessárias competências pessoais e profissionais.

Quanto à questão “*Acha o inquérito de admissão na RNCCI completo, para referência de utentes*” tem-se que a quase totalidade dos inquiridos (108 dos 111) afirmou que o inquérito era completo. Dos que não consideram o inquérito de admissão na RNCCI completo deve-se ao facto de afirmarem que têm pouco espaço para a informação clínica e que deviam ter escalas específicas na área da reabilitação.

Relativamente à questão “*As famílias de utentes com critérios de inclusão na RNCCI mostram-se recetivos à referência*” verificou-se que a maioria dos profissionais afirmou que as famílias estavam recetivas, mas ainda se verifica que 44 dos profissionais afirmaram que nem sempre as famílias entendem. Dos que afirmaram que as famílias não se mostram recetivas, deve-se a motivos financeiros à existência de muita burocracia e ao fato de pedirem dados económicos. A nossa região apresenta muitas zonas rurais havendo dificuldades nos transportes e a nível de logística, para além do tempo de espera da vaga para a entrada na rede “a pesquisa de vaga (...) deverá ter em atenção o critério de proximidade do domicílio(...) e atendendo que a Rede é de âmbito Nacional, a ordem de procura de vaga a nível regional também deve realizar-se do local mais próximo do domicílio do utente para o mais distante” (RNCCI,2009).

No que trata à questão “*O doente ou seu representante legal formaliza sempre o seu consentimento informado e no caso das unidades de reabilitação e unidades de manutenção, aceita as respetivas condições de participação*”, verifica-se que a maioria dos profissionais inquiridos sobretudo Enfermeiros (66.7%) afirmou que nem sempre tais factos ocorrem.

Nas palavras de Melo (1996, pág.99-102), obter e dar consentimento é um fenómeno complexo, devendo mesmo ser tratado como um processo científico e, efetivamente por isso, este deve ser obtido de uma forma simples e adaptada à necessidade de informação de cada cidadão. Ou seja, obter consentimento é como um processo científico, uma vez que este é sistemático rigoroso e leva à aquisição de conhecimentos, efetua-se de forma ordenada através de uma serie de etapas. Segundo este autor, o consentimento não se obtém, vai-se obtendo à medida que se vai conhecendo a pessoa, a progressão da doença e do tratamento.

2.2- Fatores de dificuldade no Processo de Referência

A terceira questão de investigação, “*Quais os fatores dificultadores percebidos pelos profissionais de saúde no processo de referência de utentes para a RNCCI?*”, foi explorada na pergunta número 18 do questionário, “*Acha que existem fatores que dificultam o processo de referência e a sua eficácia?*”, verificando-se que a maioria dos inquiridos de todas as profissões afirmou que existem dificuldades, como mostra a tabela seguinte.

QUESTÃO		Profissão (n e % por coluna)			Total	Valor Prova
		Assistente social ou Outras	Enfermeiro de família	Médico de família		
Acha que existem fatores, que dificultam o processo de referência e a sua eficácia.	Sim	13 (81,2)	59 (81,9)	20 (87,0)	92 (82,9)	0,830
	Não	3 (18,8)	13 (18,1)	3 (13,0)	19 (17,1)	
	Total	16 (100)	72 (100)	23 (100)	111 (100)	

Tabela 5- Fatores que dificultam o processo de referência e a sua eficácia.

Na tabela 6 apresentam-se os fatores de dificuldade no processo de referência percebidos pelos profissionais de saúde deste estudo.

Fatores	Sim	Não	Total
A morosidade no processo de admissão	53 (57,6)	39 (42,4)	92 (100)
A ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente	54 (58,7)	38 (41,3)	92 (100)
A falta de aderência à formação por parte dos profissionais	16 (17,4)	76 (82,6)	92 (100)
A falta de comunicação e articulação da equipa de saúde	23 (25,0)	69 (75,0)	92 (100)
Desconhecimento dos recursos existentes	22 (23,9)	70 (76,1)	92 (100)
Deficit de formação dos profissionais	29 (31,5)	63 (68,5)	92 (100)
Outros	11 (12,0)	81 (88,0)	92 (100)

Tabela 6 – Caracterização dos fatores de dificuldade no processo de referência

Pela análise da tabela verifica-se que os fatores mais referidos pelos profissionais de saúde foram “*a morosidade no processo de admissão*” que corresponde ao período que decorre desde a admissão pela ECL e a existência de vaga na unidade ou equipa de cuidados continuados pretendida e “*a ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente*” deve-se talvez à dificuldade de acesso a meios de transporte nos meios rurais. 12% dos inquiridos afirma que existem outros fatores de dificuldade no processo de referenciação como: a falta de referência hospitalar e a burocratização para encaminhamento do utente.

CAPITULO III
CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Parece-nos pertinente tecer algumas considerações acerca de alguns aspetos metodológicos utilizados neste estudo, principalmente no que respeita ao instrumento de colheita de dados. Este foi elaborado de raiz tendo em conta pesquisa bibliográfica existente, no entanto, foram sentidas dificuldades devido a quase inexistência de estudos e bibliografia na área dos Cuidados Continuados em relação ao tema abordado.

Em relação à amostra é de referir as dificuldades encontradas na identificação das equipas de saúde familiares dos Cuidados de Saúde Primários envolvidos no processo de referenciação, uma vez que não são todos os profissionais responsáveis por esse processo e o fato de ser um número considerável de centros de Saúde (15) do distrito de Bragança.

A temática Cuidados Continuados tem cada vez mais importância no mundo atual, assumindo-se como preocupação central das políticas de saúde e sociais. O envelhecimento das populações demonstra que o objetivo do prolongamento dos anos de vida foi atingido. Contudo, esse prolongamento faz aumentar a probabilidade e a duração da dependência e emergir novas necessidades de cuidados, com novos desafios a colocarem-se à pessoa doente e dependente, aos sistemas de saúde, que ainda não se organizaram para darem respostas a estas novas necessidades e exigências, e a uma nova figura emergente: o cuidador.

As orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 vem dar resposta a estas necessidades, propondo um modelo de intervenção integrado e ou articulado de cuidados de saúde e de apoio social, situando-se num nível intermédio entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, e sendo definidas pelo Decreto – Lei nº 101/2006, de 06 de Junho.

Um dos maiores desafios que se coloca aos profissionais de saúde reside na mudança do paradigma centrado num modelo biomédico, onde os profissionais de saúde são os detentores do saber, para um outro onde doente e cuidador devem ser ouvidos, integrados e nunca alheados dos processos de decisão, e objeto de avaliação das suas competências, de forma que lhes sejam dadas oportunidades para expressarem o que sentem e do que são capazes de fazer ou não. Só assim, num paradigma de partilha e conjugação de responsabilidades e de estabelecimento de parcerias, se promove a eficácia da prestação de cuidados continuados.

Esta eficácia exige uma articulação genuína entre respostas formais e informais de apoio, o reconhecimento do papel do cuidador do doente e da própria família e ainda da parte dos profissionais, motivação, conhecimento e mesmo um diferente modo de estar na profissão.

Com a criação de redes de cuidados continuados pressupõem-se novas formas de trabalho baseadas na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

O sucesso do funcionamento interdisciplinar depende de muitos fatores, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes sendo a principal característica o facto de todos os elementos da equipa serem profissionais competentes na sua área.

Após a realização do presente estudo tecemos as principais conclusões:

- relativamente à troca de experiências de referenciação para a RNCCI, com outros «colegas de trabalho», a maioria dos profissionais em estudo fá-la, contudo, destaca-se que 7 (30,4% dos médicos do estudo) médicos de família afirmaram não realizar essa troca;
- verificou-se que a maioria dos profissionais (66; 59,5%) não sente que existe resistência em referenciar utentes para a RNCCI por parte de outros elementos da equipa de Saúde. Este sentimento é partilhado de forma geral por qualquer profissional inquirido;
- a maioria dos assistentes sociais ou outros, enfermeiros e médicos de família acha que existe muita burocratização no processo de referenciação;
- relativamente à questão verifica-se que da totalidade da amostra 78 (70,3%) profissionais já se deparou com situações de referenciação de utentes logo após alta hospitalar, que apresentavam critérios de inclusão na RNCC, o que corresponde à maioria dos profissionais dentro de cada grupo profissional. Destes 78 profissionais, verifica-se que 58 afirma que as situações anteriormente descritas dificultam o processo de inclusão na rede;
- quase a totalidade dos inquiridos corroborou com a afirmação de que o processo de referenciação de utentes para a RNCCI, obedece ao princípio fundamental, de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem, apenas 1 assistente social, 4 enfermeiros e 2 médicos indicaram resposta negativa;
- verificou-se que a maioria dos assistentes e outros, e enfermeiros possuem conhecimentos dos recursos existentes, bem como a sua especificidade no

processo de referência, enquanto que a maioria dos médicos afirmou não ter tais conhecimentos;

- a maioria dos inquiridos afirmou não possuir formação em Cuidados Continuados;
- verifica-se que a maioria dos profissionais não recebeu qualquer tipo de formação para o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI e dentro daqueles que receberam formação destacam-se os enfermeiros de família (43,1%; 31);
- a maioria dos inquiridos afirmou não sentir dificuldade no preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI, contudo 25 enfermeiros e 11 médicos afirmou ter dificuldade em tal tarefa;
- quase a totalidade dos inquiridos (108 dos 111) afirmou que o inquérito era completo para a admissão na RNCCI;
- a maioria dos profissionais afirmou que as famílias estavam recetivas à referência de utentes com critérios de inclusão na RNCCI, mas ainda se verifica que 44 dos profissionais afirmaram que nem sempre as famílias entendem;
- a maioria dos profissionais inquiridos afirmou que nem sempre o doente, ou seu representante legal, formaliza o seu consentimento informado e, no caso das unidades de reabilitação e unidades de manutenção, aceita as respetivas condições de participação.

Podemos concluir que relativamente às duas primeiras questões de investigação “*Quais as dificuldades das Equipas de Saúde familiares dos CSP da ULS do Nordeste no processo de referência de utentes para a RNCCI?*”, a “*troca de experiências de referência para a RNCCI, com outros colegas de trabalho*”, “*...os recursos existentes bem como a sua especificidade no processo de referência*”, “*Recebeu formação, para o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI*”, “*Sente dificuldade no preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI*” foram as questões onde verificamos um nível de significância de 5%, podendo dizer-se que existe evidência estatística suficiente para afirmar que as respostas obtidas são dependentes da categoria profissional do indivíduo, sendo as principais dificuldades sentidas.

Na terceira questão de investigação: “*Quais os fatores dificultadores percebidos pelos profissionais de saúde no processo de referência de utentes*”

para a RNCCI?”, a maioria dos inquiridos de todas as profissões afirmou que existem fatores que dificultam o processo de referenciação e a sua eficácia”. Os fatores mais referidos pelos profissionais de saúde foram “a morosidade no processo de admissão” e “a ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente. Doze por cento dos inquiridos afirmam que existem outros fatores de dificuldade no processo de referenciação, como a falta de referência hospitalar e a burocratização para encaminhamento do utente.

Verificou-se que a troca de experiências entre profissionais, a burocratização no processo de referenciação, situações de referenciação logo após a alta hospitalar, a escassez de formação, a morosidade no processo de admissão e a ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente foram as principais dificuldades detetadas no processo de referenciação de utentes por parte das equipas de saúde familiar dos Cuidados de Saúde primários da ULS do Nordeste.

Termina-se este estudo com a convicção de que se atingiram os objetivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática do processo de referenciação de utentes para a RNCCI. Através dos resultados apresentados esperamos poder iniciar um planeamento estratégico de intervenção, para que os profissionais envolvidos nesta área possam atuar de uma forma mais eficaz e ajudar a maximizar as capacidades do trabalho em equipa através da divulgação do estudo junto dos profissionais da ULS do Nordeste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, Nathan W. (1986). *Diagnóstico e tratamento das Relações Familiares*, Tradução Maria Cristina R. Goulart, Porto Alegre.

Antunes, Alexandra (1998). “*Consentimento Informado*”, in *Ética em Cuidados de Saúde* (coord.: Daniel Serrão e Rui Nunes), Porto: Porto Editora, 13-27.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Organização de Serviços de Cuidados Paliativo: Recomendações, Março de 2006, acedido in www.apcp.pt.

Atkinson, Leslie; Murray, Mary Ellen (1989) – *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Badeia, Marcos (1999). *Ética e Profissionais de Saúde*, 1ª edição, Santos Livraria Editora.

Bolander, Verolyn (1998). *Era Enfermagem Fundamental*, 1ª edição, Lisboa: Lusodidacta.

Botelho, José (1999). *Contributos da Formação Profissional Continua para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Servir, Vol. 46.

Caniço, Hernani; Bairrada, Pedro; Rodrigues, Esther, Carvalho, Armando Carvalho (2010). *Novos Tipos de Família Plano de Cuidados*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Novembro.

Carapinheiro, Graça (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

Carta dos direitos e deveres dos Utentes (1998). Camarate: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.

Collière, M.F. (1989). *Promover a Vida*, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, Maria-Françoise (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel, Tradições Técnicas Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Colliere, Marie Françoise (1999). *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*, Lisboa: Lidel-Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses ISBN 972-757-109-3.

Collière, Maria-Françoise (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida*. 2ª edição, Lisboa: Lusociência.

Comissão para o desenvolvimento dos cuidados de Saúde às pessoas Idosas e às pessoas em situação de Dependência, Setembro de 2005. Documento Relatórios Final da Situação Actual.

Costa, Rosemary (Junho, 2007). *Interdisciplinaridade e equipas de saúde: concepções*. Barbacena: Mental, Ano V, nº8, 107-112.

Cox, T., Griffiths, A., Rial-González, E. (2000. 1- 267) – *Research on work-related stress*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Cuidados Continuados, Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar (2002), Manual Sinais Vitais, 1ª Edição, Formasau.

Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários, 2007/05/21, Carteira de Serviços.

Cunha, Francisco e Silva, Helena (2005). *Informação e Comunicação no contexto dos hospitais*. Intercom: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares de Comunicação

Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), adotada e proclamada pela Assembleia Geral da ONU, na sua resolução 217 A (III), de 10 de Dezembro.

Decreto-lei nº 101/2006 de Junho (artigo 3º, 6º, 9º, 11º, 17º, 21º, 25º, 27º, 28º, 30º, 31º, 33º).

DGS – Plano Nacional de Saúde – 2004- 2010.

DGS – Programa Nacional de Cuidados Paliativos – 2005.

Diário da República, I série, nº 101 de 6 de Junho de 2006- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Diário da República, II série, nº 166 de 29 de Agosto de 2006- Experiências Piloto.

Diário da República, I série, nº 181 de 19 de Setembro de 2006 e *Diário da República*, II série, nº 197 de 12 de Outubro - Tabela de preços para o financiamento dos serviços a prestar pelas respetivas unidades e comparticipação da Segurança Social.

Diário da República, II série, nº 197 de 12 de Outubro- Tabela de preços para o financiamento dos serviços a prestar pelas respetivas unidades e comparticipação da segurança social.

Direitos do Homem e Biomedicina, Instituto de Bioética, Lisboa, Universidade Católica Editora, 2003.

Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008.

Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2011.

Diretiva Técnica nº5/UMCCI/2012.

Diretiva Técnica nº2/UMCCI/2012.

Desafio da Enfermagem em Cuidados Paliativos, «Cuidar»: ÉTICA e Práticas, Prefácio de Cicely Saunders, Prefácio à Edição Portuguesa Dulce Cbete, Lusociência.

Domingues, Frei Bernardo (2003). *É Bom Promover a Saúde e a Ética*, Porto.

Dugas, B.W. - *Enfermagem Prática*, 4ª edição, Guanabara.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Orientações para a sua Constituição nos Centros de Saúde (Setembro de 2007), Lisboa.

Ética nos Cuidados de Saúde Dossier (1998). *Sinais Vitais* nº3, 1ª edição, Formasau, Formação e Saúde LDA.

Leite, E. S., Uva, A. S. (2007). *Stress* relacionado com o trabalho. *Saúde e Trabalho*, 25 – 42.

Elizari, Francisco Javier (1996). “*Consentimento do Doente*”, in *Questões de Bioética – Vida em Qualidade*, Porto: Editorial Perpétuo Socorro, 243.

Fernandes, Jacinta (2009). “*Cuidar no Domicílio: Sobrecarga do Cuidados Familiar*”, IV Mestrado em Cuidados Paliativos, 47-55.

Ferreira, Paula (2005). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: os enfermeiros em contextos aprendentes*, *Sinais Vitais*, Vol 59, 12-20.

Figueiredo, Amorim Rosa Outubro de (2006). *Consentimento para o Acto Médico*, Gráfica de Coimbra 2.

Floriani, Ciro A.; Schramm, F.R.(2003) – Cuidador do idoso com câncer avançado um ator vulnerado – *Cadernos de Saúde Pública* – Rio de Janeiro pag.527-534 22/3/2006.

Fortin, Marie Fabienne e Filon, Françoise (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Lusodidacta.

Fortin, Marie- Fabienne (1999). *O Processo da Investigação*, 3ª edição, Editora Lusociência.

Franco, Jorge (2007). *Cuidador Familiar: personagem muitas Vezes*. Consultado em Fórum enfermagem, <http://www.forumenfermagem.org>.

Gil, António Carlos (1996). *Como elaborar Projectos de pesquisa*, Atlas, 3ª edição.

Gomes, Idalina (1999). *Os Enfermeiros e a Formação em Serviço*, Vol. 47.

Hottois, Gilbert. *Nova Enciclopédia da Bioética, Medicina. Ambiente. Biotecnologia*, Jean - Noel Missa, Instituto Piaget.

Imaginário, Cristina (Julho 2008). *O idoso dependente no contexto familiar*. Coimbra: Formasau , 2ª edição.

Instituto de Segurança Social (2012) -Guia Prático, RNCCI , N°37, V.13.

Lucas (2010) - Comunicação Interdisciplinar em Saúde: Importância e Desafios, Nursing, n° 257.

Manual de Procedimentos de Referenciação - Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Matheus, Mª Clara (1995). *O trabalho em equipa: Um instrumento básico e um desafio para a Enfermagem*. Rev. Esc. Enf. USP. V.29, nº1 (Abril), 13.

Martins, Lurdes (1996). *Comunicação Interdisciplinar*, Revista Servir, vol.44, nº2, 64.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Orientações para a sua Constituição nos Centros de Saúde*.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), Cuidados Integrados nos CSP-
Carteira de Serviços.

Morais, Ana Maria Martins- Gestão de Conflitos, Lisboa, Nursing, nº172 (220).

Moreira, Isabel Maria Pinheiro Borges, *O doente Terminal em Contexto Familiar, Uma análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*, 2ª edição, Formasau Formação e Saúde Lda.

Neves, Chantal, Neto, Isabel; Margarida et all (2000). *Cuidados Paliativos*. Dossier Sinais Vitais, nº 4, Formasau, Coimbra.

Neto, Isabel Galriça (2003). *A conferência Familiar como instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos*. Revista Portuguesa de Clínica Geral.

Nunes, Rui (1998). “*Ética na Relação com o Doente*”, in *Ética em Cuidados de Saúde* (coord.: Daniel Serrão e Rui Nunes), Porto: Porto Editora, 31-46.

Princípios Científicos de Enfermagem, Ciências de Enfermagem (1983). Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005). Direcção Geral da Saúde Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, Lisboa.

Quivy, Raymond, Campenhoudt, Luc Van (Outubro de 1992) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, 41-42.

Rebelo, Luis – Medicina Familiar – O doente com Artrite Reumatoide e a sua Família. Ed.Temática. Lisboa 1998. ISBN 972-8439-02-4

Referencial do Enfermeiro (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Relvas, Ana Paula, Alarção, Madalena (Março de 2007). *Novas Formas De Família*, 2ª edição, Quarteto.

Ribeiro, José Luís Pais (Maio de 1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*, Lisboa: Climepsi Editores, 67.

Riley, Julia Balzer, *Comunicação em Enfermagem*, 4ª edição, Lusociência.

Serrão, Daniel (1996). “Riscos em Recusar Tratamento” in *Bioética* (coord.: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald), Lisboa: Editorial Verbo.

Spector, P. E. (1999). Individual differences in the job *stress* process of health care professionals. In FIRTH-COZENS, J.; PAYNE, R. - *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Chichester: Willey, 33 – 42.

Unidade de Missão para ao Cuidados Continuados Integrados (2009). Guia da RNCCI.

http://www.socialgest.pt/_dlids/APCuidadosContinuadosIntegrados.pdf

ANEXOS

Anexo I - Autorização de recolha de dados



Exmª Senhora
Directora da Escola Superior de Saúde de Bragança
Prof.ª Drª Maria Helena Pimentel
AV. D. Afonso V
5300-121 Bragança

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
000632	03/05/2012		16/07/2012

ASSUNTO: Autorização Recolha de Dados

Em resposta ao ofício enviado por Vª Ex.ª, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE foi autorizada a recolha de dados através da aplicação de questionário, nos Centros de Saúde da ULSNE, inserido na componente de investigação, do tema "Dificuldades no Processo de Referenciação para a RNCCI, relativo à aluna Andreia Filipa Fidalgo Fernandes.

Com os melhores cumprimentos

A Responsável do Gabinete de Desenvolvimento e Formação



Avenida Abade de Baçal - 5301-852 Bragança - Tel. 273 310 800 - Fax. 273 310 813
secretariado@chce.min-saude.pt - www.chne.min-saude.pt

Anexo II- Termo de Consentimento Informado do estudo



TÉRMO CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Andreia Filipa Fidalgo Fernandes, encontro-me a frequentar o Mestrado em Cuidados Continuados no Instituto Politécnico de Bragança e estou a desenvolver, sob orientação da Professora Doutora Gorete Baptista, um trabalho de Investigação intitulado: "Dificuldades no Ingresso de utentes na RNCCI: Dificuldades sentidas pelas equipas de Saúde dos CSP na referenciação".

O estudo que pretendo realizar tem como principal objetivo compreender melhor o funcionamento dos Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários e identificar as dificuldades dos profissionais de Saúde no processo de referenciação, numa perspectiva de contribuir para a modernização e adequação das necessidades de Saúde emergentes no País.

No âmbito desse estudo estou a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicito a sua colaboração através do preenchimento deste questionário. Todas as informações que o(a) senhor(a) me fornecer serão guardados e somente o investigador terá acesso às informações. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco.

A sua participação é completamente voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal fato tenha consequências para si.

Assinatura: Andreia Filipa Fidalgo Fernandes
Andreia Filipa Fidalgo Fernandes

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o estudo: "Dificuldades no Ingresso de utentes na RNCCI: Dificuldades sentidas pelas equipas de Saúde dos CSP na referenciação" e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Bragança, ___ de _____ de 2012

Assinatura: _____

Questionário

**Dificuldades no processo de referenciação para a RNCCI por parte das
equipas de Saúde dos CSP**

Bragança, Abril de 2012

Este questionário destina-se à realização de um estudo sobre as dificuldades no processo de referência para a RNCCI pelos profissionais dos Centros de Saúde da ULS do Nordeste.

Este questionário é individual e confidencial, como tal não necessita de o assinar.

A sua colaboração é valiosa, sem a qual não poderia concluir este trabalho.

Obrigada pela disponibilidade prestada.

1-Idade_____

2- Sexo

Feminino

Masculino

3-Escolaridade

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado Qual?_____

Pós-Graduação Qual?_____

Doutoramento

4-Profissão

Assistente Social

Enfermeira/o de família

Médico/a de Família

Outro

5-Faixa etária que mais vezes referenciou para a RNCCI?

0-30

30-40

40-50

50-60

»70

6- Troca experiências de referência para a RNCCI com outros colegas de trabalho?

Sim

Não

Talvez

Desconhece

7-Sente que existe resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por parte de outros elementos da equipa de Saúde?

Sim

- Não
- Talvez
- Desconhece

8- Acha que existe muita burocratização no processo de referenciação?

- Sim
- Não
- Talvez
- Desconhece

9-Já se deparou com situações de referenciação de utentes, por falta de encaminhamento da EGA após alta a nível hospitalar, que apresentavam critérios de inclusão na RNCC?

- Sim
- Não

Se respondeu sim:

9.1-Acha que dificulta o processo de inclusão na rede o facto de a referenciação ser feita em fase avançada?

- Sim
- Não

10-O Processo de referenciação de utentes para a RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem?

- Sim
- Não
- Talvez
- Desconhece

11-Sabe quais são os recursos existentes, (nº de unidades de internamento, localização, função da ECCI) bem como a sua especificidade no processo de referenciação?

- Sim
- Não

12-Possui formação em Cuidados Continuados?

- Sim

Não

13-Recebeu formação para o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI?

Sim

Não

Talvez

Desconhece

14-Sente dificuldade no preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI?

Sim

Não

Talvez

Desconhece

Se sim, porquê? _____

15-Acha o inquérito de admissão na RNCCI completo para referenciação de utentes?

Sim

Não

Talvez

Desconhece

Se não, o que considera que falta? _____

16-As famílias de utentes com critérios de inclusão na RNCCI mostram-se recetivos à referenciação?

Sim

Não

Talvez

Desconhece

Se não, porquê? _____

17-O doente ou o seu representante legal formaliza sempre o seu consentimento informado e no caso das unidades de reabilitação e Unidades de Manutenção aceita as respetivas condições de participação?

Sim

Não

Talvez

Desconhece

18- Acha que existem fatores que dificultam o processo de referenciação e a sua eficácia?

Sim

Não

18.1- Se sim, quais?

A morosidade no processo de admissão

A ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente

A falta de aderência à formação por parte dos profissionais

A falta de comunicação e articulação da equipa de saúde

Desconhecimento dos recursos existentes

Deficit de formação dos profissionais

Outros _____

Anexo IV- Formulário de referênciação

Formulário de Referênciação

Ingresso em Unidade/Equipa de Cuidados Continuados Integrados



ACES NORDESTE

FICHA DO UTENTE

Nº Cartão SNS		
Nome		
Data Nascimento	Idade	
Naturalidade	Data de Óbito	
Sexo	Habilitações Literárias	
Estado Civil	Nacionalidade	
Morada		
Localidade	Código Postal	
Concelho		
Tipo Documento	Bilhete de Identidade	Número
	Passaporte	
Emitido em	Arquivo de	
NIF	NISS	
Subsistema Saúde	Nº Subsistema Saúde	
Telemóvel	Telefone	
Fax	Email	

Parecer da ECL ACES Nordeste/Miranda do Douro:

São necessários os documentos de todo o agregado

AGREGADO FAMILIAR

Nome do agregado		NISS
Grau de parentesco		Data Nascimento
Integra Agregado Fiscal		NIF
Estado Civil		Situação Profissional
Descrição de Outro Sistema de Protecção		Nº
Estado do Agregado	Activo_ _ Inactivo_ _	
Observações		

AGREGADO FAMILIAR

Nome do agregado		NISS
Grau de parentesco		Data Nascimento
Integra Agregado Fiscal		NIF
Estado Civil		Situação Profissional
Descrição de Outro Sistema de Protecção		Nº
Estado do Agregado	Activo_ _ Inactivo_ _	
Observações		

AGREGADO FAMILIAR

Nome do agregado		NISS
Grau de parentesco		Data Nascimento
Integra Agregado Fiscal		NIF
Estado Civil		Situação Profissional
Descrição de Outro Sistema de Protecção		Nº
Estado do Agregado	Activo_ _ Inactivo_ _	

Observações	
AGREGADO FAMILIAR	
Nome do agregado	NISS
Grau de parentesco	Data Nascimento
Integra Agregado Fiscal	NIF
Estado Civil	Situação Profissional
Descrição de Outro Sistema de Protecção	Nº
Estado do Agregado	Activo _ _ Inactivo_ _
Observações	

PROVENIÊNCIA

Origem	Domicílio	Médico	Dr.
	Hospital		
	Outro		
Designação	ACES Nordeste/Miranda do Douro		
Centro de Saúde			
USF/Extensão de Saúde			

CAUSA SOLICITAÇÃO ----- DESCANSO DO CUIDADOR – SIM _ _ NÃO _ _

Utente em situação de fragilidade	Não aplicável	
	Dependência em AVD	
	Deterioração cognitiva	
	Desnutrição	
	Outras	
Doenças crónicas com episódio de agudização	Não aplicável	
	DPOC	
	Doença cardiovascular	
	Hepatopatia	
	Outras	
Necessidade de continuidade de cuidados	Não aplicável	
	Tratamento de feridas / úlceras de pressão	
	Reabilitação	
	Manutenção de dispositivos	
	Gestão do regime terapêutico	
Necessidade de vigilância e tratamentos complexos	Outros	
	Não aplicável	
	Úlceras de pressão múltiplas	
	Pós traumáticos	
	Portadores de SNG / PEG	
	Pós cirúrgicos	
	Ventilação assistida	
Cuidados paliativos	Não aplicável	
	Aplicável	
Necessidade de ensino doente/cuidadores	Não aplicável	
	Auto – cuidados	
	Execução de técnicas	
	Hábitos de risco	
	Regime terapêutico	
	Outros	

Outra causa de solicitação

TIPOLOGIA

Tipologia Proposta	Unidade de Convalescença
	Unidade de Média Duração e Reabilitação
	Unidade de Longa Duração e Manutenção
	Unidade de Cuidados Paliativos
	Equipa de Cuidados Continuados Integrados

UNIDADES PREFERENCIAIS

1ª Unidade de Preferência
2ª Unidade de Preferência
3ª Unidade de Preferência

CONTACTOS PRIVILEGIADOS

Nome:	
Tipo de contacto:	Representante Legal:
Morada:	
Localidade:	Código Postal:
Telefone:	Telemóvel:
E-mail:	FAX:
Tipo de Documento:	Número do Documento:
Local de Emissão:	Data de Validade:
Observações:	

Instrumento de Avaliação Integrada:

Data _ _ / _ _ / _ _

Perfil Biopsicossocial

Tipo de avaliação: Admissão

Respondeu ao inquérito:

Próprio ___

Prestador de Cuidados _____

Queixas de saúde

Queixas Musculo-esqueléticas:

Queixas Visão

Queixas Audição:

Queixas Pele:

Queixas Outros Órgãos/Sistemas:

Estado de nutrição

Peso (em kg., ex:
68.4): _____

Altura (em m, ex: 1.71):

Índice de Massa Corporal
(kg/m²): _____

Cintura – 1ª (em cm):

Cintura – 2ª (em cm)

CINT – Cintura – 3ª (em
cm): _____

Quedas

Nº de Quedas (último ano): _____

- Momento de Quedas:
- Menos de 1 mês _ _
- Um mês a um ano _ _
- Mais de um ano _ _

Motivo Quedas
- Com alteração
mobilidade_ _
- Sem alteração

Sequelas de Quedas ocorridas:

- Interno+externo _ _
- Interno _ _
- Externo _ _

<ul style="list-style-type: none"> Sem quedas _ _ 	mobilidade _ _ - Sem sequelas _ _ - Sem quedas _ _	<ul style="list-style-type: none"> Sem quedas _ _
--	--	--

Locomoção

Andar em casa, dentro de edifícios: Incapaz não anda _ _ Dependente de 3º _ _ Meios _ _ Independente _ _	Andar na rua: Incapaz não anda _ _ Dependente de 3º _ _ Meios _ _ Independente _____	Andar em escadas: Incapaz não anda _____ Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____
--	--	--

Locomoção e meios para visão e audição:

Meios _____

Independente _____

Autonomia física

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se): - Incapaz, não se lava _____ Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir): - Incapaz, não se veste _____ Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar): Incapaz, não usa _____ Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar): - Incapaz, não se levanta _____ Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se transferir-se andar): - Incapaz, não se senta _____

_____ Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Controlar a urina: - Incapaz, não controla _____ Dependente de 3º _____ Meios _____
Independente _____

Controlar as fezes: - Incapaz, não controla _____ Dependente de 3º _____ Meios _____
Independente _____

Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer): - Incapaz, não alimenta _____
Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Autonomia Física e meios para visão e audição: - Meios _____ Independente _____

Autonomia Instrumental

Usar o telefone (marcar nºs, atender): - Incapaz, não usa _____ Dependente de 3º _____
Meios _____ Independente _____

Fazer compras (todas as compras necessárias): - Incapaz, não faz _____ Dependente de 3º _____
Meios _____ Independente _____

Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se): - Incapaz, não faz _____ Dependente de 3º _____
Meios _____ Independente _____

Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza): - Incapaz, não faz _____ Dependente de 3º _____
_____ Meios _____ Independente _____

Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena): - Incapaz, não faz _____ Dependente de 3º _____
Meios _____ Independente _____

Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir): - Incapaz, não usa _____
Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos): - Incapaz, não toma _____

Dependente de 3º _____ Meios _____ Independente _____

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco): - Incapaz, não gere _____ Dependente de 3º

Meios _____ Independente _____

Autonomia Instrumental e meios para visão e audição: - Meios _____ Independente _____

Queixas emocionais

Triste / deprimido:

Queixas triste:

Nervoso / ansioso:

Queixas nervoso:

Outras Queixas Emocionais:

Queixas outras:

Estado cognitivo

Orientação no tempo - Assinalar (não sabe/não responde; Certo ou Errado)

Ano – Em que ano estamos?

Mês – Em que mês estamos? _____

Dias do mês – Quantos são hoje?

Dia da semana – Que dia da semana é

hoje? _____

Estação do ano – Em que estação do ano
estamos? _____

Orientação no Espaço - Assinalar (não sabe/não responde; Certo ou Errado)

País – Como se chama o nosso país? _____

Distrito – Em que distrito vive? _____ Terra – Em que terra vive? _____

Casa – Como se chama esta casa? _____ Andar – Em que andar estamos?

Estado social

Estado Civil:

Nº coabitantes:

Tempo em que está só nas 24h: a) menos de 8 horas

b) Mais de 8 horas

Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais): Sim _____ Não _____

Escolaridade:

Profissão:

Nº de Refeições /dia:

Peq. Almoço

Meio Manhã

Almoço

Lanche

Jantar

Ceia

Outra

O Enfermeiro:

Data:

NOTAS DE ENFERMAGEM:

Notas enfermagem

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM

Risco de aspiração	Risco de desidratação
Risco de obstipação	Risco de ulcera pressão
Risco de maceração	Risco de queda
Risco de rigidez articular	Confusão
Comunicação alterada	Adesão ao regime terapêutico não demonstrada
Outros	Stress do prestador de cuidados

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Aspirar secreções	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo
Executar tratamento ao estoma	Executar tratamento a ferida traumática
Executar tratamento a ferida cirúrgica	Executar tratamento a úlcera de pressão
Estimular a pessoa para o auto-cuidado	Estimular a pessoa para adesão ao regime terapêutico
Trocar saco colostomia	Trocar saco drenagem de ferida
Trocar saco ileostomia	Trocar sonda nasogástrica
Trocar cânula de traqueostomia	Trocar saco de urina
Trocar cateter urinário	Trocar cateter venoso periférico
Trocar Fralda	

ENSINAR DOENTE/CUIDADOR SOBRE:

Execução de técnicas	Regime terapêutico
Auto-cuidados	Hábitos de risco

TERAPIA

Inaloterapia	Oxigenoterapia
--------------	----------------

Terapia com Dispositivos Auxiliares	Terapia com Fluidos ou Electrólitos
Terapia Intravenosa	Terapia Nutricional
DISPOSITIVO DE CORRECÇÃO	
Lentes de Contacto	Óculos
Membro Artificial	Prótese Dentária
DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO	
Aparelho Gessado	Barreira Limitadora
Grades da Cama	Tala
DISPOSITIVO DE MOBILIZAÇÃO	
Barra de Apoio	Dispositivo para Levante
Cadeira de Rodas	

O Enfermeiro:

Data:

AVALIAÇÃO MÉDICA:

ICD9 Diagnóstico Principal	
ICD9 Diagnóstico Secundário	
ICD9 Diagnóstico Secundário	
Situação clínica	
Objectivos Necessidades identificadas de cuidados médicos	

Terapêutica/ Dieta	
<i>O Médico:</i>	<i>Data:</i>

AVALIAÇÃO SOCIAL:

Agregado

Familiar:

Nome	Agregado Fiscal	Data Nascimento	Parentesco	Estado Civil	Situação Profissional	NISS NIF	Sistema de Protecção	Número Sistema de Protecção
Número de Elementos do Agregado Familiar:								

Com quem vive:

Em Família de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	Só	<input type="checkbox"/>
Sem Abrigo	<input type="checkbox"/>		
Em instituição, especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Em instituição	
Com família natural, especifique grau(s) de parentesco:	<input type="checkbox"/>	Descrição Com Família Natural	
Outra, especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Outra	

De quem recebe apoio:

Centro de dia	<input type="checkbox"/>	Ajuda domiciliária	<input type="checkbox"/>
Vizinhos	<input type="checkbox"/>	Empregada doméstica	<input type="checkbox"/>

Familiares, especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Familiares	<input type="text"/>
Técnicos de serviço social, especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Técnicos de Serviço Social	<input type="text"/>
Técnicos saúde, especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Técnicos saúde	<input type="text"/>
Outros especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Outros	<input type="text"/>

Que tipo de apoio recebe:

Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>
Higiene da casa	<input type="checkbox"/>	Higiene da roupa	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	Pecuniário	<input type="checkbox"/>
Ajudas técnicas, especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Ajudas técnicas	<input type="text"/>
Outros especifique:	<input type="checkbox"/>	Descrição Outros	<input type="text"/>

Meio de Pagamento de Rendimentos:

Transferência Bancária	<input type="checkbox"/>	Carta Cheque	<input type="checkbox"/>	Outra. Descrição	<input type="text"/>
------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------------	----------------------

Tipo de Rendimentos /

Prestações Sociais:

Trabalho	<input type="checkbox"/>	Subsídio Mensal Vitalício	<input type="checkbox"/>	Complemento Solidário para Idosos	<input type="checkbox"/>
Complemento por cônjuge a cargo	<input type="checkbox"/>	Complemento extraordinário de solidariedade	<input type="checkbox"/>	Outros. Descrição	<input type="text"/>

Pensão / Reforma - Especifique:

CNP	<input type="checkbox"/>	CGA	<input type="checkbox"/>	Outra. Descrição	<input type="text"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	------------------	----------------------

Substitutos dos rendimentos do Trabalho - Especifique:

Desemprego	<input type="checkbox"/>	Doença	<input type="checkbox"/>	Maternidade / Paternidade	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

Complemento por dependência - Especifique:

I Grau	<input type="checkbox"/>	II Grau	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------	----------------------

Documentos**Comprovativos para efeitos de cálculo da comparticipação:**

Cópia NISS	<input type="checkbox"/>	Cópias NIF do Agregado Fiscal	<input type="checkbox"/>	Declaração Composição Agregado Fiscal	<input type="checkbox"/>
Prova de Rendimentos	<input type="checkbox"/>	Nota liquidação IRS	<input type="checkbox"/>	Recibos	<input type="checkbox"/>

Apuramento Oficioso

Outra. Descrição

Situação

Habitacional:

Diagnóstico

Social:

Diligências já

efectuadas/em

curso:

Observações:

Identificação

do/a TSSS:

Se houver Risco de Úlcera de Pressão, preencher campo abaixo:

Risco de Ulcera de Pressão:

Percepção sensorial	1 – Completamente limitada 2 – Muito limitada 3 – Ligeiramente limitada 4 – Nenhuma limitação
Humidade	Pele constantemente húmida 2 – Pele muito húmida 3 - Pele ocasionalmente húmida 4 – Pele raramente húmida
Actividade	1- Acamado 2 – Sentado 3 – Anda ocasionalmente 4 – Anda frequentemente
Mobilidade	1 – Completamente imobilizado 2- Muito limitada 3 – Ligeiramente limitada 4 – nenhuma limitação
Nutrição	1 - Muito pobre 2 – Provavelmente Inadequada 3 – Adequada 4 - Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1 – Problema 2 – Problema potencial 3 – Nenhum problema
Risco	<input type="text"/>
Pontuação	<input type="text"/>

O Enfermeiro:

Data:

Se houver **Úlcera de Pressão**, preencher o campo abaixo **para cada úlcera individualmente**:

Assinalar somente 1 item.

CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

A - Localização:

<p>1 - Forma</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Irregular ▪ Linear / Alongada ▪ Redonda/ Oval ▪ Concavidade/ Barco ▪ Quadrangular/ Rectangular ▪ Borboleta ▪ Outras formas 	<p>8 – Tipo de exsudado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum ou hemático ▪ Sero-hemático: fluido, aquoso, vermelho/ rosa-pálido ▪ Seroso: fluido aquoso claro ▪ Purulento: fluido ou compacto, opaco, amarelo/amarelado-acastanhado ▪ Totalmente purulento: compacto, opaco, amarelo/ verde com odor
<p>2 - Tamanho</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ comp x larg < 4cm² ▪ comp x larg 4 – 16cm² ▪ comp x larg 16.1 cm² – 36cm² ▪ comp x larg 36,1cm² – 80cm² ▪ comp x larg > 80cm² 	<p>9 – Quantidade de exsudado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum ▪ Escasso ▪ Pouco ▪ Moderado ▪ Grande
<p>3 - Profundidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritema não franqueável em pele intacta ▪ Perda parcial da pele envolvendo a epiderme e/ ou derme ▪ Perda total da pele envolvendo dano ou necrose de tecido subcutâneo; pode estender-se até à fáscia subjacente, não ultrapassando ▪ Coberta com necrose ▪ Perda total da pele com destruição extensa, necrose tecidual, ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de apoio 	<p>10 – Cor de pele circundante da ferida</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rosa ou normal para o grupo étnico ▪ Vermelho brilhante e/ou branqueia ao toque ▪ Palidez branca ou cinzenta ou hipo pigmentado ▪ Vermelho escuro ou púrpura e/ ou branqueável ▪ Negra ou hiper pigmentado
<p>4 - Contornos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indistintos, difusos, nenhuns claramente distintos ▪ Distintos, contornos claramente visíveis, ligados, contínuos ao leito da ferida ▪ Bem definidos, não ligados ao leito da ferida ▪ Bem definidos, não ligados ao leito da ferida, encovados, espessos ▪ Bem definidos, fibróticos, com crosta ou hiperqueratose 	<p>11 – Enduração tecidual periférica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Firmeza mínima à volta da ferida ▪ Enduração < 2cm à volta da ferida ▪ Enduração 2 – 4 estendendo-se a < 50% à volta da ferida ▪ Enduração 2 – 4 estendendo-se a » 50% à volta da ferida ▪ Enduração > 4 cm em qualquer área
<p>5 - Loca</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Loca < 2cm em qualquer área ▪ Loca 2 – 4 cm envolvendo <50% das margens da ferida ▪ Loca 2 – 4 cm envolvendo > 50% das margens da ferida 	<p>12 – Edema do tecido periférico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema mínimo à volta da ferida ▪ Edema estende-se < 4cm à volta da ferida (sem godé) ▪ Edema estende-se » 4cm à volta da ferida (sem godé)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loca > 4 cm ou qualquer área ▪ Loca e/ou formação de caminho sinuoso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema estende-se < 4cm à volta da ferida (com godé positivo) ▪ Crepitação e/ ou edema estende-se » 4cm (com godé positivo)
<p>6 – Tipo de tecido necrótico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum visível ▪ Tecido não viável, branco/ cinzento e/ ou tecido desvitalizado, amarelado não aderente ▪ Tecido desvitalizado amarelado pouco aderente ▪ Aderente, mole, necrose negra ▪ Firmemente aderente, espesso, necrose negra 	<p>13 – Tecido de granulação</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pele intacta ou ferida cm destruição parcial das camadas da pele ▪ Brilhante, vermelho sangrante: 75- 100% de ferida preenchido e/ ou hiper granulação tecidular ▪ Brilhante, vermelho sangrante < 75 e > 25% da ferida preenchida ▪ Cor de rosa e/ ou cinzento, vermelho baço e /ou preenche « 25% da ferida ▪ Ausência de tecido de granulação
<p>7 – Quantidade de tecido necrótico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum visível ▪ < 25% do leito da ferida coberto ▪ 20 – 50% de ferida coberto ▪ >20 e < 75% de ferida coberta ▪ >75 - 100% de ferida coberta 	<p>14 – Epitelização</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% da ferida coberta, superfície ▪ 75% a < 100% da ferida coberta a » 0,5 cm no leito da ferida ▪ 50% a < 75% da ferida coberta a < 0,5 cm no leito da ferida ▪ 25% a < 50% da ferida coberta ▪ < 25% de ferida coberta

O Enfermeiro:

Data:

Se houver Diabetes, preencher campo abaixo

Avaliação

Tipo	Avaliação
Avaliação	Responder Sim ou Não
Tensão Arterial _____ / _____	Insulina
Glicémia _____	Anti-diabético Oral
Creatinina _____	Terapêutica TA
Hemoglobina Glicosilada _____	Dificuldades na Visão
Feridas	Úlceras
Localização das Feridas _____	Neuropática
	Isquémica
	Decúbito

Se houver risco de Diabetes, preencher o campo abaixo

Avaliação/Risco de Diabetes:

Tipo	Risco
1. Idade	
2. Índice de Massa Corporal	
3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)	
4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?	

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicamentos para a Hipertensão Arterial?

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

Se assinalar **Risco de Queda** preencher os campos:

Risco de Queda

Antecedentes – Sim ___ Não ___

Diagnóstico secundário - Sim ___ Não ___

Apoio p/ deambular – Assinalar só uma hipótese (Um círculo à volta do nº ou sublinhar)

1 - Apoia-se na mobília **2** – Canadianas/bengala/Andarilho **3** – Nenhum/Apoiado/Acamado

Medicação e/ou Heparina Intravenosa - Sim ___ Não ___

Marcha – Assinalar só uma hipótese

1 - Normal/acamado/cadeira de Rodas **2** – Desequilíbrio Fácil **3** – Défice na marcha

Estado Mental: – Assinalar só uma hipótese

1 - Consciente das suas limitações **2** – Não consciente das suas limitações

REFERENCIAÇÃO PARA A UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DA REDE
NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Diagnóstico principal:

<p>Metastização:</p> <p>Não aplicável <input type="checkbox"/></p> <p>Localmente avançado <input type="checkbox"/></p> <p>Cerebral <input type="checkbox"/></p> <p>Hepática <input type="checkbox"/></p> <p>Pulmonar <input type="checkbox"/></p> <p>Óssea <input type="checkbox"/></p> <p>Peritoneal <input type="checkbox"/></p> <p>Outra _____</p>	<p>Comorbilidade:</p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>Hipertensão <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia/convulsões <input type="checkbox"/></p> <p>AVC <input type="checkbox"/></p> <p>Doença cardíaca _____</p> <p>Doença pulmonar _____</p> <p>Doença gastrointestinal _____</p> <p>Doença psiquiátrica _____</p> <p>Alergias _____</p> <p>Outra _____</p>
<p>Motivo da referencia para cuidados paliativos (um ou vários)</p> <p>Dor <input type="checkbox"/> Outros sintomas não controlados:</p> <p>Dispneia <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Delirium <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Oclusão intestinal <input type="checkbox"/> Outros motivos considerados pertinentes:</p> <p>Sufrimento psicológico <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>O doente tem conhecimento do diagnóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O doente tem conhecimento do prognóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O(s) cuidador(es) do doente tem conhecimento do diagnóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O(s) cuidador(es) do doente tem conhecimento do diagnóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>Observações:</p> 	

Data / /

Assinatura _____

Anexo V- Consentimento Informado



Handwritten initials or mark.

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

De forma livre e esclarecida e para os devidos efeitos,

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

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

Motivos _____

_____ de _____ de 20__.

O Utente ⁽¹⁾

O Representante do Utente ⁽²⁾

O Profissional _____ (identificar entidade) ⁽³⁾

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

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

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