

**O efeito da referenciação de utentes para a Rede  
Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a  
demora média dos internamentos no Centro Hospitalar  
do Porto**

Por

Leonardo Gonçalo Oliveira Ferreira

**Tese de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços  
de Saúde**

Orientado por:

Professor Doutor Álvaro Santos Almeida

2012

***O conhecimento torna a alma jovem e  
diminui a amargura da velhice.  
Colhe, pois, a sabedoria.  
Armazena suavidade para o amanhã.***

*Leonardo Da Vinci*

**Leonardo Gonçalo Oliveira Ferreira**, nasceu em Fornos, freguesia de Marco de Canaveses em 18 de Novembro de 1986.

No ano de 2004 ingressou na Escola Superior de Enfermagem São João, atual Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde terminou a Licenciatura em Enfermagem em 2008, com a média final de 16 valores, englobado na classe A da Escala Europeia de Comparabilidade de Classificações, correspondente a 10% dos alunos com melhor aproveitamento académico.

Em Outubro de 2008 iniciou a sua atividade profissional no Centro Hospitalar do Porto E.P.E., onde exerce funções como Enfermeiro na Unidade B do Serviço de Medicina. Conjuntamente à prestação de cuidados de saúde, desde Julho de 2011 integra o Grupo de Estudos em Insuficiência Cardíaca da instituição, onde coordena a equipa de Enfermagem.

## AGRADECIMENTOS

Principio uma exposição que *à priori* antevejo incompleta e ingrata, dada a imensidão de amigos, familiares, mentores e profissionais que possibilitaram a presente realização e que invariavelmente possam ficar sonogados.

Ao Professor Dr.º Álvaro Almeida louvo uma assertividade e um *Know-How* ímpares, personificados num profissional e orientador distinto. Agradeço toda a sua dedicação, compreensão e disponibilidade que me permitiram compreender o desígnio e delinear a jornada.

À estrutura da Administração Regional de Saúde do Norte e Equipa de Coordenação Regional da RNCCI, nomeadamente à Enf.<sup>a</sup> Manuela Torres e Enf.<sup>a</sup> Paula Duarte, louvo o apoio e espírito científico que viabilizaram a provisão de dados vitais ao estudo.

Ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, Dr. Fernando José Montenegro Sollari Allegro agradeço o seu deferimento quanto à utilização dos dados estatísticos relativos à instituição e o voto de confiança transmitido.

À generalidade da estrutura do Serviço de Informação de Gestão, Departamento de Ensino, Formação e Investigação e Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar do Porto EPE, não podendo cair no descrédito os sinceros enaltecimentos a profissionais exímios, Dra. Mónica Carvalho, Dra. Susana Ferreira, Dra. Laurinda Lapa e Dra. Raquel Miranda, pela plena e notável dedicação, trabalho, disponibilidade e alinhamento com as minhas preces.

À equipa multidisciplinar da unidade B do serviço de Medicina do Centro Hospitalar do Porto, perpétuos colegas e amigos, exaltando o papel de todos nesta senda. Um reconhecido agradecimento à Enf.<sup>a</sup> Rosa Azevedo e Dra. Mónica Rangel pela suprema perseverança e apego direcionados ao projeto.

Aos meus soberbos amigos agradeço todo o enfâse, ânimo e compreensão que me dedicaram.

Aos colegas de Mestrado, pelo permanente companheirismo, solidariedade, incentivo e dinamismo intelectual, em especial ao Delfim, à Cecília e à Andreia.

Ao Mestre Nuno Abreu, meu eterno amigo e conselheiro, louvo as suas singulares capacidades, o permanente intento de escuta ativa perante o vórtice de ideias, objetivos, trilhos e desafios que emanavam numa mente em permanente busca de moratória. O meu sincero e pleno muito obrigado a ti, à Mafalda e Leonor, novas aglutinações familiares que tanto estimo.

Por fim, e porque os últimos são sempre os primeiros, à minha imperecível família, à minha família “adotiva” e sobretudo ao meu avô Manuel e às três mulheres da minha vida, a minha avó, Cândida, a minha mãe, Júlia e a minha amada, Catarina, desprovidos serão os atributos para descrever tudo o que glorifico em vós, toda a dívida por todas as dádivas que jamais desvanecerá da minha existência, a vós sobretudo vos peço desculpa pela menor assiduidade na vossa presença, pois todo o remanescente vos destinarei futuramente.

*A todos vós, obrigado por tudo!*

## RESUMO

O envelhecimento constitui para as sociedades mais desenvolvidas uma questão cada vez mais decisiva, assumindo reflexos e implicações sobre as respostas sociais e de saúde dirigidas ao cidadão idoso. O modelo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, implementado em 2006, surge como a operacionalização em Portugal de uma resposta articulada, intersectorial e de cariz holístico face às profundas necessidades de saúde e apoio social prevalentes numa sociedade envelhecida. A implementação deste modelo veicula um aumento da oferta disponível no âmbito do sistema de saúde e de solidariedade social, definindo estrategicamente uma agilização nos processos de alta de utentes e uma diminuição no tempo de internamento e nos custos dos hospitais de agudos.

A presente investigação tem como objetivo principal estudar o efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos do Centro Hospitalar do Porto.

O estudo de natureza quantitativa recorre a uma análise econométrica com base num Modelo de Regressão Linear Múltipla, estudando o efeito das variáveis idade, sexo, complexidade patológica, referenciação e alta para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre o tempo de internamento por episódio no período de 2010 e 2011. Paralelamente investigam-se discrepâncias ao nível das variáveis, entre utentes referenciados e não referenciados, bem como, a mediana do número de dias das etapas do circuito de referenciação no âmbito da instituição.

Os resultados evidenciam que a referenciação e a alta de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados acarretam um aumento do tempo de internamento e dos custos associados no Centro Hospitalar do Porto. As etapas do circuito de referenciação intrínsecas à instituição apresentam uma mediana de número de dias substancialmente superior à mediana regional, podendo justificar parte do acréscimo verificado no tempo de internamento.

**Palavras chave:** envelhecimento, cuidados continuados, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e tempo de internamento

## **ABSTRACT**

Aging is one of the most important concerns in most current modern societies, comprehending effects and implications amongst social and health answers to the senior citizen. The National Network for Integrated Continuous Care model implemented in 2006 in Portugal demonstrates an intersectoral, holistic and articulated answer towards current health necessities and social care which are very demanding on an aged society. Implementing this model allows for an increase on the available health system and social solidarity supply, with a streamlining strategic in the processes of discharging patients and a decrease in length of hospitalization and costs in acute hospitals.

The primary goal of this investigation is to study the effect of patient referral to National Network for Integrated Continuous Care over the average length of hospitalization in Oporto Hospital Center.

This quantitative study relies on an econometric analysis based on a Multiple Linear Regression Model, studying the effect of regressors such as age, sex, pathological complexity, referral and discharge to National Network for Integrated Continuous Care over the length of hospitalization per episode in the period of 2010 and 2011. Simultaneously, discrepancies concerning the variables between referred patients and non-referred patients as well as the median of the number of days of the stages that constitute the referral circuit in the range of institution are analyzed throughout this study.

Finally, the research outcome demonstrates that patient referral and discharge to National Network for Integrated Continuous Care results in an increase on length of hospitalization and each associated costs. The referral circuit stages intrinsic to Oporto Hospital Center present a median of the number of days substantially larger than the regional one, which therefore could explain part of the increase in length of hospital.

**Key-words:** aging, continuing care, National Network for Integrated Continuous Care, length of hospital

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Cuidados continuados em Portugal.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados .....</b>	<b>12</b>
2.2.1. Objetivos da RNCCI.....	14
2.2.2. Modelo de coordenação da RNCCI.....	15
2.2.3. Financiamento da RNCCI.....	16
2.2.4. Constituição da RNCCI .....	18
2.2.5. Circuito de utentes na RNCCI .....	21
2.2.6. Intervalos temporais do circuito de referência na RNCCI .....	22
<b>2.3. Os Grupos de Diagnóstico Homogéneo como método de financiamento dos hospitais .....</b>	<b>27</b>
2.3.1. Princípios na definição e utilização dos GDH .....	29
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1. Objetivos do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Plano de investigação .....</b>	<b>33</b>
<b>3.3. Amostra do estudo .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4. Hipóteses do estudo .....</b>	<b>34</b>
<b>3.5. Caracterização das variáveis do estudo .....</b>	<b>34</b>
<b>3.6. Métodos de recolha e tratamento dos dados.....</b>	<b>35</b>
3.6.1. Modelo de Regressão Linear Múltipla.....	38
<b>4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1. Caracterização da amostra .....</b>	<b>39</b>
4.1.1. Perfil sociodemográfico dos utentes .....	40
4.1.2. Complexidade dos cuidados prestados .....	42
<b>4.2. Destino dos utentes referenciados para a RNCCI.....</b>	<b>42</b>
<b>4.3. Mediana do número de dias das etapas do circuito de referência no CHP .....</b>	<b>44</b>
<b>4.4. Demora média dos internamentos da amostra.....</b>	<b>46</b>

<b>4.5. Resultados do Modelo de Regressão Linear Múltipla .....</b>	<b>47</b>
4.5.1. Teste aos pressupostos do MRLM .....	49
4.5.2. Análise dos resultados do MRLM .....	53
4.5.3. Interpretação estatística e económica dos resultados do MRLM .....	55
<b>4.6. Custo associado ao aumento na demora média dos internamentos dos     utentes referenciados para a RNCCI .....</b>	<b>56</b>
<b>4.7. Síntese e discussão dos resultados .....</b>	<b>57</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>62</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>69</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Distribuição da amostra por Distrito

**ANEXO II** - Distribuição da amostra por Concelhos mais representativos

**ANEXO III** - Grupos de Diagnóstico Homogéneo mais representativos na amostra

**ANEXO IV** - Proveniência dos utentes referenciados para a RNCCI por unidades de internamento do CHP

**ANEXO V** - Resultados do MRLM com base no *software* Eviews 7.0

**ANEXO VI** - Testes de significância dos coeficientes individuais do MRLM

**ANEXO VII** - Formulários de colheita de dados

**ANEXO VIII** - Deliberação institucional para a realização do estudo - CHP

**ANEXO IX** - Deliberação institucional para provisão dos dados ARS Norte

## ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

### FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Processo adotado na colheita de dados .....	<b>36</b>
<b>Figura 2:</b> Distribuição por sexo da amostra .....	<b>41</b>
<b>Figura 2:</b> Distribuição de utentes referenciados com alta para a RNCCI .....	<b>42</b>
<b>Figura 4:</b> Percurso adotado na formulação e análise do MRLM .....	<b>48</b>
<b>Figura 5:</b> Histograma dos resíduos do MRLM .....	<b>50</b>

### GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Mediana do número de dias entre a data de internamento hospitalar e a sinalização à EGA .....	<b>23</b>
<b>Gráfico 2:</b> Mediana do número de dias entre data de sinalização à EGA e a data prevista de alta .....	<b>24</b>
<b>Gráfico 3:</b> Mediana do número de dias entre a data de sinalização e a referenciação à EGA .....	<b>25</b>
<b>Gráfico 4:</b> Mediana do número de dias das etapas do circuito de referenciação .....	<b>44</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Mediana do número de dias de avaliação das propostas pelas ECL .....	<b>26</b>
<b>Tabela 2:</b> Mediana do número de dias para a identificação de vaga pelas ECL .....	<b>27</b>
<b>Tabela 3:</b> Constituição da amostra (utentes) .....	<b>39</b>
<b>Tabela 4:</b> Distribuição de idade da amostra (anos) .....	<b>40</b>
<b>Tabela 5:</b> Distribuição de idade dos utentes referenciados para a RNCCI (anos) .....	<b>40</b>
<b>Tabela 6:</b> Distribuição de idade dos utentes não referenciados para a RNCCI (anos) .....	<b>40</b>
<b>Tabela 7:</b> Peso relativo da amostra .....	<b>41</b>
<b>Tabela 8:</b> Tempo de internamento da amostra (dias) .....	<b>46</b>
<b>Tabela 9:</b> Resultados do Modelo de Regressão Linear Múltipla com base no Software Eviews 7.0 .....	<b>49</b>
<b>Tabela 10:</b> Resultados do Modelo de Regressão Linear Múltipla com base no Software Eviews 7.0 com correção da heterocedasticidade ( <i>White heteroskedasticity- consistent standard erros &amp; covariance</i> ) .....	<b>53</b>
<b>Tabela 11:</b> Custo médio unitário por dia de internamento no CHP (Euros) .....	<b>57</b>

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde

**ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde

**ARS** - Administração Regional de Saúde I.P.

**CHP** - Centro Hospitalar do Porto EPE

**DRG** - Diagnosis Related Groups

**EC** - Comissão Europeia

**EC CI** - Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados

**ECL** - Equipa de Coordenação Local

**ECR** - Equipa de Coordenação Regional

**ECSCP** - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

**EGA** - Equipa de Gestão de Altas

**EUA**- Estados Unidos da América

**GCD**- Grandes Categorias de Diagnóstico

**GDH**- Grupo de Diagnóstico Homogéneo

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MQO** - Mínimo Quadrados Ordinários

**MRLM** - Modelo de Regressão Linear Múltipla

**MS** - Ministério da Saúde

**MTSS** - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

**OECD** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**ONG** - Organização Não Governamental

**PIB** - Produto Interno Bruto

**R<sup>2</sup>** - Coeficiente de Determinação

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SCML** - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**UC** - Unidades de Convalescença

**UCP** - Unidades de Cuidados Paliativos

**UE** - União Europeia

**ULDM** - Unidades de Longa Duração e Manutenção

**UMCCI** - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

**UMDR** - Unidades de Média Duração e Reabilitação

**WHO** - Organização Mundial da Saúde

# 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da presente dissertação de mestrado subordinada ao tema “Efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto” emerge no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Em Portugal verifica-se, como na generalidade dos países intitulados como desenvolvidos, um progressivo processo de envelhecimento populacional, consequência do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa natalidade. Este efeito *double ageing* sustenta o contínuo aumento da relação de pessoas idosas no total da população.

A proporção de população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, aumentando para 17,9% em 2009, prevendo-se que em 2050 esta faixa etária da população represente cerca de 32,0% do total dos efetivos populacionais, em termos absolutos, cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2005,2009). Segundo o Eurostat (2002), Portugal será o 4º país da União Europeia (UE) a 25 com maior percentagem de idosos, só suplantado pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%).

Este aumento na proporção de pessoas idosas nas populações está invariavelmente associado ao aumento do número de cidadãos com doenças crónicas indutoras de morbilidades e à redução da autonomia física e funcional. Com base no estudo realizado pela CEQUAL *et al* (2004), estima-se que mais de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos sofra de algum tipo de incapacidade, sendo que relativamente a indivíduos com idade inferior a 65 anos esta percentagem não atinge os 5%. Neste seguimento, acredita-se que cerca de um terço dos idosos com 65 ou mais anos precise de ajuda para realizar as suas atividades de vida diária e calcula-se portanto, que existam cerca de 600.000 idosos em Portugal com algum nível de dependência. A OECD (2005) coloca Portugal como o 6º país dos integrantes como maior índice de dependência dos idosos.

Surgem ainda mudanças nos modelos sociais, nomeadamente no tamanho e papel da família e nos padrões residenciais, bem como, uma crescente participação

feminina no mercado de trabalho formal. Tais mudanças são suscetíveis de conduzir a um declínio na disponibilidade de cuidadores informais e ao agravamento das insuficiências dos sistemas de solidariedade social e de saúde, ao nível da adequação dos cuidados necessários perante as situações de dependência numa sociedade em mudança.

Com efeito, o que seria à partida simplesmente um atributo demográfico, transformou-se num problema de economia e de organização social, na medida em que despoleta pressões ascendentes sobre o desempenho e qualidade dos serviços aos cidadãos idosos, no respeito com as opções relacionadas com a sua qualidade de vida e seus direitos, e no reconhecimento dos adequados modelos de envelhecimento e estilos de vida. As consequências de um envelhecimento bem sucedido constituem por isso, grandes oportunidades e desafios para uma sociedade que se move assente nos valores essenciais da vida. O aumento na esperança média de vida deve ser acompanhado por um aumento proporcional em anos de vida saudável, exigindo respostas adequadas por parte dos sistemas de saúde e de solidariedade social.

O desenvolvimento dos cuidados continuados vem sendo uma realidade internacional desde há vários anos e tem princípios comuns, tais como, a necessidade de melhoria dos cuidados de cariz continuado a pessoas frágeis, a reabilitação funcional após episódio de doença aguda e a diminuição de internamentos desnecessários em hospitais de agudos (Nogueira et al, 2010b). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada em 2006, constitui-se como o modelo organizativo e funcional de âmbito nacional para o desenvolvimento progressivo desse conjunto de serviços no domínio da saúde e da solidariedade social. Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que criou a RNCCI, os cuidados continuados integrados são definidos como *um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social* (p.3857). De acordo com o supracitado decreto, esta o modelo de intervenção da RNCCI não se centra na cura, em cuidados agudos, prolongando-se para o contexto que lhe sucede, em que a incapacidade e a dependência podem emergir, sendo urgente o implementar de

um processo de recuperação o mais precocemente possível. Por este facto, a Rede cimentou-se nos novos paradigmas da recuperação global e manutenção das faculdades globais. De acordo com Campos (2009) a conceção e desenvolvimento da RNCCI foi uma das mais importantes reformas desde a criação do sistema de saúde nos moldes do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Contudo, as motivações para o investimento neste novo espectro de cuidados são bem mais abrangentes que os fatores sociodemográficos e as necessidades decorrentes, tendo a sua índole em pressões para melhorar a efetividade das respostas dos cuidados agudos hospitalares, para reduzir as taxas de crescimento da despesa nos sistemas de saúde, promover o aumento da oferta disponível com o conseqüente reforço da liberdade de escolha para o cidadão e ainda a existência de tecnologias que facilitem a integração de processos nos diversos níveis de cuidados (Gonçalves, 2010).

Com a criação da RNCCI pretende-se contribuir para a eficiência dos gastos em saúde, procurando encontrar soluções menos dispendiosas que as praticadas atualmente, nomeadamente na convalescença, limitando o tempo de estadia em unidades hospitalares (Tribunal de Contas, 2009). Neste seguimento, e como explicitado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2009), a constituição da RNCCI norteou os seguintes objetivos estratégicos:

- Diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos;
- Diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares;
- Redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência;
- Redução dos custos das unidades hospitalares de agudos.

È inequívoco o mediatismo da RNCCI no setor da saúde, contudo escasseiam abordagens aos ditames económicos e sua relação com os hospitais do SNS, subvalorizando o papel fulcral que esta poderá assumir na promoção da sustentabilidade de um sistema de saúde imperiosamente direcionado para a prestação de cuidados a uma população mais envelhecida. A destacar o estudo realizado por Gonçalves (2010), onde a autora com base nos indicadores de qualidade e eficiência dos contratos programa de 2008 e 2009, mais especificamente a “Taxa de Referenciação”, investigou a relação entre a mesma taxa e a demora média dos internamentos em 2008 e primeiro semestre

de 2009 nos hospitais que contratualizaram tal indicador. Não obstante a impossibilidade de verificar uma correlação entre os supracitados indicadores, o estudo despontou a relevância de tal relação no mercado da saúde em Portugal.

Pelo exposto, assumimos como primordial investigar a influência da referenciação de utentes para RNCCI sobre a mediática sustentabilidade do SNS e mais especificamente sobre a demora média dos internamentos dos hospitais, foco do presente trabalho.

Acreditamos que a globalidade da análise facilitará o empreendimento de melhorias na governação clínica das instituições de saúde, na estrutura e dinâmica da RNCCI, bem como o desenvolvimento de estudos que suportem decisão de financiamento em saúde. A especificidade do estudo reside na investigação das sinergias existentes no setor, facultando inferências dinamizadoras de políticas de saúde, contextualizadas, de igual modo, à ética social e ética económica.

No que concerne à estrutura do presente trabalho de investigação, este encontra-se organizado cinco capítulos. O segundo capítulo desenvolve a revisão bibliográfica inerente à temática em estudo, descrevendo a contexto e políticas de âmbito internacional no domínio dos cuidados continuados, as carências e metamorfoses prevalentes no contexto Português enquanto impulsionadoras de uma nova resposta, sendo ainda abordado, o modelo subjacente à RNCCI e o financiamento hospitalar com base nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). O terceiro capítulo plasma a generalidade do método de investigação implementado, definindo-se o tipo de estudo, os objetivos e hipóteses de investigação, as variáveis, a população e amostra, bem como, os processos de colheita e tratamento dos dados. Posteriormente, o quarto capítulo inclui a apresentação e análise dos resultados do estudo, agrupando-os com base nos objetivos e métodos de tratamento. Por último, no capítulo cinco procede-se à conclusão do trabalho de investigação e à exposição de algumas limitações, sugestões e perspectivas de investigação futura.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Perante as profundas mutações que caracterizam as sociedades contemporâneas parece verosímil afirmar que estas nunca antes no passado encontraram tantos pontos de convergência ao nível do perfil sociodemográfico. Esta similitude é verificável ao nível dos desafios que se colocam para fazer face a tais mutações, sendo o efeito de contágio entre as sociedades uma premissa validada. Assim, o notório e explicitado envelhecimento das populações, as mudanças no perfil de patologias, os atuais modelos de organização familiar, a inovação tecnológica, as situações de dependência e fragilidade dos idosos invocam também questões que se prendem com a organização das respostas sociais dirigidas ao cidadão idoso.

Um estudo realizado pela Comissão Europeia (EC, 2007), englobando habitantes da Europa a 27, afigura as necessidades de cuidados /apoio social das populações. Na amostra de participantes, 6% manifestou a necessidade de apoio nas suas atividades de vida diária, 15% indicou que um dos seus pais ou outro parente/ amigo (13%) possuía este tipo de carências, enquanto em 4% dos casos a pessoa dependente era parceiro do inquirido.

Neste seguimento são necessárias novas respostas, direcionadas para colmatar o hiato existente entre os cuidados hospitalares e o domicílio, na assistência a idosos em situação de particular vulnerabilidade e com limitações de índole física, funcional e/ou instrumental. A forma como as sociedades abordam esta carência e a subjacente questão dos cuidados de cariz continuado, está ligada a normas éticas, morais e sociais, a políticas governamentais e outras circunstâncias específicas do país (OECD, 2011b; WHO, 2002, 2003).

Uma das tipologias de cuidados com maior prevalência nos países europeus e da OECD é conhecida como *Long-term-care*, que segundo a OECD (2005; 2011b) caracteriza-se por incluir uma gama variada de serviços para pessoas dependentes, quer de saúde, quer sociais, vocacionados para o apoio nas atividades de vida diária por um longo período de tempo e para os três níveis de cuidados: prevenção, tratamento e reabilitação.

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO) que atenta a tal problemática lançou o *Lessons for Long-term care policy* em 2002, *Long-term care* inclui atividades

dirigidas a pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, prestadas por cuidadores informais, por cuidadores formais, incluindo profissionais reconhecidos e paraprofissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas e ainda por cuidadores voluntários.

Como as próprias designações transparecem, são cuidados normalmente de longo prazo e podem ser prestados por familiares ou amigos, bem como por diferentes organizações públicas e privadas, independentemente da orientação das mesmas para o lucro. As paridades entre as duas definições são inequívocas, contudo, para a WHO, *Long-term care* não abrange a globalidade dos domínios de prevenção, tratamento da doença crónica ou reabilitação, invocados na definição da OECD, questões com um grandioso ênfase nas abordagens contemporâneas, o que pode deixar transparecer as recentes alterações nos paradigmas, impostas por carências emergentes.

Internacionalmente surge outro modelo, que tem vindo a ser utilizado para inteirar serviços nesta área de atividade, o *Intermediate care*, que é entendido como uma tipologia de cuidados que se situa entre a prestação hospitalar e os cuidados que são prestados nos cuidados de saúde primários. Substanciando, dirigem-se a utentes com necessidades que não carecem dos recursos existentes nos hospitais de agudos, mas que não apresentam solução integral nos serviços tradicionalmente disponíveis nos cuidados primários.

Por ultimo, e com prevalência mais recente no setor da saúde, surge o conceito de *continuing care*, que engloba as supracitadas respostas, caracterizando-se por uma abordagem de cariz holístico, integrando ações quer no âmbito do setor da saúde, quer sociais. Tem como objetivo a promoção da recuperação da funcionalidade e a continuidade de cuidados através um plano individual terapêutico de reabilitação global, promoção da autonomia e apoio continuado, seja após um período de doença aguda ou em resultado de uma agudização patologia crónica, integrando para tal, cuidados institucionais e serviços de apoio domiciliário (Gonçalves, 2010; OECD, 2005;).

Múltiplas são as apreciações acerca dos cuidados continuados ou de longa duração, grande parte defende que a prestação de cuidados desta índole faz parte da esfera privada, onde a família e os amigos são os principais responsáveis pela prestação de cuidados não remunerados, enquanto outros consideram esta tipologia de cuidados

como uma responsabilidade coletiva. Invocando o estudo realizado pela EC (2007), três em cada dez europeus (30%) acreditam que a melhor opção para o idoso dependente é viver com um de seus filhos, 27% dos inquiridos acredita que o idoso deve ficar em casa e receber cuidados regulares por parte de um prestador público ou privado, ou por parte dos seus próprios descendentes (24%). No que concerne à realidade portuguesa, 44% dos inquiridos defende que o idoso dependente deveria viver com os filhos, 20% refere como preferencial o tratamento no domicílio por parte de um prestador público ou privado e 15% que sejam os filhos a cuidar dos pais no domicílio do próprio. A denotar a inequívoca a variabilidade de opiniões entre países, referindo-se contudo, o relativo consenso ao nível da rejeição dos lares de idosos como opção de primeira linha, sendo invocados insuficientes padrões de qualidade por 45% dos inquiridos.

Segundo a OECD(2011b) estas diferenças têm sérias implicações para o desenvolvimento de sistemas formais de cuidados, que podem diferir significativamente, mesmo em sociedades com perfis demográficos análogos e proporções de potenciais utilizadores similares.

A generalidade das entidades governamentais e não governamentais classificam a prestação de cuidados continuados em dois domínios: cuidados formais e cuidados informais. A WHO(2002) nomeia cada modelo de cuidados da seguinte forma:

- Os cuidados formais (cuidados pagos) podem ser organizados e financiados publicamente, sendo que, os serviços podem ser prestados por organizações governamentais, por organizações não-governamentais (ONG) locais, nacionais ou internacionais ou por organizações sem fins lucrativos. Os cuidados formais são normalmente fornecidos por profissionais reconhecidos, tais como enfermeiros, médicos e assistentes sociais e / ou paraprofissionais (prestadores de cuidados pessoais).
- Os cuidados informais abarcam cuidados prestados pelos membros da família nuclear ou alargada, vizinhos, amigos e voluntários independentes, bem como o trabalho voluntário disposto através de organizações, tais como grupos religiosos.

È manifesto que os sistemas formais de prestação de cuidados continuados são apenas uma ponta de um iceberg. Apesar das disparidades existentes entre países, que refletem diferenças políticas, crenças culturais e sociais, na generalidade dos países a

real necessidade de cuidados permanece obscura, na forma dos prestadores de cuidados informais, principalmente a família e amigos (OECD, 2011b; WHO, 2002, 2003). Dados da OECD (2011b), explicitam que um em cada cinco adultos com idade igual ou superior a 50 anos, que sofre de uma limitação nas atividades de vida diária recebe cuidados informais, duplicando a proporção no caso de pessoas com duas ou mais limitações. Neste sentido, a mesma entidade aclara que, mais de um em cada dez adultos acima de 50 anos presta cuidados pessoais (geralmente não remunerados) a pessoas com limitações funcionais. Os dados corroboram a relevância dos cuidadores informais na sustentabilidade dos serviços de cuidados continuados ou longa duração, sendo a sua verdadeira espinha dorsal.

Os decisores políticos começam a despertar para a importância de apoiar devidamente os cuidadores informais, reconhecendo-se como unânime que o apoio e acompanhamento destes cuidadores é uma solução ganha para a sociedade, onde todas as partes beneficiam: os utentes pois preferem ser assistidos por familiares e/ou amigos; os cuidadores que na prestação de cuidados, conotada pelo amor ou pelo sentimento de obrigação, suscetibilizam-se a consequências económicas, sociais e na própria condição de saúde; as finanças públicas pois os cuidadores informais podem ajudar a manter a rede de prestação, publicamente financiada ou organizada, acessível e a preços adequados (Le Bihan e Martin, 2010; OECD, 2011b).

Neste sentido, o valor económico imputável aos cuidados informais é significativamente superior ao dos cuidados formais. O domínio dos cuidados continuados apesar do recente crescimento, apresenta-se ainda, como pouco expressivo na economia da globalidade dos países face às reais necessidades atuais e futuras. Dados da OECD(2011b) relativos aos membros da comunidade, evidenciam que entre 1 e 2% do total da mão de obra encontra-se ligada à prestação de cuidados continuados, sendo que para muitos desses países, esta percentagem vai mais que duplicar até 2050. Já as despesas públicas e privadas com esta natureza de cuidados irão duplicar ou mesmo triplicar até 2050, comparativamente ao atual valor médio nos países da OECD, 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB).

No que concerne à utilização de serviços de cuidados continuados ou de longa duração, o estudo da OECD(2011) relativo a 23 países à data de 2008, não englobando a realidade Portuguesa, demonstra que em média 2,3% da população utiliza serviços de

cuidados formais, sendo que destes cerca de 70% dos utilizadores recebe este tipo de cuidados no domicílio.

A curto prazo será evidente o aumento na procura de cuidados continuados, sendo que a progressiva melhoria no nível de vida das sociedades eleva o grau de exigência das pessoas para com os sistemas de cuidados, nomeadamente ao nível da coordenação, qualidade, acessibilidade e orientação para o utente. Além disso, os países em vias de desenvolvimento debatem-se com aumentos significativos nas necessidades de cuidados continuados ou de longa duração, apresentando níveis de rendimento que são muito inferiores aos existentes no mundo industrializado aquando do brotar de idênticas necessidades (WHO,2003).

Reconhecendo-se o exacerbar de tais tendências, é relevante a necessidade de políticas bem coordenadas e eficientes direcionadas para o setor (WHO,2002). Nos últimos dez anos, novos programas no setor dos cuidados continuados ou de longa duração têm sido implementados em vários países, visando oferecer aos consumidores mais opções, bem como maior qualidade e controlo sobre os serviços. Um estudo levado a cabo pela OECD em 2009 e 2010 que inclui dados de 28 países, demonstrou que as principais prioridades políticas para os sistemas de cuidados continuados ou de longa duração convergem na sustentabilidade financeira, incentivo aos cuidados domiciliários e qualidade dos serviços prestados

Em virtude da variedade de grupos-alvo, de perfis de governação, de prestação e de coordenação dos serviços prestados, estes programas assumem-se muitas vezes como fragmentados e com reduzida interligação com o sistema de saúde.

## **2.1. Cuidados continuados em Portugal**

O SNS foi criado em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção de saúde, como um sistema universal, livre e gratuito, à data, no momento de utilização. O SNS veio garantir o acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, envolvendo cuidados integrados de saúde, como a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos utentes, bem como a reabilitação médica e social. Até então, a assistência em saúde competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais de Previdência.

Tradicionalmente a família assumiu a primeira linha de cuidados, particularmente em áreas rurais, mas o contexto mudou rapidamente. Como explicitado anteriormente Portugal assume-se como o quarto país da União Europeia com mais idosos e o sexto da OECD com maior índice de dependência de idosos. Acrescem em Portugal os problemas resultantes de um acelerado processo de desenvolvimento de novas formas de organização da família e de mudança do papel desta, em especial da mulher, na prestação de cuidados. Segundo a OECD (2011b) cerca de dois terços dos prestadores de cuidados são mulheres, maioritariamente ligadas aos cuidados de cariz informal. Neste seguimento, a taxa de atividade feminina em Portugal, 61,1%, superior à média da Europa dos 27, 58,2% (Eurostat, 2011), o aumento no número de divórcios, a redução no fosso existente ao nível da esperança média de vida entre géneros, inevitavelmente gerará um défice na disponibilidade de cuidadores informais.

Tais fatos associados à vulnerabilidade decorrente da solidão e condições financeiras dos idosos induzem situações de dependência económica e social interligada ao processo de substituição dos cuidadores informais por prestadores institucionais, organizados para prestar cuidados no domínio da saúde e do serviço social. O contexto assume-se inquietante, pois reduções significativas nos cuidados prestados pela família colocarão os sistemas públicos em sérias dificuldades financeiras, dada a afetação de humanos e financeiros com elevado valor social (OECD,2011b).

Portugal apresenta-se ainda, como um dos países com médias de duração de internamentos em Hospitais de agudos mais altas da UE, com cerca de 6,8 dias, bem como, uma taxa de ocupação de camas significativa, 72,6% (WHO- Regional Office for Europe, 2012). Segundo Gesaworld (2005), o número de altas hospitalares de utentes com idade igual ou superior a 65 anos em 2003, foi de 337.700, correspondendo a 32,3% do número total de altas. No seguimento do mesmo estudo, em altas com duração do internamento superior a 7, 20 e 30 dias, os utentes com mais de 65 anos representaram mais de metade dos episódios. Em relação aos reinternamentos, as pessoas idosas com 65 ou mais anos constituíam, aproximadamente, metade do total de reinternamentos entre 2000 e 2003.

Neste sentido,os modelos de organização tradicionais, assentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde diferenciados, estes últimos normalmente prestados em unidades hospitalares vocacionadas para a prestação de cuidados em

circunstâncias de doença aguda, não têm conseguido responder de forma contextualizada e articulada à procura crescente de uma população envelhecida e com perfis de necessidades muito específicos, inerentes à natureza cada vez mais complexa das patologias e respetiva transição epidemiológica.

Múltiplos “esboços” ao nível desta nova linha de cuidados foram delineados e implementados no final da década de 90 e essencialmente nos primórdios do século XXI, contudo todas as análises evidenciaram uma importante lacuna, relativamente as respostas a implementar face as necessidades atuais e futuras.

À data de 2008, Portugal assumia-se como o membro da OECD com menor alocação de recursos em cuidados de longa duração, apenas 0,1% do PIB, contrastando marcadamente com a média de 1,5% do PIB dos restantes 25 países, sendo este, um contexto problemático devido à presente contração do PIB, que conjuntamente com o exponencial envelhecimento da população explicita fortes carências do setor (OECD, 2011b). Um outro fator indutor de inquietações surge da elevada percentagem de pagamentos *out-of-pocket* nos cuidados domiciliários. Assumindo uma fatia considerável das despesas de domínio privado no setor da saúde em Portugal, cerca de 77,5%, bem superior á média Europeia, 69,6%, levantando sérias restrições ao nível do acesso a este tipo de cuidados (WHO- Regional Office for Europe, 2012).

Efetivamente, em Portugal tem havido um reduzido fornecimento por parte do Estado de serviços comunitários de saúde, incluindo cuidados de longa duração, centros de dia e apoio social para os doentes crónicos, idosos e outros grupos com necessidades especiais, um quadro com profundas raízes na história e no contexto sócio-cultural (Barros e Simões 2007). A prestação de alguns serviços desta índole tem cabido predominantemente às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), pelo que, o âmbito dos cuidados de longa duração foi destacado como uma das lacunas na cobertura do SNS(Santana, 2010).

A atenção a tais desígnios evidenciou-se através no Programa do XVII Governo Constitucional, que definiu como objetivo a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, e de políticas de segurança social, indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer e que permitissem: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no

desenvolvimento de cuidados de saúde de cariz continuado que garantam a qualidade, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas; ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade (UMCCI, 2009, Portugal.Ministério da Saúde- DGS, 2006). Visando a operacionalização de tais aspirações foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, no ano de 2005, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, apresentando como missão, a formulação de um modelo no domínio dos cuidados continuados integrados, destinados a pessoas em situação de dependência.

## **2.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Define-se globalmente como um modelo de intervenção integrado e articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, que é operacionalizado através de uma rede Nacional e intersetorial, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, da sociedade civil e do Estado como principal promotor e organizador.

O desenvolvimento da RNCCI apresenta-se como um processo reformador, que visa solucionar um défice, de longo prazo, ao nível dos cuidados de saúde e de suporte social em Portugal. O modelo em progresso, promove novas abordagens organizacionais, num planeamento integral e numa prática multidisciplinar, no intento da satisfação das necessidades dos cidadãos (UMCCI,2009; Guerreiro, 2009a).

Com a constituição da RNCCI criou-se um modelo de respostas diversificadas, com a participação de diferentes tipos de prestadores, através do desenvolvimento de um processo de contratação ao nível da prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, com falta ou perda de autonomia (UMCCI,2008). É constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os centros distritais e locais de segurança social, a rede

solidária e as autarquias locais, organizando-se a dois níveis, regional e local (Artigo 2.º do Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

O âmbito direciona-se para a prestação de cuidados a utentes em recuperação de uma condição de doença aguda com potencial de reabilitação e a situações crónicas que carecem de cuidados de longa duração técnica e humanamente adequados (Girão, Guerreiro *et al*,2010a). Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI focaliza a sua intervenção nas dimensões de nível intermédio e complementar de cuidados de saúde e de apoio social e entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, garantindo a continuidade dos cuidados, a recuperação funcional e a reinserção social. A sua conceção preconiza a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como charneira do sistema de Saúde, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades emergentes (UMCCI,2008;2009).

O traçado subjacente à RNCCI visa assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, contextualizados às efetivas necessidades dos seus potenciais beneficiários e suportados num sistema financeiramente sustentável. A este nível enaltece-se o propósito inerente ao seu desenho, direcionado para o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar as necessidades, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

O modelo proposto coloca o utente e os seus cuidadores no centro do processo de decisão, onde podem receber apoio e cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado, promovendo a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades.

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em três fases, num horizonte de 10 anos e com um ajuste progressivo tanto nos seus conteúdos, composição e instrumentos como na sua complexidade, abrangendo o período 2006 até 2016. Para cada fase estão planeadas metas em termos de oferta, sendo o seu desenvolvimento definido sob uma ótica territorial, onde o volume de unidades, equipas e a oferta de recursos da RNCCI é concretizado com base em critérios de cobertura populacional (UMCCI,2008; 2009).

Para implementar e coordenar a RNCCI foi criada a UMCCI, a qual assumia a articulação entre os diversos intervenientes e parceiros, bem como, a elaboração e proposta de planos e normas para desenvolvimento e melhoria do modelo.

### **2.2.1. Objetivos da RNCCI**

A RNCCI ostenta como objetivo geral, garantir a prestação de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem deste tipo de cuidados, contribuindo para a sua Recuperação, Reabilitação e Reintegração, princípio dos “3 R’s”. Desígnios operacionalizados através de um processo participado, abrangente e envolvente nas variadas dimensões do domínio biopsicossocial, constituindo-se o intitulado Plano Individual de Intervenção.

Tendo por referência o objetivo major enunciado para a RNCCI, a mesma propõe-se a alcançar os seguintes objetivos específicos (UMCCI, 2009; Artigo 4.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho):

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

### **2.2.2. Modelo de coordenação da RNCCI**

O modelo de gestão adotado para a RNCCI baseia-se nos princípios internacionais no domínio dos cuidados continuados integrados. Tais princípios assumem que, tanto a assistência social como a assistência em saúde constituem um *continuum* indissociável de cuidados. Deste modo, a rede estabelece ligações de cariz transversal e promove novas respostas para a multiplicidade de necessidades, com base em vários níveis de planeamento e coordenação.

O desenvolvimento da RNCCI preconizou o estabelecimento do três níveis de coordenação- central, regional e local, melhorando o controlo e equidade no acesso (Guerreiro, 2009b). A sua constituição intersetorial, assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação, incluindo-se na composição destas equipas elementos do setor da saúde e da segurança social

A coordenação da RNCCI a nível nacional foi definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) e do Ministério da Saúde (MS), e era desempenhada pela UMCCI, dado que formalmente a unidade de missão foi extinta, cujas funções fundamentais direcionavam-se para garantir e monitorizar o funcionamento da rede, de acordo com os princípios orientadores, e acompanhar a sua estratégia de operacionalização.

A nível regional, a coordenação fica ao cargo de cinco Equipas de Coordenação Regional (ECR), constituídas por representantes de cada Administração Regional de Saúde (ARS) e dos Centros Distritais de Segurança Social, segundo o que é definido pelo MTSS e MS. Estas equipas estabelecem a articulação com as equipas de coordenação a nível nacional e local, tendo como incumbências a nível regional, o planeamento, gestão, controlo e avaliação da rede, garantindo a equidade no acesso, qualidade e adequabilidade dos serviços prestados e a identificação das potenciais necessidades regionais.

No que respeita à coordenação a nível local, esta é assegurada por Equipas de Coordenação Local (ECL), 86 à data de 2011, constituídas por representantes da ARS e da segurança social, devendo sempre integrar esta equipa, um médico, um enfermeiro, e um assistente social. Estas equipas asseguram o acompanhamento e avaliação da rede a

nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e cuidados em íntima relação com os cuidados primários, no seu âmbito de referência.

O modelo de gestão vigente na RNCCI assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e os serviços e equipamentos do sistema de segurança social. Neste sentido, esta estrutura descentralizada visa uma articulação efetiva e eficiente entre os diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo flexibilidade, sequencialidade, acompanhamento e monitorização, antevendo-se que, do seu bom desempenho advenham superiores ganhos em saúde e em eficiência.

O desenho da estrutura fita o bom funcionamento do processo de gestão de utentes, promovendo um acesso equitativo, através de uma integração com os cuidados hospitalares e comunitários, facilitando referenciações precoces e uma monitorização contínua, tanto a nível local como regional, e desta feita, potencia a qualidade do atendimento prestado (Guerreiro, 2009b). No processo de operacionalização do modelo da RNCCI foram desenvolvidas ferramentas de gestão para apoiar a sua implementação e monitorização, permitindo o acompanhamento das atividades, da evolução dos serviços prestados, bem como principiar uma análise atenta dos resultados e do impacto da assistência prestada. Desde Janeiro de 2008 que a generalidade das referenciações para a rede e da atividade assistencial são registadas, geridas e monitorizadas, em tempo real, numa plataforma informática disponível na Web, o GestCare®.

### **2.2.3. Financiamento da RNCCI**

O programa piloto explícita que compete à Administração Central de Serviços de Saúde (ACSS) assumir todos os encargos orçamentais decorrentes das instalações e do funcionamento da UMCCI, bem como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através de receitas oriundas dos jogos sociais afetas aos projetos no domínio dos cuidados de saúde e de apoio às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência.

Os montantes totais dos resultados líquidos dos Jogos Sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) , são distribuídos segundo os critérios constantes do

Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março, por diferentes Ministérios, entre os quais o MS e o MTSS, sendo a afetação processada do seguinte modo:

- A parte das verbas atribuídas ao MS (16,6%), destinam-se a ações previstas no Plano Nacional de Saúde, nas quais se incluem os cuidados continuados;
- As verbas afetas ao MTSS (13,4%) destinam-se, entre outros, ao desenvolvimento de programas que visem elevar o nível de vida das pessoas idosas. O MTSS pode afetar até 11,7% das referidas verbas aos Cuidados Continuados.

A RNCCI dispõe de um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das suas condições de funcionamento. O financiamento pode incluir participações do MTSS, MS e dos utentes, assumindo-se como um modelo que aposta na diversificação das fontes de financiamento. Esta especificidade pode revelar-se marcante para a sustentabilidade da RNCCI, nomeadamente numa fase mais avançada de implementação do modelo, em que, as receitas líquidas oriundas dos jogos sociais possam vir a mostrar-se insuficientes para financiar a generalidade da atividade.

A repartição dos encargos pelos setores da saúde e da solidariedade social assenta no cariz dos cuidados prestados. Assim, quando estamos perante respostas integrantes das competências quer da saúde, quer do apoio social, há repartição dos encargos entre o MTSS e o MS, efetivando-se a comparticipação da segurança social ao nível dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social.

Neste sentido, cabe ao MS a responsabilidade de financiar as Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), bem como, as Equipas de Gestão de Altas (EGA), as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP), e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Por outro lado, as unidades de média duração e reabilitação, e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), ficam financeiramente sob alçada dos dois setores, consoante a natureza dos cuidados prestados.

Por último, uma parte dos encargos de atividade pode incidir sobre o utente. Pelo que o internamento em unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, em unidades de dia e promoção da autonomia bem como, a atividade das

ECCI são comparticipadas pelo utente, em função dos seus rendimentos ou dos rendimentos dos seu agregado familiar.

A contratualização com as entidades prestadoras de cuidados continuados em regime de internamento, preconiza o pagamento com base numa diária, fixada em portaria pelo MS e MTSS. Estão previstos preços diferentes de acordo com a tipologia de cuidados, tendo sido calculados com base numa estimativa dos custos a suportar pelas entidades prestadoras.

A implementação da RNCCI visa o estabelecimento de parcerias, cujo objetivo direciona-se para o aproveitamento e otimização dos meios, através da inclusão e diversificação de parceiros capacitados para a expansão da atividade da Rede. Neste seguimento, destaca-se o papel desempenhado pelo Programa Modelar no financiamento de entidades privadas sem fins lucrativos, possibilitando a aquisição de equipamentos, construção, remodelação e ampliação da capacidade de resposta da RNCCI, a fim de permitir respostas adequadas às necessidades de cuidados de saúde e apoio social, bem como, num segundo plano, mas igualmente relevante do ponto de vista económico e social, contribuir para a criação de emprego.

#### **2.2.4. Constituição da RNCCI**

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada no âmbito da RNCCI através de quatro tipos de respostas: internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, sendo que, cada tipologia tem funções diferentes, específicas e complementares. A estrutura em desenvolvimento visa maximizar os ganhos em saúde e otimizar a gestão de altas da rede nacional de hospitais de agudos.

Neste sentido, mostra-se fulcral descrever cada um dos níveis de intervenção, de forma a potenciar o conhecimento pleno acerca do modelo em análise.

Constituem unidades de internamento, as Unidade de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) , Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

As UC são unidades independentes ou integradas num hospital de agudos, têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável. Preceitua-se a

referenciação de pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico que não necessitem de cuidados em hospitais de agudos, que possuam um elevado potencial de reabilitação e uma previsibilidade de plano terapêutico com limite temporal até 30 dias consecutivos. Estas unidades contribuem para a gestão de altas hospitalares, evitando o prolongamento de internamentos nestas instituições e cumulativamente, otimizam o papel das UMDR e ULDM. Devido à especificidade dos cuidados prestados, cabe exclusivamente ao SNS a responsabilidade no pagamento dos serviços prestados.

As UMDR são unidades com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos, estando vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde, reabilitação, apoio psicossocial e promoção da autonomia. Visam responder a necessidades transitórias, decorrentes de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias. Estas unidades evitam estadas dispensáveis em hospitais de agudos, reduzindo paralelamente a procura e utilização das UC e ULDM. No domínio do financiamento, estas são financiadas de uma forma mista, pelo MS e MTSS, estando o setor da Saúde responsabilizado pelo pagamento de 70% do valor.

As ULDM são unidades de carácter temporário ou permanente com espaço físico próprio, tendo por finalidade proporcionar apoio social e cuidados de saúde, que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Propõem-se a assistir utentes com processos crónicos, que apresentem diferentes níveis de dependência e de complexidade clínica, que não possam, ou não devam ser cuidados no domicílio, cabendo ao MTSS, o pagamento de uma fatia de 80% pelos serviços prestados. Pretende-se com este tipo de unidades responder a necessidades sociais e de saúde, promovendo a manutenção de aptidões para o autocuidado, a autonomia e a satisfação de necessidades e expectativas sociais dos utentes.

As UCP são unidades com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, destinam-se a utentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo. Cabe ao MS a responsabilidade pela totalidade do pagamento.

Na conceção da Rede, estando contemplada a referida prestação de cuidados em regime de internamento, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do próprio contexto sócio familiar, prioriza-se a prestação no contexto domiciliário, em íntima relação com os cuidadores. Deste modo, a nível domiciliário constituem valências da RNCCI, as ECCI e as ECSCP.

As ECCI, da responsabilidade dos ACES, direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com adequado suporte social e cuja condição não requiera internamento. A sua provisão contempla para além de Cuidados de Saúde Primários, a intervenção da rede de suporte social ao nível do apoio domiciliário. Esta equipa deve incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às UMDR e ULDM, assumindo-se assim, para além das atribuições descritas, como uma ECSCP.

A nível hospitalar coexistem equipas com um papel de extrema relevância na organização e funcionamento tipificado para a RNCCI, a saber, as EISCP e as EGA.

As EISCP estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade a prestação de assessoria técnica diferenciada em cuidados paliativos, de índole transversal aos diferentes serviços do hospital. Constituem-se como um recurso hospitalar, uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais com formação em cuidados paliativos. As EGA são equipas hospitalares multidisciplinares cuja atividade consiste na preparação, validação e gestão das altas, com os múltiplos serviços hospitalares, dos utentes que requerem continuidade de cuidados, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

Por último, constituem ainda unidades de ambulatório da RNCCI, as Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia, que se destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares viabilizem a permanência no domicílio. Através destas unidades os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de ambulatório.

### **2.2.5. Circuito de utentes na RNCCI**

Nesta Rede cada nível e tipologia de resposta descrita têm responsabilidades definidas, já que somente a atuação harmoniosa de todas as partes do sistema pode garantir o seu sucesso. Para que melhor se entendam as referidas funções importa compreender o modelo de gestão de utentes intrínseco à RNCCI. Este modelo de gestão baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas, visando assegurar a continuidade dos cuidados, mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, setores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade (Tribunal de Contas, 2009).

Da forma como foi exposta a organização da RNCCI e considerando aquilo que é o percurso natural do utente, assume-se como relevante descrever a globalidade do processo, compreendendo assim todas as atividades a ele inerentes, desde a identificação do utente até à sua referenciação e posterior admissão numa das tipologias existentes, ao nível das unidades de internamento ou prestação de cuidados pelas equipas comunitárias.

O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes às EGA, ECL e ECR.

Neste seguimento, existem dois pontos principais do circuito, um que se inicia no hospital através das equipas referenciadoras hospitalares- EGA, outro no centro de saúde através das Entidades Referenciadoras ou EGA dos centros de saúde. No que concerne a tais entidades denota-se que, ao nível das EGA hospitalares verifica-se uma cobertura total dos hospitais constituintes do SNS e ao nível das EGA dos centros de saúde ou Entidades Referenciadoras tem-se processado um crescimento substancial com vista a suprir as carências existentes. A ressalvar que os centros de saúde que ainda não apresentem na sua estrutura as referidas entidades podem referenciar através da ECL, as quais têm igualmente ampliado a sua cobertura (UMCCI, 2012).

Aquando da identificação da necessidade de cuidados de saúde ou de apoio social por parte dos profissionais de saúde, que constituem as equipas multidisciplinares dos hospitais e dos centros de saúde, tem lugar o processo de sinalização às referidas entidades/equipas, principiando-se o circuito. Após a avaliação da situação clínica e do grau de dependência do utente, verifica-se a referenciação através do registo no

Gestcare® dos elementos necessários à criação de um episódio. A nível hospitalar, quando na presença da totalidade dos dados, necessários à avaliação do cumprimento dos pré-requisitos de admissão à rede, e após identificada a tipologia de cuidados considerada adequada às necessidades, o processo é enviado pela EGA através da referida plataforma à ECL que validam a referenciação, ao nível da adequação da tipologia à condição do utente e cumprimento dos critérios de referenciação. Posteriormente, e cumulativamente para as referenciações oriundas do hospital ou dos centros de saúde, as ECL fazem a pesquisa local de vaga e veiculam a admissão na unidade, salvaguardada a prévia validação do consentimento informado junto do utente ou família.

Às ECR compete a pesquisa regional de vaga, perante a inexistência na área de residência do utente, bem como, a coordenação regional de todo o processo de referenciação. No centro de todo o processo encontrava-se a UMCCI, responsável pela supervisão e coordenação das equipas no intento de assegurar a eficácia das mesmas.

O processo descrito de referenciação e mobilidade de utentes na RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem, exigindo para tal, a concretização e adaptação a cada realidade local e a cada um dos momentos e graus de desenvolvimento do modelo.

#### **2.2.6. Intervalos temporais do circuito de referenciação na RNCCI**

A análise dos tempos afincos a cada etapa do circuito permite identificar alguns dos constrangimentos existentes que contribuam para uma admissão menos célere na RNCCI. A eficiência na gestão do circuito afeta diretamente a eficácia pretendida para o modelo global da RNCCI.

Segundo a UMCCI (2011), relativamente ao circuito de referenciação devem ser considerados os seguintes intervalos temporais:

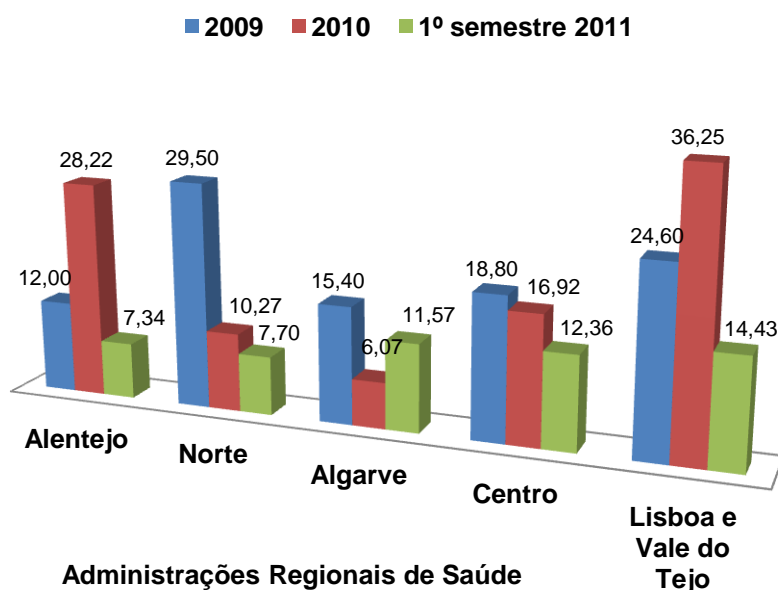
- O da data de internamento hospitalar e da sinalização à EGA;
- O da data de sinalização à EGA e a data prevista de alta;
- O da data de sinalização à EGA e da referenciação;
- O de avaliação das propostas pela ECL;
- O de identificação de vaga a nível regional pelas ECR.

Seguidamente serão expostos os tempos para cada ARS para o período de 2009, 2010 e 2011<sup>1</sup>.

### **Tempo ente a data de internamento hospitalar e sinalização do utente à EGA**

De acordo com os preceitos estabelecidos no âmbito da RNCCI, desejavelmente o intervalo temporal deveria ser de 48 horas.

**Gráfico 1:** Mediana do número de dias entre a data de internamento hospitalar e a sinalização à EGA



**Fonte:** Elaboração própria com base em dados da UMCCI (2011a, 2011b)

Da análise do gráfico 1 depreende-se que o Alentejo e o Norte apresentam os melhores tempos nesta etapa do circuito, sendo que este último apresentou uma redução sustentada ao longo dos períodos. De louvar o decrescendo verificado no indicador em 2011 relativamente ao período precedente na generalidade das regiões, com exceção do Algarve. Contudo, a região com melhor valor, o Alentejo, tem uma mediana de tempo

---

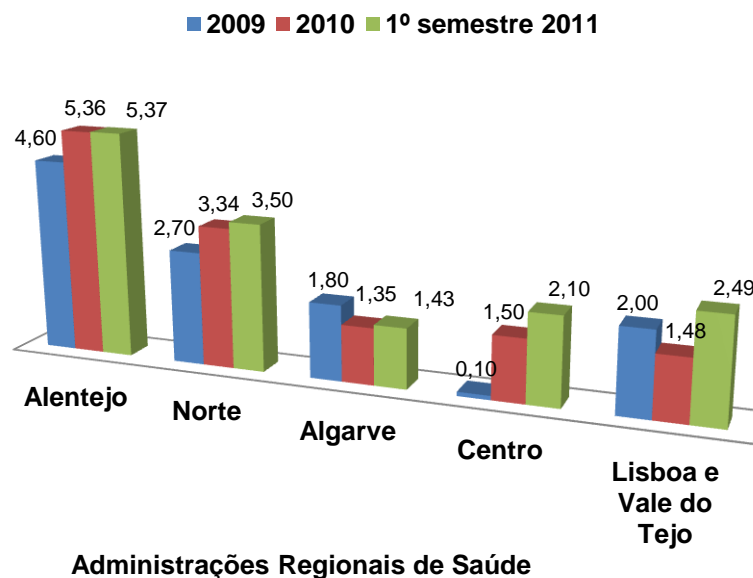
<sup>1</sup> A recente publicação do Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da RNCCI, da autoria da UMCCI, relativa ao período de 2011 não contempla os intervalos temporais inerentes à globalidade das etapas do circuito, como sucedia com as anteriores, razão pela qual iremos utilizar os indicadores relativos ao 1º semestre de 2011 em parte das análises.

de 7,34 dias, significativamente superior ao idealizado pela UMCCI, aquando da formulação do modelo, para a etapa em análise.

### **Tempo entre a data de sinalização à EGA e a data prevista de alta**

O intervalo temporal inerente à presente etapa avalia se a sinalização é tardia, dado que, quanto menos tempo existir entre a sinalização à EGA e a data prevista de alta, mais tardiamente a sinalização foi efetuada (UMCCI, 2011b).

**Gráfico 2:** Mediana do número de dias entre data de sinalização à EGA e a data prevista de alta



**Fonte:** Elaboração própria com base em dados da UMCCI (2011a, 2011b)

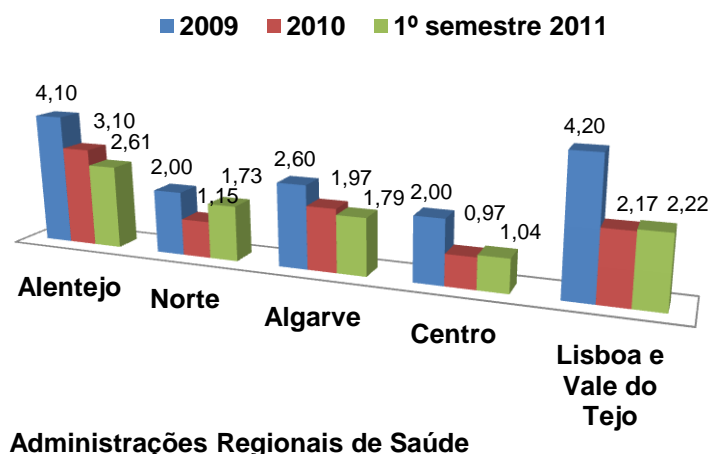
O gráfico 2 explicita que a grande maioria das regiões melhorou os seus tempos ao longo dos períodos, sobretudo quando circunscrevendo a comparação a 2010 e ao 1º semestre de 2011. O melhor tempo obtido no 1º semestre de 2011, no Alentejo, difere 5,37 dias da data de alta, sendo esta a região com melhor tempo na globalidade dos períodos, com o pior tempo situa-se o Algarve, tendo igualmente apresentado o pior tempo em 2010.

### Tempo entre a data de sinalização à EGA e a referenciação

Esta etapa avalia o intervalo temporal que decorre entre a EGA ter recebido um utente sinalizado e a sua posterior referenciação.

Da análise do gráfico 3 induz-se uma diminuição dos tempos ao longo dos períodos, destacando-se a tendência contrária das regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo no último período. Efetivamente as três regiões enumeradas, no 1º semestre de 2011, contrariam a propensão de queda observada nos tempos que medeiam as duas etapas. Não obstante a região do Norte e Centro apresentam os melhores valores neste indicador ao longo da generalidade dos períodos.

**Gráfico 3:** Mediana do número de dias entre a data de sinalização e a referenciação à EGA



**Fonte:** Elaboração própria com base em dados da UMCCI (2011a, 2011b)

### Tempo de avaliação das propostas pelas ECL

Como veiculado anteriormente, e segundo a UMCCI (2011b), compete à ECL analisar as propostas bem como garantir que toda a informação dos utentes esteja completa, com vista a garantir que a admissão na tipologia adequada seja o mais célere possível. Desejavelmente o tempo de avaliação das propostas pela ECL deveria situar-se num limiar máximo de 3 dias (UMCCI, 2011b). Na tabela seguinte encontram-se os referidos tempos, discriminados por valências propostas, para os períodos em análise.

**Tabela 1:** Mediana do número de dias de avaliação das propostas pelas ECL

Norte			Centro			Lisboa e Vale do Tejo			
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
UC	3,8	2,24	2,0	3,8	1,12	1,00	8,9	4,83	4,73
UCP	4	2,2	2,0	4,7	5,76	2,77	8,6	4,05	4,98
UMDR	7,1	5,18	4,90	6,5	7,24	6,66	16,5	10,89	11,83
ULDM	11,9	5,19	4,90	6,5	7,86	8,00	15,9	11,09	13,10
ECCI	2,1	2,98	3,00	4,1	0,91	0,91	8,6	4,86	3,97
Alentejo			Algarve						
	2009	2010	2011	2009	2010	2011			
UC	5,8	3,26	2,98	1,1	2,85	0,80			
UCP	3,1	1,91	2,90	4,7	2,15	1,98			
UMDR	14,1	8,06	7,39	7,7	5,85	3,99			
ULDM	17,2	9,82	7,23	11,1	39,85	6,00			
ECCI	7,4	2,98	3,00	1,1	0,65	0,71			

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados da UMCCI (2011a, 2012)

Segundo os dados organizados na tabela 1 as ECL das regiões do Algarve e do Centro melhoraram os seus tempos no último período para as várias valências em consideração. A região do Norte manteve a tendência de redução nos tempos de avaliação das propostas pelas ECL verificada ao longo dos períodos, com exceção do discreto incremento verificado ao nível das ECCI. No que concerne às regiões do Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo são diferenciáveis as oscilações ocorridas ao longo dos períodos, sendo as regiões que apresentam maiores tempos na avaliação das propostas para a generalidade das valências. Subsistem em muitas regiões, tempos muito superiores aos 3 dias ambicionados, sendo distinguíveis a região do Algarve com os melhores tempos e a região de Lisboa e Vale do Tejo com os piores.

### **Tempo de identificação de vaga pelas ECR**

Às ECR compete a procura regional de vaga para a valência proposta pela EGA e posteriormente validada pela ECL. O tempo de identificação de vaga pelas ECR pode demonstrar indiretamente a adequação ou escassez ao nível da oferta de determinada tipologia na região, em função da procura, bem como a preferência dos utentes por determinadas localizações geográficas (UMCCI, 2011a). Na tabela seguinte plasmam-se os tempos de identificação de vaga para cada uma das valências e nos variados períodos em consideração.

**Tabela 2:** Mediana do número de dias para a identificação de vaga pelas ECR

Norte			Centro			Lisboa e Vale do Tejo			
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
UC	1,3	0,7	0,8	3,1	2,2	1,2	11,2	14,2	12,1
UCP	1,2	2,4	0,8	11,9	11,0	1,6	16,5	50,0	56,7
UMDR	6,5	1,2	4,3	7,0	11,2	6,0	50,2	51,1	28,9
ULDM	14,4	7,1	7,0	18,1	14,0	18,9	61,0	89,0	54,2
ECCI	2,3	0,1	0,1	3,4	0,1	0,1	8,7	0,4	1,0

Alentejo			Algarve			
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
UC	6,3	8,2	6,9	2,5	1,1	1,1
UCP	0,0	0,4	9,1	3,9	0,9	0,2
UMDR	21,9	22,3	22,4	11,2	0,8	5,9
ULDM	26,5	43,0	40,8	11,2	1,3	12,5
ECCI	1,3	0,4	0,4	2,1	0,8	0,3

**Fonte:** Elaboração própria com base em dados da UMCCI (2011a, 2012)

O tempo de identificação de vaga pelas várias ECR tem oscilado ao longo dos períodos para as várias valências da RNCCI conforme os dados da tabela 2. Neste sentido, o Norte apresenta-se como a região em que as ECR apresentam os melhores tempos na identificação de vaga, tendo esses tempos vindo a diminuir ao longo dos três anos, com algumas exceções, nomeadamente ao nível das UMDR, em que no último período o tempo associado aumentou. A região com os piores tempos associados à procura de vaga por parte das ECR é Lisboa e Vale do Tejo, sendo os mesmos substancialmente superiores aos das restantes regiões para a globalidade das valências, sendo explicável segundo a UMCCI (2012) pelo fato de ser a região que apresenta pior cobertura populacional. A denotar a evolução verificada na região Centro, em que ocorreu uma destacável melhoria nos tempos, divergindo desta tendência o aumento verificado ao nível das ULDM. Nas regiões do Alentejo e Algarve existiram notórias flutuações nos tempos ao longo dos períodos, distinguindo-se os agravamentos verificados nos tempos para UCP e média e longa duração, respetivamente.

### **2.3. Os Grupos de Diagnóstico Homogéneo como método de financiamento dos hospitais**

Os GDH assumem-se como a transposição para o contexto Português dos *Diagnosis Related Groups* (DRG), originalmente idealizados e operacionalizados nos

Estados Unidos da América (EUA) - Universidade de Yale, na década de 60 pelo Professor Robert B. Fetter, Engenheiro Industrial no Departamento de Ciências Administrativas e o Professor John D. Thompson, Enfermeiro no Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da Escola de Medicina.

Este sistema de classificação de doentes representa uma importante evolução aos sistemas de informação tradicionais, sendo que, segundo Costa (1994; 52), os GDH constituem-se *como uma das formas mais divulgadas para operacionalizar a medição da produção hospitalar*.

Os GDH são um sistema de classificação que permite definir operacionalmente os doentes internados, assentando numa precisa avaliação dos custos de tratar um determinado doente, com base nas suas características, observáveis e mensuráveis (Urbano et al, 1994; Busse et al.,2006 ). Segundo Bentes et al. (1996a;33) os *GDH* podem definir-se como *um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogêneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos*.

A constituição desses grupos combina um conjunto de atributos clínicos (diagnósticos principais e secundários, intervenções cirúrgicas) e não clínicos (idade, sexo e destino após a alta) que viabilizam o estabelecimento de provisões médias de consumo de recursos.

O desenvolvimento deste sistema de classificação assenta na premissa que, os doentes com problemas similares obtêm tratamentos sensivelmente análogos ao nível da produção de um hospital, uma vez que demandam padrões semelhantes de recursos que ao serem adequadamente descritos permitem a sua enumeração, monitorização e comparação. Confia-se que tal sistema seja capaz de descrever adequadamente os produtos hospitalares, agrupando os doentes internados em classes coerentes e contextualizadas, relativamente a um conjunto de variáveis, nomeadamente o consumo de recursos. Para cada classe, é estimado o uso de recursos e convertido num valor fixo de pagamento ao hospital (Kroneman e Nagy, 2001; Mateus, 2010; Santana, 2005).

Neste sistema de pagamento prospetivo o preço dos GDH é estabelecido prospetivamente, previamente à prestação dos cuidados , criando-se assim, um incentivo económico para uma maior eficiência. O prestador poderá retirar benefícios

financeiros, se os custos inerentes ao tratamento de um doente forem menores que a taxa de pagamento fixada para o GDH no qual foi agrupado.

A metodologia subjacente à criação dos GDH, consistiu no agrupamento de todos os códigos principais de diagnóstico em Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD) que posteriormente foram subdivididas em grupos, tendo por base variáveis relacionadas com o tempo de internamento.

Quando, em 1975, as agências governamentais despertaram para a aplicabilidade que tal sistema de classificação poderia ter no financiamento dos hospitais, os investigadores de Yale foram contactados para que procedessem às adaptações necessárias, de modo que o sistema de classificação de doentes em GDH fosse passível de ser utilizado pelas entidades financiadoras como um modelo de financiamento prospetivo e um sistema de orçamentação hospitalar (Urbano et al, 1994; Dismuke e Sena, 1999).

Múltiplas versões se sucederam, com o fito de adaptar adequadamente tal sistema de classificação aos desafios inerentes à prevalente e complexa problemática do financiamento hospitalar, perante despesas crescentes no setor ao nível dos EUA. Direcionado a tal contexto o sistema de pagamento prospetivo, baseado nos GDH, passou a constituir após 1983, adotando a quarta versão tornada pública em 1982, o método de pagamento utilizado pela *Health Care Financing Administration* (HCFA) aos beneficiários do programa *Medicare*, em detrimento ao sistema de reembolso retrospectivo anteriormente vigente. Posteriormente o interesse internacional em tal sistema exacerbou-se, resultante dos resultados animadores divulgados, nomeadamente a diminuição do incremento dos custos hospitalares e aumento da eficiência (Busse et al., 2006; Dismuke e Sena, 1999). Há a destacar que apesar do enorme reconhecimento da generalidade dos países Europeus pelo sistema, Portugal foi um dos pioneiros na sua adoção como sistema de financiamento (Dismuke e Sena, 1999; Kroneman e Nagy, 2001).

### **2.3.1. Princípios na definição e utilização dos GDH**

Na prossecução do objetivo de identificar o GDH em relação ao consumo de recursos, foi identificada como unidade de pagamento pela produção o doente saído, indexando assim, os produtos intermédios ao produto final. Segundo Busse et al (2006),

procura-se não apenas reembolsar os fornecedores de forma justa pelo trabalho a realizar, mas também, incentivar uma produção eficiente, desencorajando a prestação de serviços desnecessários. Neste propósito impõe-se uma definição rigorosa sob o prisma económico e clínico dos grupos, garantindo custos homogéneos entre a casuística constituinte, formando entidades distinguíveis (Busse et al., 2006). Exige-se igualmente, uma cuidadosa e equilibrada discriminação dos preços, garantindo deste modo um processo de ajuste de risco imparcial e exato.

A cada GDH está associado um coeficiente de ponderação, conhecido como peso relativo, que não é mais do que uma medida que reflete os recursos esperados com o tratamento de um doente típico desse GDH em relação ao doente médio. Assim, quanto maior é o peso relativo de um GDH, mais significativo é o consumo de recursos que lhe está associado (Carter e Farley, 1999; Rogowski e Byrne, 1990; Mateus, 2010; Bentes *et al*, 1996a). Há a denotar que periodicamente tem lugar a atualização/validação dos pesos relativos, com vista a manter como referência o custo do doente médio nacional.

Os pesos relativos refletem os padrões de prática comum para o tratamento da maioria dos doentes, sendo complementado a nível de financiamento pelo índice *case-mix*, que permite caraterizar a complexidade na produção do internamento hospitalar, isto é, a composição de GDH de cada hospital. O índice *case-mix* é obtido pelo cálculo do rácio entre os doentes equivalentes saídos, ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e pelo número de doentes equivalentes saídos (Bentes et al, 1996a; Kroneman e Nagy, 2001; Santana, 2005). Este índice permite caraterizar o perfil de produção hospitalar em termos de custos dos doentes tratados, permitindo tal como afirma Bentes et al (1996a), corrigir situações em que os custos médios por doentes tratados, aparentemente elevados numa determinada instituição, sejam explicados pelo fato de a sua casuística incluir uma proporção elevada de patologias dispendiosas.

A ideologia que norteou a definição dos GDH assenta na premissa que se o tempo de internamento fosse identificado como a variável dependente, seria possível identificar um conjunto de variáveis independentes, que poderiam ser utilizadas para fazer agrupamentos de doentes num número manipulável de categorias homogéneas. (Urbano et al, 1994). Assim, assumindo que a variável utilizada para medir o consumo de recursos é a duração de internamento, esta torna-se determinante para ganhos e

perdas ao nível do financiamento e consequentemente de eficiência, uma vez que, a cada produto corresponde uma duração de internamento prevista (Government of South Australia, 2001). Neste seguimento, Stephan e Smith (1996) referem que uma diminuição no tempo de internamento poderá provocar uma redução nos custos por episódio de internamento e aumento da eficiência.

Era esperado que a aplicação do presente sistema conduzisse a uma utilização mais eficiente dos recursos dentro dos hospitais e a uma distribuição mais equitativa dos orçamentos hospitalares, criando uma relativa pressão para o controlo dos custos por parte dos prestadores, de forma a não ultrapassarem os preços estabelecidos. No que concerne à realidade dos EUA, e como foi plasmado anteriormente, inúmeros estudos assentes nos dados da *Medicare* advogam indubitáveis efeitos benéficos da implementação deste novo esquema financiamento sobre eficiência e consequentemente sobre os orçamentos globais afincos ao setor.

Na realidade Europeia, onde a operacionalização dos GDH se processou numa fase mais tardia, escasseiam dados acerca de tal relação na maioria dos países. No entanto, e apesar dos resultados de estudos Europeus serem bastante divergentes, a maioria dos estudos demonstram melhorias de eficiência com a introdução de pagamentos prospetivos através dos GDH, nomeadamente na Finlândia, Noruega, Hungria e em Portugal (Biørn et al, 2003;2010; Dismuke e Sena, 1999; Kroneman e Nagy, 2001; Linna, 2000; Mateus,s.d.).

Em Portugal a implementação deste sistema de classificação promoveu, a introdução de critérios mais objetivos e racionais de afetação das verbas do SNS para o internamento hospitalar, o estabelecimento e monitorização de objetivos para os serviços, a criação de uma “cultura de *casemix*” para a gestão e financiamento hospitalar, uma definição mais justa dos preços imputáveis às entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde e a criação de bases de dados ( Bentes e Barardo, 2003; Mateus, s.d.).

### 3. METODOLOGIA

No presente capítulo são apresentados os objetivos do estudo, suas hipóteses e variáveis, a população alvo, o método de amostragem e a amostra consequente, finalizando com a apresentação dos métodos de recolha e tratamento dos dados.

#### 3.1. Objetivos do estudo

Uma vez delineado o objeto do estudo, há que definir claramente a meta ou metas a atingir. Os objetivos da investigação determinam o que o investigador quer atingir com a realização do trabalho (Vilelas, 2009).

O trabalho de investigação a realizar apresenta como objetivo primordial, **Estudar o efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto.**

Com vista a atingir o objetivo geral supracitado, estabelecemos um conjunto de objetivos específicos:

- Comparar a mediana da demora de cada etapa do circuito de referenciação dos utentes internados no Centro Hospitalar do Porto (CHP) para a RNCCI com a mediana da globalidade das instituições constituintes da ARS Norte;
- Analisar a influência da referenciação de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos do CHP;
- Explorar o efeito da alta de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos do CHP;
- Estudar a influência da idade e sexo dos utentes sobre a demora média dos internamentos no CHP;
- Avaliar a relação entre a complexidade da condição patológica dos utentes, através dos pesos relativos, e a demora média dos internamentos no CHP;
- Averiguar o custo médio intrínseco a cada utente referenciado do CHP para a RNCCI;

### **3.2. Plano de investigação**

Atendendo aos objetivos estudo foi definido um plano de investigação de natureza quantitativa, de índole descritivo-correlacional, com recurso a técnicas rigorosas e sistemáticas de recolha dos dados, no ímpeto de obter descrições, relações entre as variáveis, e explicações estatísticas que permitam recolher evidência e familiaridade dos conceitos e fenómenos junto da população. No plano de investigação implementado não ocorreu manipulação das variáveis, mas a validação da associação entre as mesmas e a utilização de dados estatísticos que mensurassem as variáveis em estudo.

O estudo realizado no CHP caracteriza-se como um estudo pós-facto, sendo que, a pesquisa foi realizada após a ocorrência das variações nas variáveis independentes no decurso natural dos acontecimentos.

### **3.3. Amostra do estudo**

Com vista a revestir de relevância científica tal investigação e atendendo às limitações temporais, preconizou-se o estabelecimento de uma restrição temporal, atribuindo maior relevância ao aprofundamento em detrimento da extensão. O período considerado para o estudo contempla então 2 anos, 2010 e 2011, permitindo abordar alterações ao nível do sistema de informação afincado à codificação clínica e inferir acerca do desenvolvimento dos processos internos ao circuito de referenciação de utentes para a RNCCI. Neste sentido, a população é constituída pela globalidade dos episódios de internamento do CHP no período de 2010 e 2011, sendo que, a amostra contempla os episódios de internamento do CHP, agrupados nos GDH com utentes referenciados para a RNCCI no período assinalado. Na constituição da amostra precedeu-se ao cruzamento do número de episódio dos utentes referenciados para a RNCCI no CHP, aferindo-se os respetivos GDH que aglomeram utentes referenciados.

Pelo exposto, trata-se de uma amostra não probabilística, dado não fazer uso de uma forma aleatória de seleção, sendo o critério de amostragem do tipo intencional, ou seja não se escolhem as suas unidades de um modo completamente arbitrário, tendo sido designadas algumas características que foram consideradas relevantes, atendendo motivação do estudo.

### 3.4. Hipóteses do estudo

A concetualização da investigação principia com a formulação das hipóteses, que se assumem como um enunciado geral das relações entre as variáveis e desta feita, como uma solução provável e provisória ao problema, que será verificada através da pesquisa.

As fontes de elaboração das hipóteses de investigação consideradas derivam, e subjacente à definição de Lakatos e Marconi (1997) de casos discrepantes da teoria, ou seja de deduções na fronteira do que é conhecido e o desconhecido no referencial teórico, bem como, da própria experiência pessoal na revisão dos quadros de referência e da realidade na prática profissional no setor da saúde. No domínio particular do estudo, subsistem inúmeras discrepâncias e lacunas no conhecimento acerca da RNCCI, da sua efetiva influencia na duração média dos internamentos e da eficiência do circuito de referenciação global e específico a cada instituição de saúde.

Assim, as hipóteses serão do tipo dedutivo uma vez que recorrem a um determinado campo teórico, procurando comprovar deduções implícitas na teoria.

Pelo exposto, as hipóteses de investigação do estudo são:

**Hipótese 1:** A referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados influencia a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto;

**Hipótese 2:** A alta de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados influencia a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto;

### 3.5. Caracterização das variáveis do estudo

As variáveis devem estar em consonância com a definição do problema, dos objetivos, hipóteses e referencial teórico. Assim, é perentório definir operacionalmente as variáveis, isto é torná-las passíveis de observação e mensuração, bem como explicitar a relação entre as mesmas e desta feita, construir um esquema coerente que expresse o problema em estudo.

**Variável Dependente:**

**Tempo de internamento no CHP(TEMPO\_INTERNAMENTO\_EPISODIO):**

Variável contínua que representa o tempo de internamento de cada utente da amostra em dias.

**Variáveis Independentes:**

**Idade(IDADE):** Variável contínua que descreve a idade dos utentes em anos. O aumento da esperança de vida reproduz-se numa percentagem elevada de população envelhecida, com maior probabilidade de doenças crónicas e de incapacidade física e funcional, sendo estes os principais utilizadores da rede constituinte do SNS (Barros et al, 2011).

**Sexo(SEXO):** Dada a natureza qualitativa da variável, na construção do modelo foi preconizada a sua transformação em variável binária, ou *Dummy*, assumindo o valor de 0 se o utente é do sexo Masculino, e o valor de 1 se é do sexo Feminino.

**Referenciação para a RNCCI (REFERENCIACAO):** Variável de índole qualitativa convertida em *Dummy*, que assume o valor de 1, caso exista referenciação de utentes para a RNCCI e 0 aquando não se verifique.

**Alta para a RNCCI (ALTA\_REDE):** Variável *Dummy* que assume o valor de 1, caso se verifique a alta do utente para as valências da RNCCI e 0 aquando não se verifique.

**Peso relativo do GDH (PESO\_RELATIVO):** Variável contínua que reflete os recursos esperados com o tratamento de um utente típico desse GDH em relação ao utente médio nacional, assumindo-se como um indicador da complexidade dos cuidados prestados. Dados obtidos através da Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro, que determina os preços a cobrar pelos cuidados prestados no âmbito do SNS, após conhecimento dos GDH relativos à amostra.

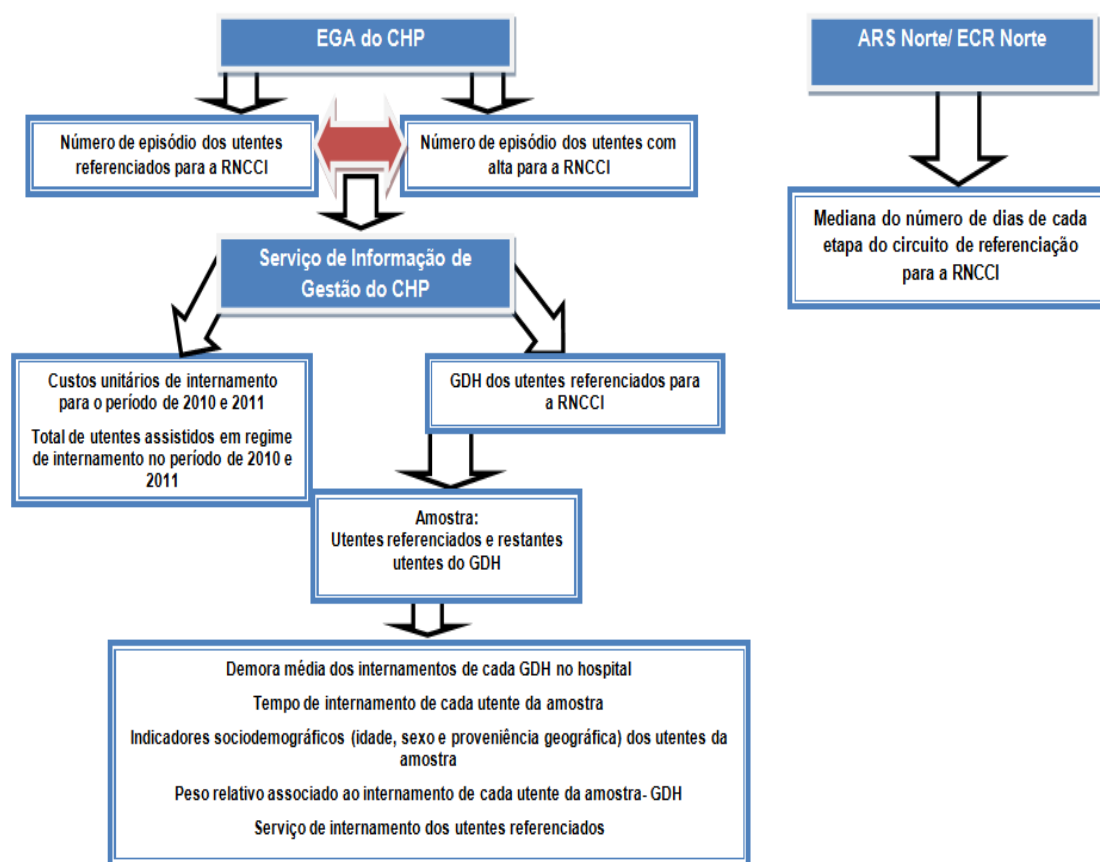
### **3.6. Métodos de recolha e tratamento dos dados**

O processo de recolha de dados assentou em duas etapas principais, requerimento à EGA do CHP do número de identificação do episódio de internamento dos utentes referenciados e dos utentes com alta para a RNCCI no período de 2010 e 2011, com o posterior cruzamento com a base de dados do “Sonho” e “WebGDH” ao

nível do Serviço de Informação de Gestão da referida instituição, visando conhecer o respetivo GDH, amostra e demais indicadores estatísticos afincos à investigação. Cumulativamente solicitamos os dados relativos ao número total de utentes assistidos no período do estudo, população, bem como o custo médio associado ao tratamento de um utente na instituição em cada um dos períodos em consideração.

Paralelamente foi formalizado o pedido à ECR, sediada na ARS Norte, referente aos dados da demora das etapas do circuito de referenciação para a RNCCI, para cada utente referenciado da amostra do estudo, com vista a aferir a significância explicativa de cada etapa na demora do processo de referenciação. Ressalvamos que contrariamente ao expectado, tais informações apenas se mostraram acessíveis sob a forma da mediana do número de dias por etapa e para a globalidade da população de utentes referenciados, acarretando ajustes ao desenho do estudo. O processo de colheita de dados descrito encontra-se sumarizado na figura 1.

**Figura 1:** Processo adotado na colheita de dados



O método do estudo, isto é, o meio que permite atingir os objetivos de forma científica, será de índole estatística. Este método preconiza a aplicação da teoria estatística das probabilidades, permitindo um conhecimento mais profundo dos fenómenos e das suas relações.

Com vista a inferirmos o efeito da referenciação de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos no CHP, serão analisados os dados estatísticos relativos a esse parâmetro em utentes classificados em GDH equivalentes<sup>2</sup>. A seleção da amostra com base nos GDH prende-se com a significância do mesmo, enquanto sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, promovendo o agrupamento dos utentes, com base em atributos demográficos, diagnósticos e terapêuticos semelhantes, em grupos coerentes e homogêneos do ponto de vista do consumo de recursos e conseqüentemente sob o prisma da duração dos internamentos. A nível metodológico ao constituir uma amostra mais homogênea percebemos promover fidedignidade e validade do estudo, mitigando a interferência de prováveis variáveis externas e viabilizando análises aprofundadas das variáveis discriminadas.

No processo de tratamento de dados implementamos uma dupla metodologia, análise estatística descritiva na comparação interna dos indicadores afincos á amostra e da demora média de internamentos na amostra, e análise estatística inferencial com base numa análise econométrica de dados pelo método dos mínimos quadrados ordinários (MQO). No MQO as estimativas dos coeficientes de regressão são obtidas procurando minimizar os erros ou desvios entre os valores observados e os projetados, e desta feita, a soma do quadrado dos erros .

Para formular o modelo, recorreremos ao *software* econométrico *EViews*, versão 7.0, sendo imputável ao seu uso grande parte da futura análise e dos testes de validação do modelo. Neste âmbito utilizou-se o Modelo de Regressão Linear Múltipla (MRLM), que funciona por meio do ajustamento de uma função, possibilitando conhecer a grandeza em que as variáveis independentes explicam a variável dependente do modelo.

---

<sup>2</sup> Consultar ANEXO III - Grupos de Diagnóstico Homogêneo mais representativos na amostra

### 3.6.1. Modelo de Regressão Linear Múltipla

O MRLM possibilita apreender as relações estruturais entre as variáveis, e através dos coeficientes das variáveis independentes dimensionar a magnitude do impacto sobre a variável dependente. O objetivo é avaliar através de estimativas amostrais, se na população alguma das variáveis independentes podem ou não influenciar a variável dependente.

O modelo a cursar na presente pesquisa assume a seguinte representação:

$$\text{TEMPO\_INTERNAMENTO\_EPISODIO} = \beta_0 + \beta_1\text{IDADE} + \beta_2\text{SEXO} + \beta_3\text{REFERENCIACAO} + \beta_4\text{ALTA\_REDE} + \beta_5\text{PESO\_RELATIVO} + u \quad 3.1.$$

Definindo o seus termos,  $\beta_0$  é o coeficiente linear (intercepto), sendo o valor previsto de Y quando cada uma das variáveis explicativas ( $\beta_1, \dots, \beta_k$ ) são iguais a zero,  $\beta_i$  é o coeficiente angular e  $\mu$ , conhecido por distúrbio ou termo erro, é uma variável aleatória de cariz estocástico, que contém todos os fatores que determinam Y, mas que não são observados. A variável dependente Y relaciona-se linearmente às variáveis independentes  $\chi_i$ , salvaguardando que a relação pode não ser exata, dadas as variações individuais a que estão expostas.

Através do referido modelo pretendemos estimar a média condicional da variável dependente, tempo de internamento do episódio, em função dos valores das variáveis independentes, de um termo constante e de um termo erro ou distúrbio.

## 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo apresentamos os resultados do estudo, proveito de um exaustivo e prolongado processo de colheita e tratamento de dados. Os resultados confluem de processos de análise diferentes mas concomitantemente complementares.

Neste sentido, começaremos por analisar os inúmeros indicadores afincos à amostra, os quais na sua maioria se assumem como variáveis do estudo, estabelecendo um paralelismo entre os utentes referenciados e não referenciados. De seguida serão indagados os dados relativos à mediana da demora das etapas do circuito de referenciação de utentes no CHP, segundo as informações cedidas pela ECR Norte. Posteriormente serão discriminadas as comparações entre as demoras médias de internamento dos grupos em análise, recorrendo a comparações diretas com base numa análise descritiva dos parâmetros em cada grupo. Fitando uma conotação de validade para a abordagem em curso será exposta a análise com base no MRLM, atendendo à variável dependente nomeada e destrinchando os testes associados ao modelo. Fitando atingir os objetivos propostos, iremos descrever os custos unitários médios associados ao internamento dos utentes referenciados para a RNCCI, em comparação com os utentes não referenciados.

### 4.1. Caraterização da amostra

Em termos quantitativos foram assistidos em regime de internamento no CHP no período de 2010 e 2011 66173 utentes. No que concerne aos GDH constituintes da amostra do estudo, contabilizam-se 20976 utentes, dos quais 1002 utentes foram referenciados para a RNCCI. Na tabela 5 resumizamos a estratificação da mesma pelos dois anos em análise.

**Tabela 3:** Constituição da amostra (utentes)

	População	Amostra		
		Não referenciados	Referenciados	GDH
2010	33639	10103	420	118
2011	32534	9871	582	131
2010-2011	66173	19974	1002	—

#### 4.1.1. Perfil sociodemográfico dos utentes

A amostra de 20976 utentes circunscreve-se numa faixa etária avançada, com uma média de idade de 62,08 anos, tendência crescente no mercado dos serviços de saúde.

**Tabela 4:** Distribuição de idade da amostra (anos)

	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
2010	62,35	77	67	21,42
2011	61,80	73	66	21,61
2010 2011	62,08	77	66	21,52

**Tabela 5:** Distribuição de idade dos utentes referenciados para a RNCCI (anos)

	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
2010	71,35	84	74	14,75
2011	73,42	79	76	13,79
2010 2011	72,54	84	76	14,25

**Tabela 6:** Distribuição de idade dos utentes não referenciados para a RNCCI (anos)

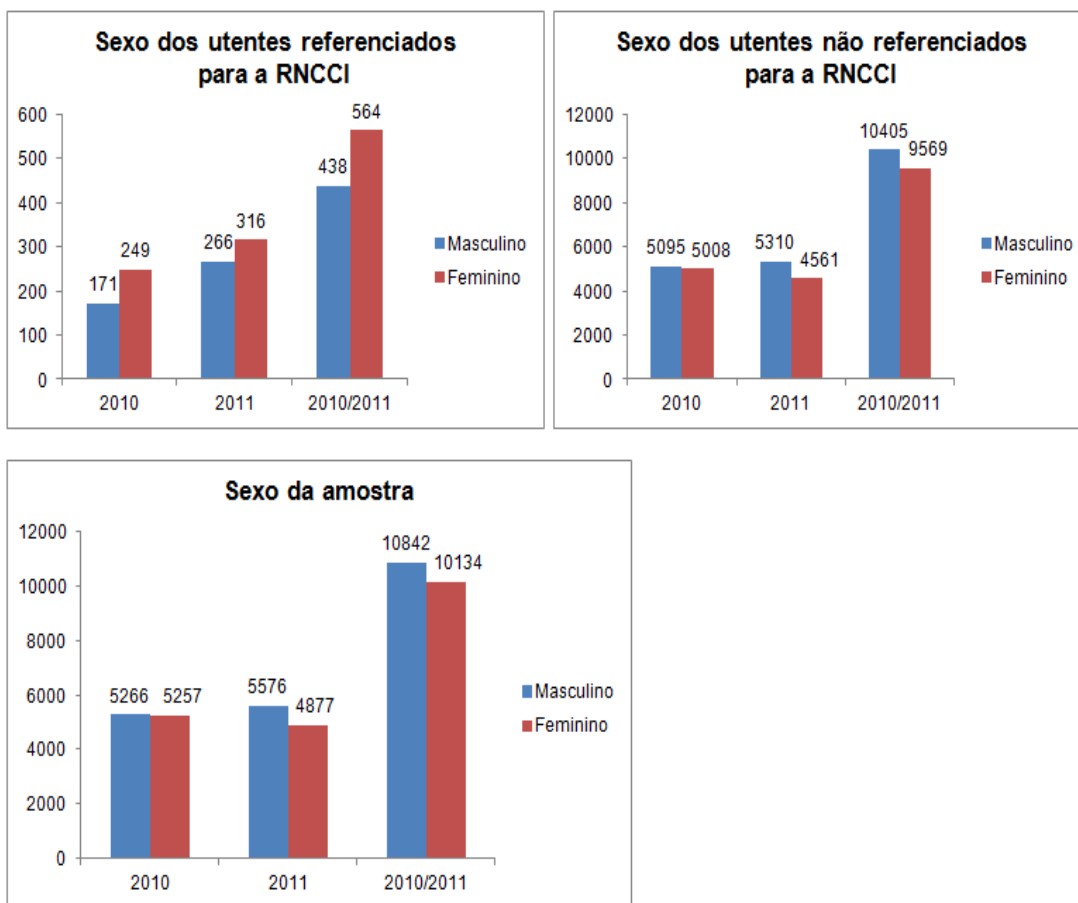
	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
2010	61,98	77	66	21,57
2011	61,12	73	66	21,80
2010 2011	61,55	77	66	21,69

Atendendo às medidas de tendência central e dispersão das tabelas 6,7 e 8, depreende-se que os utentes referenciados para a RNCCI possuem, em média, idade substancialmente superior aos utentes não referenciados para a RNCCI, coadunando-se porém com a idade média dos utentes assistidos no âmbito da RNCCI a nível nacional, nos períodos em análise. Apesar da discrepância existente na amostra entre utentes referenciados e não referenciados ao nível da idade média, verifica-se uma maior

verossimilhança na moda e mediana, reflexo da abrangência quantitativa de utentes não referenciados, com a subsequente sensibilidade a valores extremos, corroborada pelo desvio padrão da população.

No que respeita ao sexo verifica-se uma predominância de utentes do sexo masculino na amostra, havendo contudo, algumas oscilações entre cada um dos anos.

**Figura 2:** Distribuição por sexo da amostra



Atendendo aos dados dos gráficos patentes na figura 2 é notória a diferença na distribuição por sexo entre utentes referenciados e não referenciados para a RNCCI, fatos estes com explicação, hipotética, direcionada para o desfasamento que ainda subsiste ao nível da esperança de vida entre géneros, que conjuntamente com a idade média dos utentes referenciados para a RNCCI atribui significância a tais valores, bem como, à especificidade dos cuidados prestados no âmbito da mesma. A distribuição verificada ao nível do sexo dos utentes referenciados assemelha-se à aferida a nível nacional, no contexto dos utentes assistidos pela RNCCI nos períodos em apreciação.

#### 4.1.2. Complexidade dos cuidados prestados

No contexto atual de financiamento dos hospitais os pesos relativos assumem-se como um excelente indicador da complexidade dos cuidados prestados em regime de internamento. Decorrente deste fato, a amostra do estudo apresenta um peso relativo médio de 2,1185, sendo mais do dobro do utente médio nacional, ao qual é atribuído o peso relativo de 1,000, estabelecido e atualizado no prisma de consumo de recursos.

**Tabela 7:** Peso relativo da amostra

	2010			2011			2010-2011		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Média ( $\chi$ )	2,1806	2,7842	2,1569	2,0560	2,3780	2,0368	2,1185	2,5377	2,0975
Desvio Padrão ( $\sigma$ )	3,6805	3,3897	3,6913	1,8900	2,3325	1,8586	2,9289	2,8130	2,9330

1- Amostra global; 2- Utentes referenciados para a RNCCI; 3- Utentes não referenciados para a RNCCI

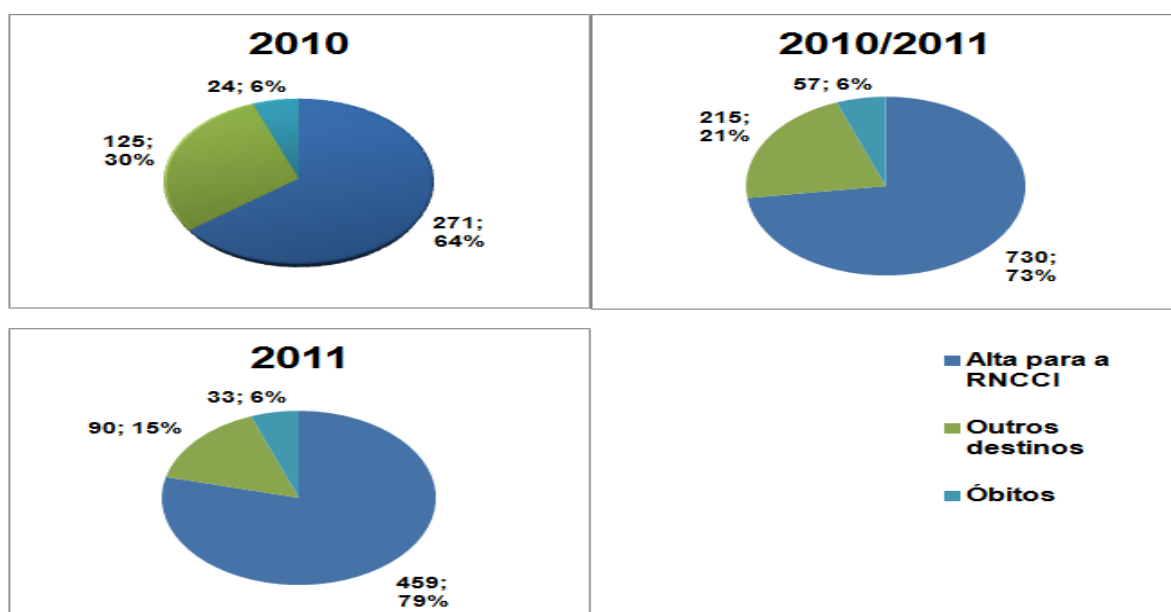
De acordo com os dados organizados na tabela 9, os utentes referenciados para a RNCCI apresentam uma média de peso relativo substancialmente superior à média da amostra global e dos utentes não referenciados, refletindo-se numa maior complexidade dos cuidados prestados aos mesmos. Verifica-se igualmente que o valor médio do referido indicador diminuiu no período em análise,. Assentando no valor do desvio padrão assinala-se uma notória dispersão no peso relativo dos utentes constituintes dos diferentes grupos, previsível face ao vasto número de GDH em que se encontram classificados.

#### 4.2. Destino dos utentes referenciados para a RNCCI

Tomando em consideração os resultados do estudo, veiculados na figura 3, denotamos a existência de uma fatia considerável de utentes referenciados para a RNCCI que não reuniam condições de ingresso nas valências constituintes da mesma. Contudo, é inequívoca a evolução observada na proporção de utentes referenciados com

alta para a RNCCI no período de 2010 para 2011. Conferimos ainda, a existência de uma considerável proporção de utentes referenciados que falecem no contexto hospitalar, inequivocamente superior à média nacional para os dois anos, 4,61% em 2010 e 2,40% em 2011 (UMCCI, 2011a; 2012).

**Figura 3:** Distribuição de utentes referenciados com alta para a RNCCI



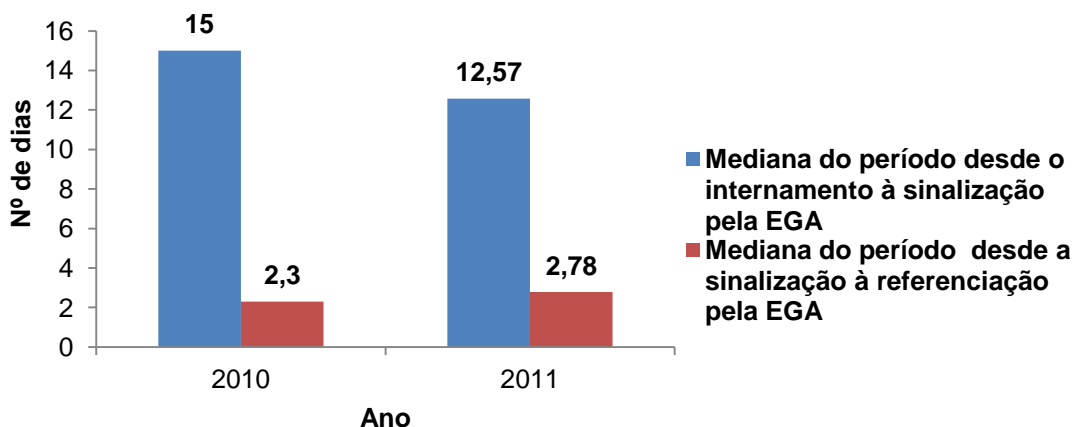
Observando os dados da figura 3 apuramos que da globalidade de utentes referenciados em 2010 e 2011, respetivamente 36% e 21% não apresentou alta para as valências da RNCCI. Recorrendo aos dados da UMCCI (2011a; 2012) e comparando com a média nacional, denotamos que ao nível do CHP verificou-se uma maior percentagem de utentes referenciados para a RNCCI que não reuniu os critérios de ingresso, dado que no âmbito nacional a proporção de utentes referenciados que não ingressou na RNCCI foi inferior, portanto de 21,61% em 2010 e 17,92% em 2011. Contudo, se a tais percentagens retirarmos os óbitos verificados no seio dos utentes referenciados, facilmente depreendemos que o CHP apresentou uma maior proporção de casos com alta para a RNCCI no ano de 2011, em comparação coma média nacional, não podendo ser negligenciada a notória evolução ocorrida na instituição.

### 4.3. Mediana do número de dias das etapas do circuito de referência no CHP

O circuito de referência de utentes no âmbito hospitalar contempla duas etapas, a sinalização e a referência, ambas sob a superintendência da respetiva EGA hospitalar. A celeridade destas etapas influencia de forma preponderante a globalidade do processo de referência para a RNCCI e consequentemente, o tempo de internamento dos utentes referenciados.

Com vista a comparar a demora do circuito intrínseco ao CHP com a demora da região Norte, foram solicitados dados à ECR Norte relativos à mediana do número de dias da instituição em cada das etapas supracitadas. De acordo com as informações fornecidas, e organizadas no gráfico 4, a mediana do tempo de sinalização no CHP, desde a data de internamento, situa-se em 15 dias em 2010 e 12,57 dias em 2011.

**Gráfico 4:** Mediana do número de dias das etapas do circuito de referência (dias)



Ressalta de imediato a notória evolução conferida no indicador, contudo, advogando os dados publicados pela UMCCI para a região Norte, analisados anteriormente, denota-se que o CHP no período de 2010 apresenta tempos substancialmente superiores à mediana aferida para as instituições constituintes da ARS Norte, 10,27 dias. No que respeita ao ano de 2011 surge uma limitação importante à confrontação, dada a inexistência de dados publicados relativos ao indicador para

globalidade do período. Atendendo, apenas, ao 1º semestre de 2011, a mediana do número de dias desde o internamento até à sinalização na região Norte foi de 7,70 dias, enquanto no CHP para a totalidade do ano foi de 12,57 dias, ampliando-se o desfasamento temporal no indicador em comparação com o ano transato. Refira-se que o tempo definido, por parte da UMCCI, como desejável para a etapa é de 48 horas.

A etapa da referenciação em 2010 no CHP processou-se numa mediana de 2,30 dias após a data de sinalização. Estabelecendo o paralelismo com a mediana verificada na ARS Norte, 1,14 dias, o CHP apresenta uma mediana de número de dias superior em sensivelmente 1,16 dias. No período de 2011 o tempo que medeia as duas etapas aumentou para os 2,78 dias. Novamente assinala-se a impossibilidade de proceder à análise comparativa com a região Norte, dada a carência de dados. Conforme os dados da UMCCI (2012), no 1º semestre de 2011 a região Norte apresentou igualmente um acréscimo na mediana de tempo entre as duas etapas, dos 1,14 dias para os 1,73 dias. A denotar que os aumentos registados podem, eventualmente, estar relacionados com diminuição do tempo de sinalização em relação à data de internamento, dilatando-se o intervalo temporal em relação à posterior referenciação.

Uma avaliação fidedigna e integral dos tempos relativos às etapas supracitadas, apelaria à posse dos dados relativos à mediana do tempo entre a data de sinalização e a data prevista para a alta, mostrando-se inexequível a obtenção de tais informações para a particularidade do CHP.

A mediana do número de dias entre a data de internamento e a data de sinalização à EGA assumia-se no Contrato-Programa 2011 com os Hospitais, como um dos objetivos institucionais de qualidade ao nível do acesso, de abrangência nacional (ACSS,2011). Neste seguimento, o objetivo contratualizado entre a ARS Norte e o CHP foi de 7 dias<sup>3</sup>. Com base nos dados fornecidos e acima organizados depreendemos o incumprimento do objetivo e as resultantes restrições ao nível do financiamento.

---

<sup>3</sup> Segundo o Acordo Modificativo 2011, disponível em [www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CHdoPorto,EPE.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CHdoPorto,EPE.pdf).

#### 4.4. Demora média dos internamentos da amostra

Atendendo à amostra do estudo, inferimos que a demora média dos internamentos diminui sensivelmente no ano 2011 em relação ao transato.

Com base na tabela 8 que sumariza o resultado de uma análise de cariz descritivo, calculando e comparando medidas de tendência central e dispersão, denotamos primariamente que os utentes referenciados para a RNCCI apresentam uma demora média de internamento bastante superior aos utentes não referenciados, bem como, à amostra global na qual se incluem.

**Tabela 8:** Tempo de internamento da amostra (dias)

	Média( $\chi$ )			Mediana(Me)			Desvio Padrão( $\sigma$ )		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<b>Amostra Global</b>	11,176	11,145	11,160	7	7	7	17,187	14,947	16,109
<b>Utentes referenciados para a RNCCI</b>	46,010	33,825	38,960	35	27	30	41,958	24,310	33,389
<b>Utentes com alta para a RNCCI</b>	48,982	35,352	40,465	37	28	30	46,820	25,017	35,425
<b>Utentes não referenciados para a RNCCI</b>	9,735	9,807	9,770	6	6	6	13,516	13,023	13,274

1- Período de 2010; 2- Período de 2011; 3- Período de 2010 e 2011

Assim, cada utente referenciado apresenta em média uma demora de internamento de 36,28 e 24,02 dias superior a um não referenciado, no ano de 2010 e 2011 respetivamente. Na globalidade do período a diferença entre as médias dos dois grupos de utentes constituintes da amostra é de 29,19 dias de internamento.

Nos utentes referenciados e com alta para a RNCCI a diferença ao nível da demora média em relação aos restantes grupos é ainda mais marcada. Cada utente com alta para a RNCCI possui uma demora média de internamento de 30,70 dias superior

aos utentes não referenciados no conjunto dos dois anos, de 39,25 em 2010 e 25,55 em 2011.

Verifica-se que as discrepâncias na generalidade dos indicadores examinados atenuaram-se de forma assinalável no ano 2011, mantendo contudo valores de cariz inquietante.

Desenvolvendo uma análise às informações constantes na tabela, verificamos que os indicadores assumem valores de dispersão acentuados, com base no desvio padrão, fruto da sensibilidade a *outliers* subjacentes à extensão da amostra. Com vista a tornar tais lacunas complementamos o estudo com a mediana para os internamentos, podendo denotar-se divergências em relação à média, contudo, com oscilações pouco assinaláveis na diferença de valores entre os grupos.

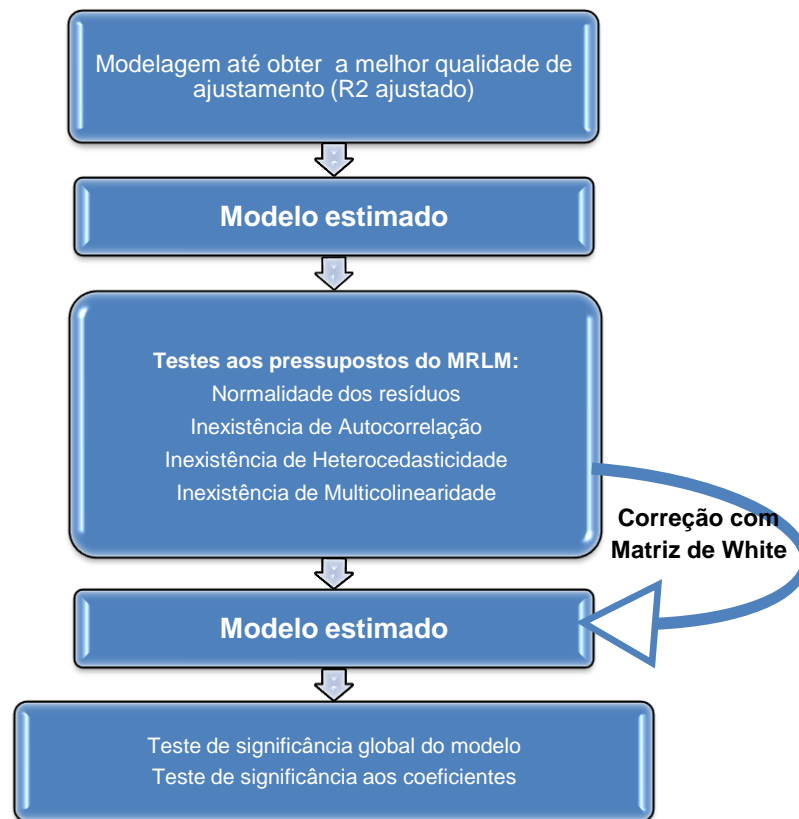
#### **4.5. Resultados do Modelo de Regressão Linear Múltipla**

Na conceção do modelo para cada ano e para a globalidade do período, posteriormente à definição das variáveis, foram realizadas inúmeras estimações com vista a obter um modelo econométrico com o maior valor de coeficiente de determinação (R<sup>2</sup>) ajustado, excluindo-se para tal, as variáveis que não apresentavam significância explicativa. Posteriormente foram empreendidos testes ao modelo estimado, com as consequentes e devidas medidas corretivas, com vista a garantir a concordância com os pressupostos base dos MRLM e a decorrente validade do mesmo. No seguimento, foram realizados os testes à significância global e aos coeficientes individuais, com vista a viabilizar a interpretação fidedigna dos resultados do modelo. O percurso adotado na análise do modelo encontra-se sumariado na figura 4.

A generalidade dos testes desenvolvidos está associada a estatísticas teste e a valores da probabilidade com base nos valores-p (*p-values*). Os valores-p apontam a probabilidade de obter no teste estatístico um valor absoluto maior, ou igual, ao da estatística da amostra, se a hipótese nula for verdadeira.

Na análise empreendida todos os testes foram realizados para um intervalo de confiança de 95%.

**Figura 4:** Percurso adotado na formulação e análise do MRLM



Sob o prisma metodológico e atendendo aos objetivos do estudo, na interpretação dos resultados expostos na tabela 9, o foco da nossa abordagem recairá apenas sobre o período de 2010 e 2011.

O objetivo passa então por desenhar um modelo que relacione o tempo de internamento do episódio (variável dependente) com a idade, sexo e peso relativo dos utentes referenciados, bem como, com a referenciação e alta de utentes para a RNCCI (variáveis independentes).

**Tabela 9:** Resultados do Modelo de Regressão Linear Múltipla com base no *Software Eviews 7.0*

	Período 2010-2011				Ano 2010				Ano 2011			
Dependent Variable	TP_INT_EPISODIO				TP_INT_EPISODIO				TP_INT_EPISODIO			
Included observations	20976				10523				10453			
Variables	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SEXO	-0.540978	0.196039	-2.759539	0.0058	-0.656049	0.299155	-2.193009	0.0283	-0.661430	0.256383	-2.579852	0.0099
REFERENCIACAO	24.19117	1.598324	15.13533	0.0000	29.45130	1.285345	22.91315	0.0000	18.18773	1.181867	15.38898	0.0000
PESQ_RELATIVO	1.263274	0.093548	13.50403	0.0000	0.920017	0.040493	22.72032	0.0000	2.563033	0.067465	37.99063	0.0000
ALTA_REDE	5.688982	2.037592	2.792012	0.0052	0.049934	0.007002	7.130982	0.0000	0.010768	0.005968	1.804212	0.0712
IDADE	0.028337	0.005042	5.619782	0.0000	8.913525	1.571621	5.671548	0.0000	6.252017	1.321468	4.731115	0.0000
C	5.635547	0.345138	16.32838	0.0000	4.980816	0.483422	10.30326	0.0000	4.234004	0.423446	9.998917	0.0000
R-squared	0.203771				0.214094				0.243170			
Adjusted R-squared	0.203582				0.213721				0.242808			
S.E. of regression	14.37636				15.24009				13.00646			
Sum squared resid	4334071.				2442683.				1767299.			
Log likelihood	-85673.96				-43592.40				-41645.77			
F-statistic	1073.332				573.0023				671.3259			
Prob(F-statistic)	0.000000				0.000000				0.000000			
Mean dependent var	11.16047				11.17562				11.14522			
S.D. dependent var	16.10935				17.18696				14.94707			
Akaike info criterion	8.169333				8.286306				7.969344			
Schwarz criterion	8.171607				8.290447				7.973508			
Hannan-Quinn criter.	8.170075				8.287704				7.970750			
Durbin-Watson stat	1.880630				1.895739				1.917654			

#### 4.5.1. Teste aos pressupostos do MRLM

Atendendo ao método de análise econométrica empreendido, é fundamental a verificação ao nível do modelo de regressão dos seguintes pressupostos:

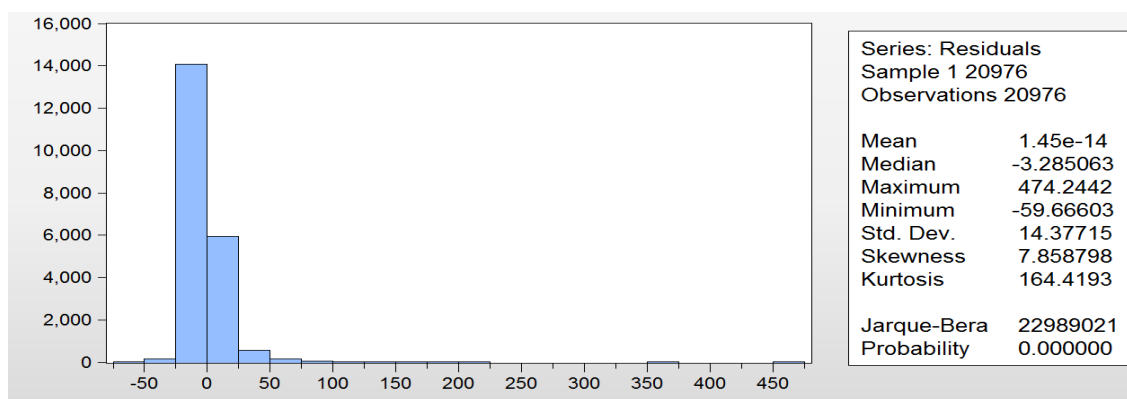
1. Distribuição normal dos resíduos: **Normalidade dos resíduos**;
2. Independência dos resíduos: Inexistência de **Autocorrelação dos resíduos**;
3. As variáveis independentes não se encontram relacionadas: Inexistência de **Multicolinearidade**.
4. Variância constante dos resíduos: Inexistência de **Heterocedasticidade dos resíduos**;

##### 1. Teste à normalidade dos resíduos

Para testarmos a normalidade dos resíduos da série recorreremos inicialmente ao coeficiente de assimetria e de curtose. Neste seguimento, a série em estudo possui um coeficiente de assimetria de 7,858798 e de curtose (coeficiente de achatamento) de

164,4193. Atendendo a tais valores e analisando a figura 5, que representa o histograma dos resíduos da distribuição, conferimos que estamos na presença de uma distribuição leptocúrtica (índice de curtose superior a 3) e assimétrica positiva (coeficiente de assimetria superior a 0) , havendo então, um forte indício de não normalidade dos resíduos.

**Figura 5:** Histograma dos resíduos do MRLM



Para validar esta suspeita, implementamos o teste de normalidade dos resíduos de *Jarque Bera*. Este teste estatístico mede a diferença da assimetria e curtose da série com os de uma distribuição normal.

$$\text{Jarque-Bera} = \frac{N}{6} \left( S^2 + \frac{(K-3)^2}{4} \right) \quad 4 \quad 4.1$$

Com base neste teste, testamos a hipótese nula, H0: Distribuição normal dos resíduos contra a hipótese alternativa H1 Distribuição não normal dos resíduos.

A denotar que, o *software* em uso calcula o valor estatístico do teste e a probabilidade associada, como explicitado na figura 5, sendo o valor da probabilidade associada ao teste de *Jarque-Bera* de 0,0000. A aplicação deste teste, considerando um nível de significância de 5%, conduz à rejeição da hipótese nula de normalidade dos resíduos.

---

<sup>4</sup> Onde, K (Kurtosis) representa o coeficiente de curtose estimado e S (skewness) representa o coeficiente de assimetria estimado.

No âmbito de estudos económicos ou financeiros, constata-se frequentemente que resíduos de valor extremo podem causar a rejeição da hipótese de normalidade. Contudo, para amostras suficientemente grandes, como é o caso da amostra do nosso estudo, a violação do pressuposto de normalidade dos erros é virtualmente inconsequente, uma vez que, apelando ao teorema do limite central, a estatística do teste irá assintoticamente seguir uma distribuição adequada (Brooks, 2008).

## 2. Teste à autocorrelação dos resíduos

A inexistência de autocorrelação,  $Cov(\mu_i, \mu_j/X) = 0 \forall i \neq j$ , verifica-se quando os termos residuais não se influenciam entre si.

A hipótese de inexistência de autocorrelação traduz que o conhecimento do valor assumido por uma observação da variável dependente para um indivíduo  $i$ , não acrescenta qualquer informação sobre o comportamento dessa variável para outro indivíduo  $j$ .

Logo, a validade do pressuposto de independência dos resíduos neste estudo foi analisada através do *teste de Durbin-Watson*. Se a estatística *Durbin-Watson* for substancialmente inferior a 2, existe evidência de correlação em série ou autocorrelação positiva (os casos mais graves ocorrem quando é próxima de zero). Se a estatística *Durbin-Watson* estiver entre 2 e 4 existe evidência de correlação em série ou autocorrelação negativa.

A partir dos resultados do MRLM<sup>5</sup>, explicitados na tabela 9, verifica-se um valor de Durbin-Watson de 1,88063, dado o valor aproximado a 2 assumimos a ausência de autocorrelação significativa entre os resíduos (Brooks, 2008; Green, 2012; Sampit e Hadi, 2006).

## 3. Teste à Multicolinearidade

A multicolinearidade relaciona-se com a existência de um elevado grau de dependência linear entre as variáveis independentes ou explicativas. As consequências da presença de multicolinearidade direcionam-se essencialmente, para impossibilidade

---

<sup>5</sup> Consultar ANEXO V - Resultado do MRLM com base no software Eviews 7.0

de diferenciar os efeitos individuais das variáveis independentes no comportamento da variável dependente. Um modelo com a presença de multicolinearidade caracteriza-se, geralmente, por apresentar valores de  $R^2$  e F elevados. Para detetar a presença de multicolinearidade utilizamos o Valor de Tolerância ou VIF – *Variance Inflation Factor*. Com base nestas técnicas, assume-se a presença de multicolinearidade no modelo quando o valor de Tolerância é inferior a 0,1 ou o valor de VIF superior a 10 (Kutner et al, 2004). No que diz respeito ao modelo em estudo para a globalidade das variáveis, foram verificados valores de VIF inferiores a 10, sugerindo que as variáveis são independentes entre si.

#### 4. Teste à Heterocedasticidade dos resíduos

A homocedasticidade é uma das hipóteses centrais do MRLM e consiste em assumir que a variância da variável residual  $u$  é constante em todas as observações. O pressuposto de homocedasticidade estabelece que, qualquer que seja a observação  $i$  da amostra de dimensão  $n$ , a variância do termo residual, condicionada, é igual a uma constante, finita, que não depende de  $i$ .

$$\text{Var}(\mu_i) = \sigma^2, \text{ para } i=1,2,\dots,n \quad 4.2$$

A heterocedasticidade surge quando erros não apresentam variância constante, devendo ser corrigida para que as inferências estatísticas dos estimadores não fiquem comprometidas.

Para verificar se a variância dos resíduos é constante (homocedasticidade), aplicamos o Teste de White, o qual assume como Hipótese nula que os estimadores da regressão auxiliar são iguais a zero. Se tal hipótese for aceita, temos que o erro do modelo é homocedástico, porém, caso não possamos aceitar tal hipótese teremos um problema de heterocedasticidade. Dado que no modelo em análise o p-valor obtido-0,0000, é inferior ao nível de significância de 5%, rejeitamos  $H_0$  e concluímos que há heterocedasticidade, ou seja, a variância dos erros não é constante ao longo do tempo.

Aquando na presença de heterocedasticidade, apesar da estimação ser consistente, os testes estatísticos dos estimadores perdem a validade, isto é, pode-se inferir que um estimador é estatisticamente não significativo, quando na verdade é significativo. Esta incorreta estimação da matriz das variâncias/covariâncias inviabiliza a inferência estatística futura dos resultados do modelo.

A solução adotada para corrigir a heterocedasticidade passou por realizar a regressão utilizando a matriz robusta de White, à qual no programa em uso, *Eviews 7.0*, é atribuída a designação de *White heteroskedasticity- consistent standard erros & covariance*. que utilizando os resíduos estimados da regressão realiza uma nova estimação, relacionando o quadrado do resíduo com as variáveis explicativas do modelo original. Esta matriz ao corrigir a estimação dos erros-padrão dos estimadores permite validar os testes estatísticos. O produto desta nova estimação do modelo encontra-se organizado na tabela 10.

**Tabela 10:** Resultados do Modelo de Regressão Linear Múltipla com base no Software Eviews 7.0 com correção da heterocedasticidade (*White Heteroskedasticity- consistent standard erros & covariance*)

Período 2010-2011				
Dependent Variable		TP_INT_EPISODIO		
Included observations		20976		
Variables	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SEXODM	-0.540978	0.196039	-2.759539	0.0058
REFERENCIACAO	24.19117	1.598324	15.13533	0.0000
PESO_RELATIVO	1.263274	0.093548	13.50403	0.0000
ALTA_REDE_DM	5.688982	2.037592	2.792012	0.0052
IDADE	0.028337	0.005042	5.619782	0.0000
C	5.635547	0.345138	16.32838	0.0000
R-squared		0.203771		
Adjusted R-squared		0.203582		
S.E. of regression		14.37636		
Sum squared resid		4334071.		
Log likelihood		-85673.96		
F-statistic		1073.332		
Prob(F-statistic)		0.000000		
Mean dependent var		11.16047		
S.D. dependent var		16.10935		
Akaike info criterion		8.169333		
Schwarz criterion		8.171607		
Hannan-Quinn criter.		8.170075		
Durbin-Watson stat		1.880630		

#### 4.5.2. Análise dos resultados do MRLM

Assim, com base nos resultados do modelo, a equação estimada é a seguinte:

$$\begin{aligned}
 \text{TP\_INT\_EPISODIO} = & -0.54010 \times \text{SEXO} + 24.1912 \times \text{REFERENCIACAO} + \\
 & 1.2633 \times \text{PESO\_RELATIVO} + 0.0283 \times \text{IDADE} + 5.6890 \times \text{ALTA\_REDE\_DM} + 5.6355
 \end{aligned}
 \tag{4.3}$$

### **Teste de significância global**

O Teste de Significância Global averigua se o modelo global é significativo, isto é, se todas as variáveis independentes afetam a variável dependente. Com este tipo de teste, pretendemos determinar se a variável dependente, tempo de internamento do episódio, responde ou não às variações nas variáveis explicativas que incluímos no modelo, pelo que não rejeitar a hipótese nula, leva a aceitar que o modelo proposto não é adequado, na sua globalidade, para descrever o comportamento da variável dependente.

H0:  $\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = 0$

H1: H0 é falsa

A estatística de teste utilizada foi:

$$F = \frac{R^2/k}{(1-R^2)(n-k-1)} \sim F_{(k, n-k-1)}$$

#### **4.4**

Da tabela de regressão do Eviews, vemos que o valor do nível de significância valor-p (Prob (F-statistic)) dos modelos é de 0,000. E pela regra:

Valor-p(F)  $\leq \alpha$ , deve-se rejeitar H0.

Dado que 0,0000 < 0,05, rejeitamos H0.

Podemos dizer que não há evidências suficientes para aceitar a hipótese nula, podendo optar pela sua rejeição e assumir que o modelo é significativo, pois pelo menos um dos coeficientes  $\beta_i$  é diferente de zero.

### **Teste de significância dos coeficientes individuais**

Estes testes avaliam as restrições sobre os coeficientes estimados, sendo que, para testar a significância de cada parâmetro realizamos testes de hipóteses. Em termos formais, procuramos saber se algum, ou todos os coeficientes  $\beta_i$  podiam ser considerados nulos ( $i=1, \dots, k$ ). Neste seguimento, não rejeitar a hipótese nula associada a determinados coeficientes de regressão significa que as variáveis correspondentes não

contribuem de forma significativa para explicar o comportamento de *Y- Tempo de internamento do episódio*.

A realização do teste à hipótese  $\beta_j = 0$ , é de notável relevância, uma vez que permite conhecer a significância estatística da variável independente associada ao coeficiente, e conseqüentemente decidir acerca da inclusão de variáveis no modelo.

Neste sentido, o teste de significância dos coeficientes individuais verifica se o valor do coeficiente da variável independente é significativo ao nível de significância ( $\alpha$ ) escolhido. Após realização dos testes verificamos que todos os coeficientes das variáveis independentes são significativos ao nível de significância de 5%<sup>6</sup>.

### **Interpretação do coeficiente de determinação**

Para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo calculamos o R<sup>2</sup> e o R<sup>2</sup> ajustado.

O R<sup>2</sup> é o quadrado do coeficiente de correlação de Pearson, representando a proporção da variação de Y que é explicada pela reta de regressão estimada, ou seja, quanto as variáveis independentes explicam o modelo. Como R<sup>2</sup> varia entre 0 e 1, a qualidade do ajustamento será tanto melhor quanto o R<sup>2</sup> estiver próximo de 1.

Uma das limitações do R<sup>2</sup>, prende-se com o fato deste indicador aumentar, sempre que se adicionam variáveis ao modelo, com o fito de contornar esse problema recorremos ao R<sup>2</sup> ajustado. O R<sup>2</sup> ajustado toma em consideração o número de graus de liberdade da regressão, pelo que não depende do número de variáveis explicativas da mesma.

Neste sentido, com o fito de melhorar a qualidade do ajustamento do modelo, foram validadas variáveis adicionais até atingir-se o R<sup>2</sup> ajustado de 0.2038, o que quer dizer 20,38% das variações no tempo de internamento dos episódios são explicadas pelas variações simultâneas das variáveis independentes estabelecidas.

### **4.5.3. Interpretação estatística e económica dos resultados do MRLM**

Os coeficientes individuais calculados são descritos como tradutores de variações na variável dependente para uma variação de uma unidade na variável

---

<sup>6</sup> Consultar ANEXO VI - Testes de significância dos coeficientes individuais do MRLM

independente , mantendo todas as outras variáveis independentes constantes, sendo adotado este preceito na futura interpretação dos resultados, salvaguardando a especificidade na análise das variáveis *Dummy*.

No modelo exposto, a variável *Dummy* referência assume em relação a todas as outras a maior significância explicativa do tempo de internamento no período. Com base na equação estimada conclui-se que, os utentes referenciados apresentam uma demora média de internamento superior em sensivelmente 24,19 dias em relação aos não referenciados.

No que diz respeito à variável *Dummy* sexo, constatamos diferenças no tempo de internamento entre utentes do sexo masculino e feminino. Com base nos resultados do modelo, os utentes do sexo feminino possuem uma demora média de internamento inferior em 0,5 dias em comparação com os utentes do sexo masculino.

A variável idade está associada a um aumento do tempo de internamento, sendo que, o aumento de um ano na idade dos utentes internados impele um acréscimo de sensivelmente 0,028 dias no tempo de internamento.

A variável *Dummy* alta para a RNCCI possui significância explicativa sobre as variações no tempo de internamento. Com base na equação estimada, os utentes com alta para a RNCCI têm uma demora média de internamento superior em 5,69 dias relativamente aos utentes em que não sucede a alta para a RNCCI.

A complexidade da condição patológica dos utentes, analisada com base nos pesos relativos, influencia a variável dependente, na medida em que, o aumento na ordem de grandeza das unidades provoca um aumento de 1,26 dias no tempo de internamento.

#### **4.6. Custo associado ao aumento na demora média dos internamentos dos utentes referenciados para a RNCCI**

Exposto o efeito da referência de utentes para a RNCCI sobre o tempo de internamento no CHP, percebemos como relevante investigar o custo associado a tal incremento no número de dias de internamento. Com base em dados do Serviço de Informação de Gestão do CHP, em média o custo unitário para cada dia internamento na instituição foi de 556,4 euros em 2010, 536,1 euros em 2011, e portanto, a média dos dois períodos é de 546,25 euros.

**Tabela 11:** Custo médio unitário por dia de internamento no CHP (Euros)

Período	Custo
2010	556,40
2011	536,10
2010-2011	546,25 <sup>7</sup>

Atendendo aos resultados do MRLM, e mais especificamente ao acréscimo de 24,19 dias na demora média dos internamentos dos utentes referenciados para a RNCCI, podemos afirmar que estes, e como tal o processo de referenciação para RNCCI, acarretaram em média um aumento de 13216,21 euros em relação aos utentes não referenciados no período conjunto de 2010 e 2011.

#### **4.7. Síntese e discussão dos resultados**

Os resultados obtidos com o tratamento estatístico empreendido revelaram fatores influenciadores do tempo de internamento no CHP, nomeadamente, a referenciação de utentes para a RNCCI. Assentando nos resultados da estimação com base no método MQO, cada utente referenciado para a RNCCI representou um acréscimo médio de aproximadamente 24 dias no período de 2010 e 2011. Atendendo à média aritmética calculada para o tempo de internamento dos utentes referenciados e não referenciados da amostra no período em consideração, a referenciação de utentes representou um aumento do tempo médio de internamento de sensivelmente 398,8 %. O custo médio unitário estimado para o incremento no tempo médio de internamento dos utentes referenciados para a RNCCI é de 13216,21 euros.

A variável alta para a RNCCI está igualmente associada ao aumento do tempo de internamento, sendo que, cada utente com alta para a RNCCI acarreta uma dilatação do tempo médio de internamento de aproximadamente 6 dias em comparação com os utentes que não apresentam tal destino pós-alta. Neste seguimento, coadunando-se com o exposto validamos as hipóteses 1 e 2 formuladas para o estudo.

---

<sup>7</sup> Média aritmética do custo unitário por dia de internamento no CHP do ano de 2010 e 2011

Os resultados do estudo evidenciam o efeito de variáveis como o sexo, idade e peso relativo sobre o tempo de internamento no CHP. Corroborada a significância da globalidade das variáveis definidas, e atendendo às diferenças verificadas nos indicadores das mesmas ao nível dos grupos constituintes da amostra, podemos relacionar tais discrepâncias com as variações na demora média de internamento. Os utentes referenciados para a RNCCI possuem uma média de idade e de peso relativo superior aos utentes não referenciados. Desta feita, podemos afirmar que o efeito da referenciação e da alta para a RNCCI sobre o aumento da demora média dos internamentos pode justificar-se, parcialmente, pelo superior índice de envelhecimento e maior complexidade da condição patológica dos utentes.

Apesar do modelo estimado explicar somente 20,38% das variações na variável dependente, achamos conveniente ressaltar que o objetivo subjacente à sua formulação não se direcionava para a criação de um modelo explicativo do tempo de internamento no CHP, mas para a análise da influência das variáveis em estudo, nomeadamente a referenciação e alta de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos.

É ainda importante não descorarmos os dados supracitados na Tabela 8, onde com base em métodos de análise estatísticos de cariz descritivo, verificamos expressivas discrepâncias na demora média dos internamentos ao nível da amostra. Examinando tais dados conferimos que no período de 2010 e 2011 os utentes referenciados para a RNCCI apresentaram uma demora média de internamento superior em aproximadamente 29 dias em relação aos utentes não referenciados da amostra. Quando confrontamos os utentes com alta para a RNCCI com os utentes não referenciados, o fosso ao nível da demora média dos internamentos acentua-se, sendo sensivelmente de 31 dias. Tais valores revestem-se de importância dado que estamos a comparar casos englobados em GDH equivalentes, e desta feita, com uma casuística de complexidade semelhante e com tempos de internamento teoricamente análogos.

Cingindo-nos aos casos referenciados, o grupo de utentes com alta para a RNCCI representa um aumento na demora média de internamento de aproximadamente 2 dias. Tais reparos conduzem-nos a induzir lacunas nos circuitos de referenciação ou limitações na capacidade instalada, com as consequentes restrições ao nível do acesso.

As etapas de sinalização e referenciação de utentes do CHP para a RNCCI, no ano de 2010, apresentavam uma mediana de número de dias significativamente superior

à verificada a nível regional. Pelo exposto, parece-nos fulcral rever os processos intrínsecos ao circuito de referenciação vigente na instituição, conjecturando que a eficácia e fluidez do mesmo acometerão diminuições no tempo de internamento e inequívocos ganhos de eficiência. Recorrendo aos dados organizados na figura 3, verificamos uma substancial proporção de utentes referenciados que não cumprem os critérios de ingresso na RNCCI, 30% e 15%, em 2010 e 2011 respetivamente.

Neste sentido, urge a implementação de um plano de melhoria continua nos referidos processos, destacando alguns dos pontos fracos da RNCCI, identificados na análise SWOT realizada pela ENSP-UNL( s.d.) e que percecionamos como prevalentes, com base em observações participantes de cariz não estruturado realizadas em contexto laboral num dos serviços da instituição. Assim, constatamos um relativo desconhecimento dos profissionais acerca dos circuitos e procedimentos associados aos processos de sinalização e referenciação para a RNCCI; ausência de planeamento atempado da alta hospitalar; exaustividade de informação solicitada no aplicativo e excessiva burocratização do processo de referenciação; tempos de resposta da RNCCI elevados, gerando desmotivação, desinteresse e até mesmo resistência à sinalização nalguns profissionais; ausência de orientações claras e inequívocas que promovam a convergência progressiva, nomeadamente ao nível dos critérios de referenciação.

As lacunas identificadas podem limitar o acesso de utentes aos cuidados prestados no âmbito da RNCCI, bem como, retardar a implementação de um adequado plano terapêutico ou de apoio social, que pode ou não passar pelo ingresso na RNCCI, com as explicitadas consequências ao nível da demora média e custos dos internamentos.

## 5. CONCLUSÃO

No estudo de investigação desenvolvido intentamos estudar o efeito da referenciação de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos, tendo sido inúmeras as ilações que atingimos.

Os resultados demonstram que a referenciação e a alta de utentes para a RNCCI invocaram um prolongamento do tempo de internamento no período de 2010 e 2011. Neste sentido, podemos afirmar que na particularidade do CHP existem objetivos estratégicos, definidos aquando da conceção do modelo da RNCCI, relacionados à diminuição da demora média dos internamentos que não estão a ser alcançados. O processo inerente ao circuito de referenciação apresenta no CHP uma mediana de número de dias substancialmente superior à verificada na região Norte em período homólogo, podendo assumir-se a morosidade da globalidade do processo como um metadado do efeito supracitado sobre o tempo de internamento.

O estudo demonstrou cumulativamente o efeito de variáveis sociodemográficas, idade e o sexo, e variáveis inerentes à complexidade dos cuidados prestados sobre o tempo de internamento no CHP. Neste seguimento, revemos como certa a seleção do método de amostragem, uma vez que, perante a população dos GDH incluídos no estudo foi possível comparar valores dos variados indicadores entre utentes referenciados e não referenciados, e desta feita, aferir diferenças eventualmente explicativas das variações na demora média dos internamentos.

Pelo exposto, urge investigar aprofundadamente os fatores subjacentes à referenciação de utentes para a RNCCI no CHP, responsáveis pela expansão verificada na demora média dos internamentos, e conseqüentemente dos custos. Revelamos que esse foi um dos objetivos que, de forma complementar, definimos à priori para a investigação, contudo para tal seria fundamental um conjunto de dados que não se mostraram alcançáveis nos moldes pretendidos, tendo em consideração as contingências temporais inerentes ao estudo. Perspetivamos, ainda, como proveitoso o empreendimento de investigações futuras relacionadas com efeito da constituição da RNCCI sobre a taxa média de ocupação das camas hospitalares e sobre o número de internamentos e reinternamentos de utentes, dado que, esta nova linha de cuidados pode

atenuar a procura na rede de hospitais constituintes do sistema de saúde, criando alternativas de qualidade e financeiramente sustentáveis.

Veiculamos o atingimento da generalidade dos objetivos a que nos havíamos proposto para a realização do estudo, tendo sido possível validar a generalidade das hipóteses de investigação, contribuindo com conclusões indutoras de mudança nos processos. Neste sentido, pensamos ser imprescindível a generalização do presente estudo a outras instituições hospitalares, facilitando processos sistemáticos de benchmarking, que indubitavelmente acometeriam melhorias para o setor,

Não poderíamos deixar de transparecer que a realização do estudo subentendeu um processo de recolha de dados moroso, burocrático e exaustivo, emergindo inúmeras barreiras e condicionantes que exigiram o redesenho do processo de investigação, sendo manifestamente contraproducente face a análises futuras.

Confiamos que o desenvolvimento do modelo da RNCCI, e simultâneo aumento ao nível da oferta desta nova tipologia de cuidados, acometerá melhorias na globalidade do processo, diminuindo o tempo de espera pelo ingresso na RNCCI e por inerência a demora média de internamento dos utentes referenciados pelos hospitais de agudos. Assim sendo, e atendendo aos ganhos em saúde e qualidade assistencial veiculada pelas valências da RNCCI, o modelo será uma aposta ganha, com incrementos em termos de bem-estar para a população.

Findamos o presente estudo crendo que a interação entre os Hospitais e a RNCCI será sistematicamente otimizada, com vista a impelir uma maior integração e prestação de cuidados de saúde revestidos de qualidade e contextualizados às reais necessidades da população, com a eficácia e eficiência pretendidas para a generalidade do sistema de saúde. Ambicionamos que o presente estudo constitua a epígrafe para tais desideratos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Administração Central do Sistema de Saúde- ACSS (2011), “Contrato Programa 2011”, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14\\_12\\_2010\\_Metodologia\\_HHULS\\_2011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_12_2010_Metodologia_HHULS_2011.pdf), acessado em 10 de Setembro de 2012.
2. Barros, P., Machado, S. e Simões, J. (2011), “Health Systems in Transition, Portugal: Health System Review”, *WHO Regional Office Observatory on Health System and Policies*, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107842/E90670.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf), acessado em 30 de Março de 2012.
3. Barros, P. e Simões, J. (2007), “Health Systems in Transition, Portugal: Health System Review”, *WHO Regional Office Observatory on Health System and Policies*, <http://www.i-gov.org/images/articles/4086/E90670.pdf>, acessado em 30 de Novembro de 2011.
4. Bentes, M. e Barardo, A. (2003), “Financiamento de Cuidados de Saúde Diferenciados”, *8º encontro nacional de Economia da Saúde: Lisboa*, [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Financiamento\\_de\\_Cuidados\\_de\\_Sa%C3%BAde\\_Diferenciados](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Financiamento_de_Cuidados_de_Sa%C3%BAde_Diferenciados), acessado em 29 de Novembro de 2011.
5. Bentes, M., Gonsalves, M., Tranquada, S. e Urbano, J. (1996a), “A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar”, *Gestão Hospitalar*, nº 33, pp 33-42.
6. Bentes, M., Mateus, M. e Gonsalves, M. (1996b), “DRG's in Portugal: A Decade of Experience”, *8th Casemix Conference in Australia*, [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/DRGs\\_in\\_Portugal:\\_a\\_decade\\_of\\_experience](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/DRGs_in_Portugal:_a_decade_of_experience), acessado em 29 de Novembro de 2011.
7. Brooks, C. (2008), “Introductory econometrics for finance”, 2ª ed., Cambridge: Cambridge University Press.
8. Busse, R., Schreyo, J. e Smith, P. (2006), “Hospital case payment systems in Europe”, *Health Care Manage Science*, Vol. 9, pp. 211–213.
9. Campos, A. (2009), “Reformas da Saúde: o fio condutor”, Coimbra: Almedina Edições, SA.

10. Carter, G. e Farley, D.(1992), “A longitudinal comparison of charge-based weights with cost-based-weights”, *Health Care Financing Review*, Vol.13, pp. 53-63.
11. CEQUAL, IPQ e UMP (2004), “Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Integrados”, [http://www.ipq.pt/backfiles/MGQ\\_UCCI.pdf](http://www.ipq.pt/backfiles/MGQ_UCCI.pdf), acessado em 3 de Maio de 2012.
12. Comissão da União Europeia e Comité de Proteção Social (2005), “Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração: Relatório Preliminar”, [www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fhealth-u%2Fcare\\_for\\_me%2Flong\\_term\\_care%2Findex\\_pt.htm&ei=SmdQUMuXB8zM0AWdmYGgAQ&usg=AFQjCNff-FCw4luDcncr8C38SrczihrtvQ&sig2=RHU3iUiIm6njpTNmdkd1YQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fhealth-u%2Fcare_for_me%2Flong_term_care%2Findex_pt.htm&ei=SmdQUMuXB8zM0AWdmYGgAQ&usg=AFQjCNff-FCw4luDcncr8C38SrczihrtvQ&sig2=RHU3iUiIm6njpTNmdkd1YQ), acessado em 3 de Maio de 2012.
13. Costa, C. (1994), “Os DRGs e a gestão do hospital”, *Revista Portuguesa de Gestão*, Vol.1; nº8, pp. 47-65.
14. Dismuke, C. e Sena, V. (1999), “Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods”, *Health care Manage Science*, Vol.2, pp.107–116.
15. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa – ENSP-UNL (s.d.), “Identificação de Potenciais Utentes e Caracterização dos Processos de Sinalização e Referenciação - Relatório Final”, [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/analise\\_swot\\_RNCCI\\_2012.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/analise_swot_RNCCI_2012.pdf), acessado em 5 de Setembro de 2012.
16. European Commission – EC (2007), “Health and Long-term Care in the European Union”, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf), acessado em 16 de Maio de 2012.
17. Eurostat (2002), “Health Statistics: key data on health 2002”, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-08-02-002/EN/KS-08-02-002-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-08-02-002/EN/KS-08-02-002-EN.PDF), acessado em 30 de Abril de 2012.

18. Eurostat (2011), "Employment rate by gender", <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tsiem010>, acessado em 30 de Abril de 2012.
19. Gesaworld. (2005), "Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual", [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico\\_Redde\\_Cuidados\\_Cont\\_Integrados\\_Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico_Redde_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf), acessado em 25 de Maio de 2012.
20. Gonçalves, S.(2010), "Cuidados Continuados Integrados", in Simões, J.(Coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado*, 1ª ed., Coimbra: Almedina Edições, SA.
21. Government of South Australia: TC Health Administration Party (2001), "An introduction to diagnosis related groups, medical record coding and casemix management", [www.casemix.com.au/Introduction\\_toDRGs.doc](http://www.casemix.com.au/Introduction_toDRGs.doc), acessado em 10 de Maio de 2012.
22. Guerreiro, I. (2009a), "The continuity of healthcare", [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/EU17\\_RNCCI\\_PRO\\_2012.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/EU17_RNCCI_PRO_2012.pdf), acessado em 15 de Abril de 2012.
23. Guerreiro, I. (2009b), "Integrated Care", [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/H21\\_RNCCI\\_PRO\\_2012.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/H21_RNCCI_PRO_2012.pdf), acessado em 15 de Abril de 2012.
24. Greene, W. (2012), "Econometric Analysis", 7ªed., Edinburgh: Pearson Education Limited.
25. Instituto Nacional de Estatística- INE (2005), "Dia internacional do idoso", [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=73639&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=73639&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt), acessado em 18 de Maio de 2012.
26. Instituto Nacional de Estatística- INE (2009), "Estimativas da população residente", <http://www.ine.pt>, acessado em 18 de Maio de 2012.
27. Kroneman, M. e Nagy, J. (2001), "Introducing DRG-based financing in Hungary: a study into the relationship between supply of hospital beds and use of these

- beds under changing institutional circumstances”, *Health Policy*, Vol. 55, pp. 19-36.
28. Kutner, M., Nachtsheim, C. e Neter, J. (2004) “Applied Linear Regression Models”, 4ª ed., Nova Iorque: McGraw-Hill/ Irwin.
29. Lakatos, E. e Marconi, M. (1996), “Fundamentos de metodologia científica”, 3ª ed., São Paulo: Editora Atlas.
30. Le Bihan, B. e Martin, C. (2010), “Reforming long-term care policy in France: Private–Public complementarities”, *Social Policy & Administration*, Vol. 44, No. 4, pp18-31.
31. Linna, M. (2000), “Health care financing reform and the productivity change in Finnish hospitals”, *Journal of Health Care Finance*, Vol. 26, pp 83–100.
32. Mateus, M. C. (s.d.), “O financiamento hospitalar com grupos de diagnósticos homogéneos: resultados para Portugal entre 1995-2001”, [http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu\\_mateus.pdf](http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu_mateus.pdf)>>, acedido em 17 de Fevereiro de 2012.
33. Mateus, M.C. (2010), “Sistema de classificação de doentes como instrumento de gestão”, in Simões, J. (Coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado*, 1ª ed., Coimbra: Almedina Edições, SA.
34. Nogueira, J., Girão, A. e Guerreiro, I. (2010a), “Outcomes of physical autonomy in Post Acute and Long Term Care”, <http://www.europeanevaluation.org/conferences/past-ees-conferences/2010-evaluation-in-the-public-interest-participation-politics-and-policy/conference-full-papers.html>, acedido em 18 de Março de 2012.
35. Nogueira, J.; Girão, A. e Guerreiro, I. (2010b), “Post Acute and Long Term Care: online web based system of data management”, <http://www.european-evaluation.org/conferences/past-ees-conferences/2010-evaluation-in-the-public-interest-participation-politics-and-policy/conference-full-papers.htm>, acedido em 18 de Março de 2012.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development- OECD (2005), “Ensuring quality long-term care for older people”,

- <http://www.oecd.org/dataoecd/53/4/34585571.pdf>, acessado em 8 de Maio de 2012.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development- OECD (2011a), “OECD Health Data 2011”, [http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html), acessado em 8 de Maio de 2012.
38. Organisation for Economic Co-operation and Development- OECD (2011b), “Help wanted?: providing and paying for Long-Term Care”, <http://www.oecd.org/dataoecd/12/62/47903344.pdf>, acessado em 8 de Maio de 2012.
39. Portugal, Ministério da Saúde- Direção Geral de Saúde(2006), “Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas”, <http://www.dgs.pt>, acessado em 15 de Abril de 2012.
40. Rogowski, J.e Byrne, P.( 1990),”Comparison and evaluation of alternative DRG weight recalibration methods”, *Health Care Financing Review*, Vol.14, nº2,pp 87-101.
41. Sampit, C. e Hadi, A. (2006), “Regression analysis by example”, New Jersey: John Wiley & Sons.
42. Santana, R. (2005), “O financiamento hospitalar e a definição de preços”, *Revista de Saúde Pública*, Vol.5,pp. 93-118.
43. Santana, S.(2010), “Reforming long-term care in Portugal: dealing with the multidimensional character of quality”, *Social Policy & Administration*, Vol. 44, nº 4.
44. Tribunal de Contas. (2009), “Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: 2006-2008”, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2009/audit-dgtc-rel038-2009-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtc-rel038-2009-2s.pdf), acessado em 1 de Maio de 2012.
45. Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2008), “Nova resposta no sistema de saúde”,[www.umcci.min-saude.pt/SiteCollection Documents/RNCCI\\_nova\\_resposta\\_no\\_sistema\\_de\\_saude\\_12\\_12\\_08.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf), acessado em 14 de Fevereiro de 2012.

46. Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2009), “Cuidados Continuados- Guia”, [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia\\_RNCCI.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf)., acedido em 14 de Fevereiro de 2012.
47. Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2010), “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 1º semestre de 2010”, [www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio%20\\_%20desenvolvimento\\_actividadeRNCCI\\_1.semestre2010.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio%20_%20desenvolvimento_actividadeRNCCI_1.semestre2010.pdf), acedido em 29 de Novembro de 2011.
48. Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2011a), “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2010”,<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf> , acedido em 11 Junho de 2012.
49. Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2011b), “Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 1º semestre 2011”, [www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio\\_monitorizacao\\_1sem\\_2011.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorizacao_1sem_2011.pdf), acedido em 11 de Junho de 2012.
50. Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados- UMCCI (2012), “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011”,[http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio\\_anual\\_2011\\_28marco2012.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_anual_2011_28marco2012.pdf), acedido em 01 de Julho de 2012.
51. Urbano, J., Bentes, M. e Vertrees, J. (1994), “ Portugal : national commitment and the implantation of DRGs”, [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/DRGs\\_in\\_Portugal:\\_a\\_decade\\_of\\_experience](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/DRGs_in_Portugal:_a_decade_of_experience), acedido em 21 de Fevereiro de 2012.
52. Vilelas, J.(2009), “Investigação- O processo de construção do conhecimento”, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

53. World Health Organization- WHO (2002), “Lessons for a long-term care policy”, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH7CCL\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf), acedido em 8 de Novembro de 2011.
54. World Health Organization- WHO (2003), “Key policy issues in long-term care”, [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy\\_issues\\_ltc.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf), acedido em 8 de Novembro de 2011
55. World Health Organization- WHO- Regional Office for Europe (2012), “European Health for all data base (HFA- DB)”, <http://data.euro.who.int/hfad/>, acedido em 8 de Maio de 2012.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Administração Central do Sistema de Saúde- ACSS (2006), “Sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH): informação de retorno”, <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/NacionalRR2006.pdf>, acessado em 29 de Novembro de 2011. Barrig,N., Costa, C., Lopes, S. e Santana, R. (2008), “A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português”, <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-07-2008.pdf>, acessado em 10 de Novembro de 2011.
2. Barros, P. (2009), “Economia da Saúde: conceitos e comportamentos”, Coimbra: Almedina Edições, SA.
3. Barros, P.(2003b), “Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system”, *Journal of Health Economics*, Vol.22, pp.419-443.
4. Barros, P., Gomes, J. (2002), “Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar Português”, *Gabinete de Análise Económica (GANEC)*, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2003/rel047-2003-estudo\\_externo-final .pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf), acessado em 29 de Novembro de 2011.
5. Barros,P.(2003a), “Random Output and Hospital Performance”, *Health Care Management Science*, Vol. 6, N°4; pp.219-228.
6. Bell, J.(1997), “Como realizar um projecto de investigação: trajectos”, Lisboa: Gradiva Publicações.
7. Bentes, M. (1997), “Formas de pagamento de serviços hospitalares : resumo da comunicação”, *I Jornadas Ibéricas de Gestão Hospitalar*:
8. Bentes, M. (1998), “O Financiamento dos hospitais”, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes\\_M%20IGIF%201998.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes_M%20IGIF%201998.pdf), acessado em 29 de Novembro de 2011.
9. Bentes, M., Urbano, J., Carvalho, C. e Tranquada, S. (1993), “Using DRGs to Fund Hospitals in Portugal: An Evaluation of the Experience In Diagnosis Related Groups in Europe: Uses and Perspectives”, *Springer-Verlag*.

10. Biørn, E., Hagen, T., Iversen, T. e Magnussen, J. (2003), “The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–2000”, *Health Care Manage Science*, Vol. 6, pp. 271–283.
11. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007), “Relatório Final”, <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/sustentabilidade+sns.htm>, acessado em 10 de Fevereiro de 2012.
12. Costa, C., Santana, R., Lopes, S. e Barriga, N. (2008), “A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 7, pp.31-146.
13. Dismuke C. e Sena V.(2001), “Is there a trade-off between quality and productivity? The case of diagnostic technologies in Portugal”, *Annals of Operational Research*, Vol. 107, pp. 101-116.
14. Entidade Reguladora da Saúde (2011), “Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde”, <http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio%20Sustentabilidade%20do%20SNS.pdf>, acessado em 30 de Março de 2012.
15. Folland, S., Goodman, A., Stano, M.( 2007), “A economia da saúde”, 5ª ed., São Paulo: Artmed Editora.
16. Instituto Nacional de Estatística- INE (2010), “Conta satélite da saúde 2000-2008”, Lisboa: INE edições.
17. International Council of Nurses- ICN (2003b), “Diagnosis-related groups”, ICN Workforce Forum: Overview Paper: July 200, [www.icn.ch/forum2003.pdf](http://www.icn.ch/forum2003.pdf), acessado em 10 de Maio de 2012.
18. Machado, M.(2008), “Alto comissariado para a saúde: políticas de saúde para os idosos- Como se Envelhece em Portugal”, <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/01A877B4-F306-4244-B5D2-1190328779CF/0/politicassaudeidosos.pdf>, acessado em 25 de Novembro de 2011.

19. Ministério da Saúde: IGF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. (2005), “Grupos de Diagnóstico Homogêneos”, *Relatório Nacional de 2004*, Lisboa.
20. Nogueira, J. (2009), “Cuidados Continuados- Desafios”, [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados\\_continuados\\_desafios\\_2012.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_2012.pdf), acessado em 14 de Fevereiro de 2012.
21. Nogueira, J.; Girão, A. e Guerreiro, I.(2010), “Post Acute and Long Term Care: instrument for evaluating outcomes”, <http://www.europeanevaluation.org/conferences/past-ees-conferences/2010-evaluation-in-the-public-interest-participation-politics-and-policy/conference-full-papers.htm>, acessado em 18 de Março de 2012.
22. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011), “Relatório de primavera 2011: da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde”, <http://www.observaport.org/rp2011>, acessado em 30 de Outubro de 2011.
23. Portugal, Ministério da Saúde - Direção Geral de Saúde (2009), “Elementos estatísticos: informação geral da saúde 2007”, *Divisão de Estatísticas da Saúde*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
24. Portugal, Ministério da Saúde - Direção Geral de Saúde (2008), “Portugal saúde: indicadores básicos 2005”, *Divisão de Estatísticas da Saúde*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
25. Quivy, R. e Campenhoudt, L.(1998), “Manual de investigação em ciências sociais: trajectos”, 2ª ed., Lisboa: Gradiva Publicações.
26. Simões, J. (2004), “Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho”, Coimbra: Almedina edições, SA.
27. Stephen, M. e Smith, P. (1996), “Explaining variations in inpatient length of stay in the National Health Service”, *Journal of Health Economics*, Vol.15, nº3 , pp. 278-304.

28. Urbano, J. e Bentes, M.(1990), “Definição da produção hospitalar :os grupos de diagnósticos homogéneos”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.8, nº1, pp.49-60.
29. Vaz, C.; Ramos, F. e Pereira, J. (1996), “As reformas dos sistemas de saúde”, Lisboa: APES.
30. World Health Organization- WHO (2007), “Financing Long-term Care Programmes in Health Systems”, [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_07\\_6-longtermcare.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_6-longtermcare.pdf), acedido em 16 de Maio de 2012.

### **Legislação Consultada:**

- Decreto – Lei n.º101/2006, de 6 de Junho, (Criação da RNCCI).
- Portaria n.º 1087-A/2007 de 5 de Setembro (Define as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento constituintes da RNCCI e aprova a nova tabela de preços para o financiamento dos serviços de cuidados continuados).
- Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro (Regulamenta as tabelas de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde).
- Resolução do Conselho dos Ministros nº 84/05. D.R. I Série-B. 89 (27-03-05) 3200-3201.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I - Distribuição da amostra por Distrito**

## UTENTES REFERENCIADOS PARA A RNCCI

		Distrito						
		Porto	Braga	Bragança	Vila Real	Aveiro	Viseu	Viana do Castelo
2010	Fi	359	7	7	10	25	7	3
	fr	85,48%	1,67%	1,67%	2,38%	5,95%	1,67%	0,71%
2011	Fi	515	5	6	10	19	6	13
	fr	88,48%	0,86%	1,03%	1,72%	3,26%	1,03%	2,23%
2010 2011	Fi	874	12	13	20	44	13	16
	fr	88,10%	1,20%	1,31%	2,02%	4,44%	1,31%	1,61%

## AMOSTRA GLOBAL

		Distrito						
		Porto	Braga	Bragança	Vila Real	Aveiro	Viseu	Viana do Castelo
2010	Fi	8228	438	250	388	634	292	173
	fr	78,18%	4,16%	2,38%	3,69%	6,02%	2,77%	1,64%
2011	Fi	8234	361	253	432	603	292	151
	fr	78,78%	3,45%	2,42%	4,13%	5,77%	2,79%	1,44%
2010 2011	Fi	16462	799	503	820	1237	584	324
	fr	78,48%	3,81%	2,40%	3,91%	5,90%	2,78%	1,54%

**ANEXO II - Distribuição da amostra  
por Concelhos mais representativos**

## UTENTES REFERENCIADOS PARA A RNCCI

Concelho								
		Gondomar	Porto	Matosinhos	Sta. Maria Feira	Vila Nova Gaia	Bragança	Valpaços
2010	Fi	111	182	8	6	33	4	4
	fr	26,43%	43,33%	1,90%	1,43%	7,86%	0,95%	0,95%
		Gondomar	Porto	Matosinhos	Sta. Maria Feira	Vila Nova Gaia	Valongo	Maia
2011	Fi	176	257	10	7	18	9	8
	fr	30,24%	44,15%	1,72%	1,20%	3,09%	1,55%	1,37%
		Gondomar	Porto	Matosinhos	Sta. Maria Feira	Vila Nova Gaia	Valongo	Maia
2010 2011	Fi	287	439	18	13	51	12	10
	fr	28,93%	44,25%	1,81%	1,31%	5,14%	1,21%	1,01%

## AMOSTRA GLOBAL

Concelho								
		Gondomar	Porto	Matosinhos	Sta. Maria Feira	Vila Nova Gaia	Valongo	Maia
2010	Fi	2283	3776	296	163	656	192	161
	fr	21,69%	35,88%	2,81%	1,52%	6,23%	1,82%	1,53%
		Gondomar	Porto	Matosinhos	Sta. Maria Feira	Vila Nova Gaia	Valongo	Maia
2011	Fi	2639	3766	279	163	560	149	189
	fr	25,24%	36,03%	2,67%	1,56%	5,36%	1,43%	1,81%
		Gondomar	Porto	Matosinhos	Sta. Maria Feira	Vila Nova Gaia	Valongo	Maia
2010 2011	Fi	4922	7532	575	326	1216	341	350
	fr	23,46%	35,91%	2,74%	1,55%	5,80%	1,63%	1,67%

**ANEXO III - Grupos de Diagnóstico  
Homogéneo mais representativos na  
amostra**

### Grupo de Diagnóstico Homogéneo

Grupo de Diagnóstico Homogéneo											
2010				2011				2010-2011			
GDH	Peso Relativo	Fi	Fr	GDH	Peso Relativo	Fi	fr	GDH	Peso Relativo	Fi	fr
14	0,7822	21	5,00%	<b>14</b>	0,7822	55	9,45%	<b>14</b>	0,7822	76	7,58%
64	0,8358	5	1,19%	<b>82</b>	0,9905	5	0,86%	<b>64</b>	0,8358	5	0,50%
82	0,9905	5	1,19%	<b>89</b>	0,7435	11	1,89%	<b>82</b>	0,9905	10	1,00%
127	1,3086	5	1,19%	<b>113</b>	2,262	6	1,03%	<b>89</b>	0,7435	11	1,10%
172	1,8601	5	1,19%	<b>172</b>	1,8601	9	1,55%	<b>113</b>	2,262	6	0,60%
209	3,1485	7	1,67%	<b>209</b>	3,1485	8	1,37%	<b>127</b>	1,3086	5	0,50%
210	1,9023	54	12,86%	<b>210</b>	1,9023	69	11,86%	<b>172</b>	1,8601	14	1,40%
211	1,6673	28	6,67%	<b>211</b>	1,6673	70	12,03%	<b>209</b>	3,1485	15	1,50%
483	12,8869	22	5,24%	<b>217</b>	2,6464	5	0,86%	<b>210</b>	1,9023	123	12,28%
530	3,6764	13	3,10%	<b>219</b>	1,5012	5	0,86%	<b>211</b>	1,6673	98	9,78%
531	3,3794	6	1,43%	<b>483</b>	12,886	15	2,58%	<b>217</b>	2,6464	5	0,50%
533	1,3052	29	6,91%	<b>530</b>	3,6764	10	1,72%	<b>219</b>	1,5012	5	0,50%
540	2,089	7	1,67%	<b>533</b>	1,3052	25	4,30%	<b>483</b>	12,8869	37	3,69%
541	1,2773	11	2,62%	<b>541</b>	1,2773	17	2,92%	<b>530</b>	3,6764	23	2,30%
542	0,7027	5	1,19%	<b>552</b>	2,9326	5	0,86%	<b>531</b>	3,3794	6	0,60%
552	2,9326	6	1,43%	<b>555</b>	6,519	5	0,86%	<b>533</b>	1,3052	54	5,39%
557	3,2627	10	2,38%	<b>557</b>	3,2627	10	1,72%	<b>540</b>	2,089	7	0,70%
558	5,8782	8	1,91%	<b>558</b>	5,8782	14	2,41%	<b>541</b>	1,2773	28	2,79%
569	0,9015	7	1,67%	<b>569</b>	0,9015	5	0,86%	<b>542</b>	0,7027	5	0,50%
584	2,1069	9	2,14%	<b>581</b>	3,435	5	0,86%	<b>552</b>	2,9326	11	1,10%
585	5,1316	7	1,67%	<b>584</b>	2,1069	20	3,44%	<b>555</b>	6,519	5	0,50%

810	1,0336	8	1,91%	810	1,0336	8	1,37%	557	3,2627	20	2,00%
818	3,1712	9	2,14%	818	3,1712	14	2,41%	558	5,8782	22	2,20%
								569	0,9015	12	1,20%
								581	3,435	5	0,50%
								584	2,1069	29	2,89%
								585	5,1316	7	0,70%
								810	1,0336	16	1,60%
								818	3,1712	23	2,30%
		287	68,33%			396	68,04%			683	68,16%

**ANEXO IV - Proveniência dos  
utentes referenciados para a RNCCI  
por unidades de internamento do  
CHP**

## Utentes referenciados

Unidade	Fi		
	2010	2011	20102011
Cardiologia	5	5	10
Cirurgia 1	10	19	29
Cirurgia 2	14	12	16
Cirurgia 3	8	14	22
Cirurgia Vascular	9	14	23
Endocrinologia	5	5	10
Fisiatria	27	40	67
Gastroenterologia	2	5	7
Hematologia	3	5	8
Ginecologia	1	2	3
Medicina A	22	60	82
Medicina B	30	45	75
Medicina C	19	19	38
Medicina D	26	-	26
Medicina E	7	-	7
Neurocirurgia	22	17	39
Nefrologia	5	6	11
Neurologia	50	78	128
ORL	5	7	13
Ortopedia	119	194	313
Pediatria	2	1	3
TCE	15	21	36
UCIM	1	-	1
UIGO	2	-	2
Urologia	8	8	16

**ANEXO V - Resultados do MRLM**  
com base no *software* Eviews 7.0

## Ano de 2010

Dependent Variable: TP\_INT\_EPISODIO

Method: Least Squares

Sample: 1 10523

Included observations: 10523

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SEXODM_0_MASC_	-0.656049	0.299155	-2.193009	0.0283
REFERENCIACAO	29.45130	1.285345	22.91315	0.0000
PESO_RELATIVO	0.920017	0.040493	22.72032	0.0000
IDADE	0.049934	0.007002	7.130982	0.0000
ALTA_REDE_DM	8.913525	1.571621	5.671548	0.0000
C	4.980816	0.483422	10.30326	0.0000
R-squared	0.214094	Mean dependent var		11.17562
Adjusted R-squared	0.213721	S.D. dependent var		17.18696
S.E. of regression	15.24009	Akaike info criterion		8.286306
Sum squared resid	2442683.	Schwarz criterion		8.290447
Log likelihood	-43592.40	Hannan-Quinn criter.		8.287704
F-statistic	573.0023	Durbin-Watson stat		1.895739
Prob(F-statistic)	0.000000			

## Ano de 2011

Dependent Variable: TP\_INT\_EPISODIO

Method: Least Squares

Date: 07/31/12 Time: 01:33

Sample: 1 10453

Included observations: 10453

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SEXO_DM	-0.661430	0.256383	-2.579852	0.0099
REFERENCIACAO	18.18773	1.181867	15.38898	0.0000
PESO_RELATIVO	2.563033	0.067465	37.99063	0.0000
IDADE	0.010768	0.005968	1.804212	0.0712
ALTA_REDE_DM	6.252017	1.321468	4.731115	0.0000
C	4.234004	0.423446	9.998917	0.0000
R-squared	0.243170	Mean dependent var		11.14522
Adjusted R-squared	0.242808	S.D. dependent var		14.94707
S.E. of regression	13.00646	Akaike info criterion		7.969344
Sum squared resid	1767299.	Schwarz criterion		7.973508
Log likelihood	-41645.77	Hannan-Quinn criter.		7.970750
F-statistic	671.3259	Durbin-Watson stat		1.917654
Prob(F-statistic)	0.000000			

## Período de 2010 e 2011

Dependent Variable: TP\_INT\_EPISODIO

Method: Least Squares

Date: 09/06/12 Time: 03:14

Sample: 1 20976

Included observations: 20976

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SEXODM	-0.540978	0.199794	-2.707679	0.0068
REFERENCIACAO	24.19117	0.888663	27.22198	0.0000
PESO_RELATIVO	1.263274	0.033960	37.19909	0.0000
IDADE	0.028337	0.004666	6.072672	0.0000
ALTA_REDE_DM	5.688982	1.029317	5.526948	0.0000
C	5.635547	0.322637	17.46712	0.0000
R-squared	0.203771	Mean dependent var		11.16047
Adjusted R-squared	0.203582	S.D. dependent var		16.10935
S.E. of regression	14.37636	Akaike info criterion		8.169333
Sum squared resid	4334071.	Schwarz criterion		8.171607
Log likelihood	-85673.96	Hannan-Quinn criter.		8.170075
F-statistic	1073.332	Durbin-Watson stat		1.880630
Prob(F-statistic)	0.000000			

## Modelo corrigido segundo a matriz de White

Dependent Variable: TP\_INT\_EPISODIO

Method: Least Squares

Date: 09/24/12 Time: 17:06

Sample: 1 20976

Included observations: 20976

White heteroskedasticity-consistent standard errors & covariance

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SEXODM	-0.540978	0.196039	-2.759539	0.0058
REFERENCIACAO	24.19117	1.598324	15.13533	0.0000
PESO_RELATIVO	1.263274	0.093548	13.50403	0.0000
ALTA_REDE_DM	5.688982	2.037592	2.792012	0.0052
IDADE	0.028337	0.005042	5.619782	0.0000
C	5.635547	0.345138	16.32838	0.0000
R-squared	0.203771	Mean dependent var		11.16047
Adjusted R-squared	0.203582	S.D. dependent var		16.10935
S.E. of regression	14.37636	Akaike info criterion		8.169333
Sum squared resid	4334071.	Schwarz criterion		8.171607
Log likelihood	-85673.96	Hannan-Quinn criter.		8.170075
F-statistic	1073.332	Durbin-Watson stat		1.880630
Prob(F-statistic)	0.000000			

**ANEXO VI - Testes de significância  
dos coeficientes individuais do  
MRLM**

A generalidade dos testes de significância dos coeficientes individuais das variáveis foram realizados para um intervalo de confiança de 95%.

- **Idade- $\beta_1$**

H0:  $\beta_1 = 0$

H1:  $\beta_1 \neq 0$

Da tabela de regressão do Eviews vemos que o valor-p (coluna Prob.) é de 0.0000.

Assim, como neste caso  $0.0000 < 0,05$ , rejeitamos H0.

Portanto, conclui-se que  $\beta_1$  é estatisticamente significativo ao nível de significância escolhido, ou seja,  $\beta_1 = 0.0283$  é significativo a 5%.

- **Sexo-  $\beta_2$**

H0:  $\beta_2 = 0$

H1:  $\beta_2 \neq 0$

Da tabela de regressão do Eviews vemos que o valor-p (coluna Prob.) é de 0.0068.

Assim, como neste caso  $0.0058 < 0,05$ , rejeitamos H0.

Portanto, conclui-se que  $\beta_2$  é estatisticamente significativo ao nível de significância escolhido, ou seja,  $\beta_2 = -0,5410$  é significativo a 5%.

- **Referenciação- $\beta_3$**

H0:  $\beta_3 = 0$

H1:  $\beta_3 \neq 0$

Da tabela de regressão do Eviews vemos que o valor-p (coluna Prob.) é de 0.0000.

Assim, como neste caso  $0.0000 < 0,05$ , rejeitamos H0.

Portanto, conclui-se que  $\beta_3$  é estatisticamente significativo ao nível de significância escolhido, ou seja,  $\beta_3 = 24,1911$  é significativo a 5%

- **Alta para a RNCCI- $\beta_4$**

H0:  $\beta_4 = 0$

H1:  $\beta_4 \neq 0$

Da tabela de regressão do Eviews vemos que o valor-p (coluna Prob.) é de 0.0000.

Assim, como neste caso  $0.0052 < 0,05$ , rejeitamos H0.

Portanto, conclui-se que  $\beta_4$  é estatisticamente significativo ao nível de significância escolhido, ou seja,  $\beta_4 = 5.6890$  é significativo a 5%.

- **Peso relativo- $\beta_5$**

H0:  $\beta_5 = 0$

H1:  $\beta_5 \neq 0$

Da tabela de regressão do Eviews vemos que o valor-p (coluna Prob.) é de 0.0000.

Assim, como neste  $0.0000 < 0,05$ , rejeitamos H0.

Portanto, conclui-se que  $\beta_5$  é estatisticamente significativo ao nível de significância escolhido, ou seja,  $\beta_5 = 1.2633$  é significativo a 5%.

**ANEXO VII - Formulários de  
colheita de dados**

## **Formulário para recolha de dados**

### **Equipa de Gestão de Altas (EGA) do Centro Hospitalar do Porto**

**Para cada utente com referenciação para a RNCCI, solicitam-se os seguintes dados:**

**Número de episódio**

**Número de Processo**

**Data de nascimento**

**Data de Internamento**

**Data de sinalização à EGA**

**Data da referenciação à EGA**

**Data da alta hospitalar**

**Serviço responsável pela referenciação**

**Destino do utente referenciado**

**Nota:** Os dados supracitados serão, à priori, obtidos através de *Query* às bases de dados da **RNCCI- Gestcare** e do **SONHO**, não perspetivando uma sobrecarga dos elementos da Equipa de Gestão de Altas.

## **Formulário para recolha de dados**

### **UMCCI/ Equipa de Coordenação Regional**

**Para cada utente com referenciação para a RNCCI por parte da EGA do Centro Hospitalar do Porto, solicitam-se os seguintes dados:**

**Data de sinalização à EGA**

**Data da referenciação à EGA**

**Data do envio da referenciação à Equipa de Coordenação Local**

**Duração do período de avaliação das propostas pela Equipa de Coordenação Local**

**Data do envio da referenciação à Equipa de Coordenação Regional**

**Duração do período de identificação de vaga pela Equipa de Coordenação Regional**

**Motivos da referenciação**

**Cumprimento dos critérios de referenciação**

**Motivos do incumprimento dos critérios referenciação**

**Referenciação cancelada**

**Existência de recusa da unidade proposta**

**Existência de recusa de participação monetária**

**Nota:** Os dados supracitados serão, à priori, obtidos através de *Query* às bases de dados da **RNCCI- Gestcare**, não antevendo uma sobrecarga dos elementos da Equipa da UMCCI.

**ANEXO VIII - Deliberação  
institucional para a realização do  
estudo - CHP**

## **O EFEITO DA REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS SOBRE A DEMORA MÉDIA DOS INTERNAMENTOS NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO**

012/12 (008-DEFI/012-CES) Trabalho Académico de Investigação realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP).

**Data de Recepção no Gabinete Coordenador da Investigação (GCI):** 11/01/2012

**Investigador Principal e Responsável no Centro Hospitalar do Porto (CHP):**

Leonardo Gonçalo Oliveira Ferreira – Enfermeiro, Serviço de Medicina do CHP

**Orientador da dissertação de Mestrado:**

Álvaro Fernando Santos Almeida – Professor Associado da FEP.

### **Resumo do Estudo:**

- **Local:** Serviço de Informação e Gestão (SIG), Equipa de Gestão de Altas.
- **Outras Instituições Intervenientes:** FEP
- **Desenho do Estudo:** Institucional, observacional, retrospectivo.
- **Objetivo geral do estudo:**
  - Estudar o efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto.
- **Objetivos específicos:**
  - Analisar o circuito de referenciação de utentes do CHP para a RNCCI;
  - Conhecer os principais fatores de referenciação que influenciam a demora média dos internamentos dos utentes referenciados para a RNCCI no CHP.
- **Participantes no estudo:** Doentes internados no CHP/HSA com alta para a RNCCI e com registo no sistema de codificação clínica ou da Equipa de Gestão de Alta (EGA)
- **Tamanho da amostra:** Serão incluídos no estudo todos os doentes que cumpram os critérios de elegibilidade, internados no CHP/HSA nos anos de 2010 e 2011.
- **Duração do Estudo:** Início: Após aprovação institucional      Conclusão: 30/09/2012
- **Metodologia:**
  - O Investigador pretende recolher dados institucionais sobre processo de referenciação dos doentes para o RNCCI, nomeadamente sobre os constrangimentos do circuito da RNCCI e fatores extrínsecos à estrutura da RNCCI. Serão, ainda, colhidos dados sobre os motivos que levam à referenciação para a RNCCI. As variáveis a recolher encontram-se explicitadas na página 8 da proposta apresentada para análise.
  - O processo de recolha de dados será realizado em duas etapas:
    - 1) Requerimento à EGA do CHP dos dados inerentes ao processo de referenciação dos utentes com alta para a RNCCI no período de 2010 e 2011;
    - 2) Cruzamento dos dados fornecidos pela EGA com o “*Sonho*” e “*WebGDH*”, a realizar no SIG.
  - Não haverá necessidade de consulta dos processos clínicos dos doentes por parte do Investigador, sendo todos os dados obtidos através da consulta das bases de dados disponíveis na EGA e SIG.
  - Não está previsto o pedido de consentimento informado.

#### Requisitos Preenchidos:

- Pedidos de autorização: Conselho de Administração, DEFI e Comissão de Ética;
- Termo de Responsabilidade e *Curriculum Vitae* do Investigador Principal (Enf. Leonardo Ferreira);
- Termo de Responsabilidade do Orientador da Instituição de Ensino (Doutor Alvaro Almeida);
- Autorização do Diretor da Equipa de Gestão de Altas (Dr. Amaral Bernardo);
- Autorização do Diretor do Serviço de Informação e Gestão (Dra. Mónica Carvalho);
- Protocolo do estudo;
- Comprovativo de frequência no Curso de Mestrado

#### APRECIACÃO e PARECER FINAL do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI do CHP:

A proposta de investigação "*O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto*" foi avaliada pelo Gabinete Coordenador de Investigação, não tendo suscitado dúvidas nem questões a clarificar pelo Investigador.

#### PARECER FAVORÁVEL pelo Gabinete Coordenador da Investigação.

O Gabinete Coordenador de Investigação dá por concluída a análise do processo, sendo enviado ao Investigador o Parecer elaborado para conhecimento.

Tendo em conta que a recolha de dados não será anonimizada, uma vez que o Investigador terá de ter acesso à identificação dos doentes para subsequente cruzamento com o "*Sonho*" e "*WebGDH*", o processo é enviado para a Comissão de Ética para avaliação dos aspectos éticos.

Deve ser aguardada a comunicação da autorização institucional para o início do estudo.

Centro Hospitalar do Porto, 16 janeiro de 2012

\_\_\_\_\_  
José Manuel Pereira, Gabinete Coordenador da Investigação

\_\_\_\_\_  
Isabel Fonseca, em substituição da Diretora do DEFI

Exm.º Sr.

Enf. Leonardo Gonçalo Ferreira

Serviço de Medicina

**ASSUNTO:** Trabalho Académico – Mestrado - “O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto”  
- N/ REF.º 012/12(008-DEFI/012-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Informação de Gestão e Equipa de Gestão de Altas, sendo Investigador Principal o Enf. Leonardo Gonçalo Ferreira.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
2012/012  
Dr. SOLLARI ALLEGRO Presidente  
Dr. PAULO BARBOSA Director Clínico  
Dr.º ÉLIA GOMES Vogal Executiva  
Dr. PORTO GOMES Vogal Executivo  
Enf.º EDUARDO ALVES Enfermeiro Director

**ANEXO IX - Deliberação**  
institucional para provisão dos dados  
ARS Norte



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO  INFORMAÇÃO  PARECER  Nº 05 DATA: 17 Jul 12

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

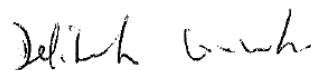
PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 07 /2012

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 07/2012 (sobre o estudo: "O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto"), aprovado na reunião do dia 03 de Julho de 2012, por unanimidade.

À Consideração Superior

  
Deolinda Neves  
Assessora CES/UIC





17/07/12

Rui Cernadas  
Vice-Presidente do C.D.



2012/07/17



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER Nº. 07\_/2012**

Sobre o estudo T15.12CES – O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no centro Hospitalar do Porto

**A – Relatório**

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T15, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pelo Investigador Leonardo Góncalo Ferreira, em 25.01.2012, aluno de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia Universidade do Porto, sobre "O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no centro Hospitalar do Porto".
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento, projeto de investigação, curriculum do investigador, e autorização do CHP.
3. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, pós fato, cuja amostra inclui os doentes internados no CHP (USA) e com registo no sistema de codificação clínica e da Equipa de Gestão de Altas, no ano de 2010 e 2011. Trata-se de uma amostra não probabilística, mas de tipo intencional consecutivo.
4. O método de recolha de dados passará por duas etapas, requerimento à EGA do CHP e à UMCCI dos dados referentes ao processo de referenciação dos utentes com alta para a RNCCI. Será utilizado um formulário para a obtenção dos dados ambicionados. Esses dados serão obtidos através de Query às bases de dados da RNCCI, não perspetivando uma sobrecarga dos elementos da Equipa de Coordenação Regional.
5. O objetivo principal é estudar o efeito da referenciação de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos no Centro hospitalar do Porto.

