

SUSANA SOARES PINHEIRO VIEIRA PESCADA

ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE GESTÃO DA REDE NACIONAL
DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NA REGIÃO DO
ALENTEJO:
UM DIAGNÓSTICO PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2024

SUSANA SOARES PINHEIRO VIEIRA PESCADA

ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE GESTÃO DA REDE
NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
NA REGIÃO DO ALENTEJO:
UM DIAGNÓSTICO PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO

Tese para obtenção do Grau de Doutor em Ciências Económicas e Empresariais
Especialidade de Gestão

Trabalho efetuado sob a orientação do Professor Doutor Guilherme José Fresca Mirador
de Andrade Castela e do Professor Doutor Nelson Tavares da Silva



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2024

ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE GESTÃO DA REDE
NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
NA REGIÃO DO ALENTEJO:
UM DIAGNÓSTICO PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO

Doutoramento em Ciências Económicas e Empresariais

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

.....
(Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada)

Direitos de cópia ou Copyright

© **Copyright:** (Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada).

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Aos meus Avós, Rodrigo e Maria Alda, João e Márcia

Aos meus Pais, Maria Emília e Cristiano,

À minha filha, Madalena

Ao meu companheiro, namorado e amigo de viagem, Fernando

AGRADECIMENTOS

Nomear todos aqueles que marcaram a minha caminhada e me ajudaram a alcançar os meus objetivos é sempre uma tarefa incompleta e inacabada, considerando a multiplicidade de pessoas, situações, eventos e variáveis que surgem durante um percurso de aprendizagem e evolução como este. Neste sentido, agradeço a todos os que me querem bem, que acreditam em mim e que me deram a força necessária para superar todas as situações mais ou menos complexas e difíceis. Mas, a beleza da nossa existência reside na complexidade e nas dificuldades que a vida nos traz, pois, cada dia traz consigo oportunidades para crescer, aprender e compreender melhor o mundo e a nós mesmos. Por essa razão, agradeço a todas as pessoas que compartilharam a sua sabedoria e o seu conhecimento, que me apoiaram e consolaram nos momentos mais complexos e difíceis, que, com a sua infinita paciência, me deram força que precisava para continuar.

Gostaria, assim, de agradecer a várias pessoas e entidades que contribuíram significativamente para a concretização deste trabalho. Assim, expresso os meus agradecimentos:

Aos Orientadores Professores Doutores Guilherme José Fresca Mirador de Andrade Castela e Nelson Tavares da Silva, pelas preciosas partilhas de conhecimento científico, que engradeceram significativamente este trabalho.

À Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Direção, Colegas e Estudantes, que se cruzaram comigo ao longo deste percurso, pelas reconfortantes conversas, incentivos e estímulos.

À Administração Regional de Saúde do Alentejo, pela total disponibilidade e abertura, quer na cedência de instalações para a realização das entrevistas e reuniões com a equipa de coordenação regional, quer no acesso a informações cruciais para a concretização dos objetivos do estudo.

À Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Administração Regional de Saúde do Alentejo, pelo seu valioso apoio e suporte na elaboração do protocolo de investigação em respeito com os princípios e valores do Código de Ética, que muito contribuíram para o progresso e valorização do conhecimento científico e a qualidade da investigação.

À Equipa de Coordenação Nacional, pela preciosa colaboração e valiosos contributos e conhecimento partilhado sobre a RNCCI.

À Equipa de Coordenação Regional do Alentejo, pelo acolhimento, disponibilidade e colaboração em todas as fases do trabalho de acesso ao campo e às pessoas. Sem o vosso suporte, este trabalho teria sido ainda mais difícil e moroso.

Aos Participantes do estudo, pelas valiosas perceções e opiniões, essenciais para a construção do conhecimento produzido. Sem a vossa partilha, não seria possível concluir este processo.

Aos meus colegas de doutoramento, pelos encontros e momentos de partilha, diversão e reflexão.

À minha amiga e colega Bernardete Sequeira, não há palavras que descrevam o carinho e o suporte emocional e profissional. Sem isso, a caminhada teria sido trilhada em terreno árido e cheio de obstáculos ainda mais difíceis de superar.

À minha família, aos meus pais e irmãos, pelo carinho, dedicação e suporte constantes e contínuos. Sempre presentes, com uma palavra de incentivo e ânimo. Com eles senti-me sempre abraçada, reconhecida e amada.

À minha querida filha, a minha maior fonte de inspiração. Estou grata por te ter ao meu lado, contagiando-me sempre com a tua energia, alegria, força e muita sensibilidade à mistura!

Ao meu companheiro de viagem, Fernando Teixeira, expresso a minha eterna gratidão por me desafiar a embarcar em mais uma “aventura”. Sem ele nada teria sido possível. Estou, igualmente, grata por te ter comigo, sempre. Foste e és o meu pilar, a minha “bengala” para os momentos mais difíceis, o meu segundo “ouvido” para as minhas lamúrias e desabafos e o meu terceiro “cérebro” para agir e seguir em frente sem receios nem medos.

Por fim, não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão à fonte de tudo o que este trabalho contém: a sensibilidade, o respeito e o carinho, tanto pelas pessoas que vivenciam situações de doença e dependência, como pelos profissionais que se dedicam, cuidam e partilham o seu quotidiano com essas pessoas.

A Todos, sem exceção, a minha profunda Gratidão!

RESUMO

À medida que as multimorbilidades aumentam nas sociedades envelhecidas, a gestão dos Cuidados Continuados Integrados torna-se um desafio para os sistemas de saúde. Diferentes países têm desenvolvido abordagens e modelos de gestão para enfrentar essa complexidade. Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge como uma resposta que visa fornecer cuidados de saúde e apoio social, visando a autonomia e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência. Esta Rede tem por base um modelo de gestão que se baseia numa lógica de descentralização e contratualização de serviços, desenvolvendo-se a vários níveis de intervenção e competências, com coresponsabilidade e articulação a nível inter e intrasetorial, interinstitucional e interprofissional. A presente investigação tem como finalidade diagnosticar a situação da RNCCI na região de Saúde do Alentejo, com o objetivo de analisar a articulação entre os níveis institucionais da Rede, identificar áreas críticas e recomendar ações de gestão. O estudo segue uma metodologia mista, com uma abordagem exploratória e sequencial. Recorre a duas fontes de dados: 1) indicadores relativos à atividade assistencial, entre 2017-2023, provenientes de diferentes sistemas de informação; 2) entrevistas e questionários aplicados às equipas da RNCCI. Aplicaram-se dois métodos de análise de dados: o COSTATIS, enquanto método de Análise de Dados de Três-Vias; e a análise Importância-Desempenho, enquanto ferramenta diagnóstica de gestão. Os resultados do estudo fornecem *insights* teóricos e práticos, destacando lacunas e pontos fortes nos processos de gestão da RNCCI. Conclui-se que existem áreas prioritárias que carecem de estratégias mais eficazes e ajustadas às diferentes realidades e especificidades das sub-regiões e equipas. A articulação entre diferentes níveis institucionais e equipas é essencial para melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. A investigação oferece uma base para desenvolver estratégias futuras que melhorem os processos chave da RNCCI na região do Alentejo.

Palavras-chave: Análise Importância-Desempenho, COSTATIS, Cuidados Continuados Integrados, Gestão em Saúde, Multimorbilidades, RNCCI.

ABSTRACT

As multimorbidities increase in ageing societies, the management of *Long-term Care* becomes a challenge for healthcare systems. Different countries have developed approaches and management models to address this complexity. In Portugal, the National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI) emerges as a response aimed at providing healthcare and social support, promoting autonomy and quality of life for people in situations of dependency. This network is based on a management model grounded in decentralisation and service contracting, developing at various levels of intervention and competence, with co-responsibility and articulation at inter and intra-sectoral, inter-institutional, and inter-professional levels. This investigation aims to diagnose the state of the RNCCI in the Alentejo Health Region, with the objective of analysing the articulation between the institutional levels of the network, identifying critical areas, and recommending management actions. The study follows a mixed methodology with an exploratory and sequential approach. It relies on two data sources: 1) indicators related to care activity between 2017-2023 from different Information Systems; 2) interviews and questionnaires applied to RNCCI teams and units. Two data analysis methods were applied: COSTATIS, as a Three-Way Data Analysis method, and Importance-Performance Analysis, as a management diagnostic tool. The study's results provide theoretical and practical insights, highlighting gaps and strengths in RNCCI management processes. It is concluded that there are priority areas requiring more effective strategies tailored to the different realities and specificities of the sub-regions and teams. The articulation between different institutional levels and teams is essential to improve the efficiency and quality of care provided. The research provides a foundation for developing future strategies to enhance key processes of the RNCCI in the Alentejo region.

Keywords: Importance-Performance Analysis, COSTATIS, Integrated Continuous Care, Healthcare Management, Multimorbidities, RNCCI.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xvi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xviii
Capítulo 1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Apresentação, contextualização e justificação da investigação.....	1
1.2 Objetivos da investigação	3
1.3 Abordagem metodológica	4
1.4 Contributos da Investigação	4
1.5 Estrutura da Investigação.....	5
Capítulo 2. O CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO E A PROCURA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL E NA REGIÃO DO ALENTEJO	7
2.1. Nota introdutória	7
2.2 Dinâmicas demográficas	8
2.3 Situação epidemiológica e estado de saúde.....	13
2.4 Despesa em saúde e em cuidados continuados integrados	21
Capítulo 3. OS SISTEMAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	27
3.1 Nota introdutória	27
3.2 Caracterização do sistema de prestação de cuidados de saúde português.....	27
3.3 Caracterização dos sistemas de cuidados continuados: panorama internacional	34
3.4 O modelo de cuidados continuados integrados em Portugal.....	42

Capítulo 4. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	45
4.1. Nota introdutória	45
4.2. Enquadramento e organização da RNCCI.....	45
4.2.1 Criação e fases desenvolvimento da RNCCI.....	45
4.2.2 Modelo de gestão e coordenação.....	47
4.2.3 Modelo de gestão e planeamento.....	49
4.2.4 Tipologias de Resposta.....	50
4.3 Funcionamento da RNCCI	54
4.3.1 Referenciação de utentes e ingresso na RNCCI.....	54
4.3.2 Modelo de financiamento e contratualização	56
4.3.3 Controlo e qualidade da RNCCI.....	58
Capítulo 5. GESTÃO DA SAÚDE E DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	62
5.1 Nota introdutória	62
5.2 Gestão em saúde: conceitos e especificidades.....	62
5.3. Desafios da gestão dos sistemas de saúde e dos cuidados continuados integrados.	64
5.4. Fatores críticos da gestão dos cuidados e da RNCCI.....	68
5.5 Modelos e abordagens na gestão dos cuidados continuados integrados	82
Capítulo 6. METODOLOGIA.....	93
6.1 Nota introdutória	93
6.2. Processo de investigação	93
6.3. Desenho do estudo.....	95
6.4. Objetivos e modelo do estudo.	99
6.5. População e amostra do estudo.....	101
6.6 A recolha de dados	104

6.6.1 Recolha documental	105
6.6.2 Entrevista semiestruturada.....	107
6.6.3 Inquérito por questionário	109
6.7 Fiabilidade e validade.....	110
6.8 Métodos de análise de dados	112
6.8.1 Os Métodos de Análise Multivariada de Dados	112
6.8.1.1 Introdução.....	112
6.8.1.2 Análise simultânea de k matrizes de dados	113
6.8.1.3 Análise simultânea de 2 blocos de k matrizes de dados	114
6.8.1.4 Método COSTATIS.....	115
6.8.1.4.1 Análise Parcial Triádica.....	116
6.8.1.4.2 Análise de Co-Inércia	116
6.8.1.4.3 Operacionalização do COSTATIS	116
6.8.1.4.4 Procedimento metodológico	118
6.8.1.4.5 Potencialidades e limites na aplicação do COSTATIS	122
6.8.1.4.6 Aplicação do COSTATIS no contexto da saúde	122
6.8.2 Análise importância-performance	123
6.8.2.1 Descrição da IPA	123
6.8.2.2 Limitações e críticas à IPA.....	127
6.8.2.3 Aplicação da IPA ao contexto da saúde	129
6.9 Questões éticas do estudo.....	133
6.10 Nota conclusiva	133
Capítulo 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	134
7.1 Nota introdutória	134
7.2 Estudo Empírico I: A Rede de Cuidados Continuados Integrados na Região de Saúde do Alentejo	134

7.2.1 A Cobertura da rede de cuidados de saúde primários e hospitalares na região de saúde do Alentejo	134
7.2.2 Estrutura organizacional da RNCCI na região de saúde do Alentejo.....	138
7.2.3 Capacidade da RNCCI	139
7.2.4. Acesso à RNCCI.....	140
7.2.5. Resultados da atividade assistencial	146
7.3 Estudo empírico II: Articulação entre os níveis estratégico, tático e operacional da RNCCI-Alentejo.....	149
7.3.1 Análise da interestrutura: os níveis de gestão da RNCCI.....	150
7.3.2 Análise do compromisso: a Importância atribuída e o DESEMPENHO percebido	154
7.3.3 Análise de Co-Inércia: a influência da perceção de IMPORTÂNCIA no DESEMPENHO obtido	157
7.4 Análise importância-desempenho.....	160
7.5. Principais Resultados e Discussão.....	164
7.5.1 Produção da RNCCI-Alentejo	164
7.5.2 Articulação entre os três níveis hierárquicos da RNCCI-Alentejo: principais áreas críticas.....	168
Capítulo 8. RECOMENDAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DO CONHECIMENTO....	179
Capítulo 9. CONCLUSÕES	183
9.1. Síntese dos resultados.....	183
9.2. Contribuições e implicações.....	186
9.2.1 Contribuições teóricas	186
9.2.2 Implicações para a gestão	188
9.3. Limitações e sugestões de investigação futura.....	188
Bibliografia.....	191

Apêndices	216
Anexos	249

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1: Evolução dos índices de envelhecimento, dependência total e longevidade, no continente e nas NUTS III da Região de Saúde do Alentejo (2001-2021) (Proporção %)	11
Tabela 2.2: Esperança de vida aos 65 anos em Portugal Continental e no Alentejo, 2001-2020: total e por sexo	16
Tabela 2.3: Taxas de prevalência da população com 5 ou mais anos, com incapacidade, por domínio de funcionalidade, Portugal e Região de Saúde do Alentejo, 2021 (proporção %)	20
Tabela 3.1: Caracterização dos sistemas de cuidados de longa duração	37
Tabela 4.1: Principais competências e compromissos das várias instâncias da Rede	52
Tabela 6.1: <i>Design</i> da investigação	99
Tabela 6.2: Perfil dos Entrevistados	102
Tabela 6.3: Distribuição da amostra, respostas e não respostas	103
Tabela 6.4: Principais documentos analisados: âmbito, nível e período de referência	105
Tabela 6.5: Variáveis e indicadores relativos à Produção da RNCCI	106
Tabela 6.6: Roteiro da Entrevista	107
Tabela 6.7: Coeficiente alfa de Cronbach	111
Tabela 6.8: Descritores do Questionário	119
Tabela 6.9: Níveis Institucionais da RNCCI	120
Tabela 6.10: Sub-regiões do Alentejo	120
Tabela 6.11: Aplicações da IPA em Serviços de Saúde	132
Tabela 7.1: Número de hospitais e de camas na Região de Saúde do Alentejo, em 2020	136
Tabela 7.2: Camas por 1000 habitantes e Taxa de Ocupação das Camas no Continente e na Região de Saúde do Alentejo, 2018-2020	137

Tabela 7.3: Utentes Referenciados e Colocados e Entidade Referenciadora 2017-2018 e 2019-2020.....	142
Tabela 7.4: Utentes Referenciados, a Transferir e Colocados, por tipologia, 2017-2018 e 2019-2020.....	143
Tabela 7.5: Tempo Médio de Espera e Cancelamentos de episódios até obtenção de vaga e Taxa de Ocupação, por tipologia, entre 2017-2018.....	144
Tabela 7.6: Tempo Médio de Espera e Cancelamentos de episódios até obtenção de vaga e Taxa de Ocupação, por tipologia, entre 2019-2020.....	144
Tabela 7.7: Mediana do tempo desde a referenciação até à identificação de vaga (em dias), por tipologia, entre 2020-2022	145
Tabela 7.8: Duração média de internamento, por tipologia, entre 2020-2022	146
Tabela 7.9: Número de agudizações e de altas, por tipologia, entre 2017-2020.....	147
Tabela 7.10: Custos com o funcionamento das Unidades – UC, UMDR e ULDM, e com os transportes de utentes da RNCCI na região de saúde do Alentejo, entre 2017-2020	147
Tabela 7.11: Valor Próprio, Inércia e Inércia Acumulada da configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI.....	150
Tabela 7.12 : Coordenadas para a configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI.....	151
Tabela 7.13: Contribuições para a configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI.....	151
Tabela 7.14: Valor Próprio, Inércia e Inércia Acumulada da Configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI.....	152
Tabela 7.15: Coordenadas para a configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI.....	153
Tabela 7.16: Contribuições para a configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI.....	153

Tabela 7.17: Coordenadas para a configuração Euclidiana do Compromisso para a IMPORTÂNCIA	154
Tabela 7.18: Coordenadas para a configuração Euclidiana do Compromisso para o DESEMPENHO	156
Tabela 7.19: Normas dos Vetores de Co-Inércia entre a IMPORTÂNCIA e o DESEMPENHO	159
Tabela 7.20: Configuração principal dos 4 quadrantes da IPA	162
Tabela 7.21: Configuração secundária dos 4 quadrantes da IPA	163
7.22: Prioridades da RNCCI na Região do Alentejo, por áreas e dimensões.....	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1: Variação projetada da despesa relacionada com o envelhecimento (2019-2070), por componente da despesa, em p.p. do PIB.....	23
Figura 3.1: Funcionamento do Sistema de Saúde: caso português.....	32
Figura 4.1: As fases de desenvolvimento da RNCCI.....	47
Figura 4.2: Níveis e Intervenientes da Coordenação da RNCCI.....	47
Figura 4.3: Modelo de intervenção da RNCCI.....	51
Figura 4.4: Processo de Sinalização e Referenciação para a RNCCI.....	55
Figura 4.5: Sistema de qualidade da RNCCI - Responsáveis e Objetivos	58
Figura 4.6: Esquema de Garantia da Qualidade	60
Figura 6.1: Principais etapas e fases do processo de investigação	94
Figura 6.2: Fluxograma metodológico	98
Figura 6.3: Modelo do Estudo	101
Figura 6.4: Distribuição das equipas e unidades da RNCCI-Alentejo, por nível hierárquico	103
Figura 6.5: Temas e subtemas da análise temática.....	109
Figura 6.6: Dados cúbicos ou triádicos	113
Figura 6.7: Conjuntos múltiplos de dados com indivíduos fixos	115
Figura 6.8: COSTATIS	116
Figura 6.9: Etapas do Método COSTATIS	117
Figura 6.10: Esquema metodológico.....	118
Figura 6.11: Articulação entre os níveis estratégico (<i>A</i>) tático (<i>B</i>) e operacional da RNCCI (<i>C</i>), nas quatro sub-regiões do Alentejo	121
Figura 6.12: Gráfico padrão Importância-Performance	124
Figura 7.1: Organização Administrativa da Região de Saúde do Alentejo.....	135
Figura 7.2: Estrutura organizacional da RNCCI na Região de Saúde do Alentejo.....	138

Figura 7.3: Número de camas de internamento em atividade por região de saúde	139
Figura 7.4: Taxa de Ocupação (%), por tipo de resposta, na região de Saúde do Alentejo	145
Figura 7.5: Atividade assistencial nas UC, 2022 e 2023 (junho)	148
Figura 7.6: Atividade assistencial nas ULMD, 2022 e 2023 (junho)	148
Figura 7.7: Atividade assistencial nas UMDR, 2022 e 2023 (junho).....	149
Figura 7.8: Atividade assistencial nas ECCI, 2022 e 2023 (junho).....	149
Figura 7.9: Representação Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI.....	151
Figura 7.10: Representação Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI	153
Figura 7.11: Representação Euclidiana do Compromisso para a IMPORTÂNCIA	155
Figura 7.12: Representação Euclidiana do Compromisso para o DESEMPENHO	156
Figura 7.13 Representação Euclidiana da Co-Inércia entre a IMPORTÂNCIA declarada e o DESEMPENHO percebido.....	158
Figura 7.14: Adaptação da representação Euclidiana da Co-Inércia para um contexto IPA	161
Figura 8.1: Recomendações de Ações de Gestão dirigidas à RNCCI na região de Saúde do Alentejo	180

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- COIA - Análise de Co-Inércia
- ADLs - Activities of Daily Living
- AMD – Análise Multivariada de Dados
- ARS – Administrações Regionais de Saúde
- ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo
- ATP – Análise Triádica Parcial
- AIVD - Atividades básicas e instrumentais da vida diária
- CCDR Alentejo – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo
- CCI - Cuidados Continuados Integrados
- CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
- CCP – Cuidados Continuados Pediátricos
- CDSS – Centros Distritais da Segurança Social
- CNCC - Conselho Nacional de Cuidados Continuados
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DALYs - Disability Adjusted Life Years
- DE -SNS - Direção Executiva do SNS
- DGS – Direção Geral de Saúde
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- EAD/IA - Equipa de apoio domiciliário/infância e adolescência
- EMV - Esperança Média de Vida
- EGA – Equipas de Gestão de Altas
- ERS - Entidade Reguladora de Saúde

EU-SILC - European Union Statistics on Income and Living Conditions

GAP - Grelha de Acompanhamento ao Prestador

IDG - Índice de Desempenho Global

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPA – Importance-Performance Analysis

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LTC – Long-Term Care

MS - Ministério da Saúde

MTSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

MM – Multimorbilidades

N/A – Não Disponível

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PICC - Processo Individual de Cuidados Continuados

PII – Plano de Intervenção Individual

PRR - Plano de Recuperação e Resiliência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SI - Sistema de Informação

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCIP – Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULS - Unidades Locais de Saúde

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USO/IA - Unidade Sócio-ocupacional/infância e adolescência

WHO - World Health Organization

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação, contextualização e justificação da investigação

À medida que a prevalência das Multimorbidades (MM) aumenta nas sociedades envelhecidas, os sistemas de saúde e de assistência social enfrentam o desafio de prestar cuidados adequados a pessoas com necessidades complexas. Para enfrentar este desafio, têm vindo a ser desenvolvidas e implementadas em diferentes países abordagens e modelos de gestão para dar resposta a esta complexidade (Czypionka, Kraus, Reiss, Baltaxe, Roca, Ruths, Stokes, Struckmann, Hacek, Zemplényi, Hoedemakers e Mólken, 2020; Bruin, Billings, Stoop, Annerieke, Manon, Ambugo, Gadsby, Häusler, Obermann, Ahi, Reynolds, Ruppe, Tram, Wistow, Zonneveld, Nijpels e Baan, 2020; Lopes e Sakellarides, 2021).

O aumento das necessidades de cuidados, cada vez mais complexas, e a crescente procura de e por Cuidados Continuados Integrados (CCI), bem como a expectável melhoria da prestação de cuidados, tenderão a pressionar o sistema de saúde, a elevar a oferta e, conseqüentemente, o seu financiamento. Face ao previsível aumento dos custos com este tipo de cuidados, várias medidas têm sido desenvolvidas nos diferentes sistemas e países (Colombo, Llana-Nozal, Mercier e Tjadens, 2011; Comissão Europeia, 2021; WHO, 2020, 2023).

Em Portugal, são inúmeros os desafios que impõem a necessidade de acionar mecanismos de gestão para avaliar e garantir a qualidade cuidados prestados, com vista a alcançar resultados em ganhos de saúde (Lopes e Sakellarides, 2021). O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a definir um conjunto de medidas e estratégias políticas no contexto dos CCI, visando impactos na qualidade dos cuidados, na economia de recursos e nos ganhos em saúde.

Em 2006, criou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objetivo de garantir a prestação de cuidados de saúde e de apoio social. A sua implementação e desenvolvimento resultou da aplicação do Decreto – Lei nº 101/2006, de 06 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, que não só veio criá-la, como torná-la numa resposta pública do SNS.

A RNCCI tem como desígnio a promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, assim como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis. O processo de prestação deste tipo de cuidados implica a intervenção de diversas entidades e profissionais, designadamente os médicos de família, as equipas de cuidados continuados integrados dos agrupamentos de centros de saúde, as equipas de gestão de alta hospitalar, as unidades de

internamento de convalescença, de média e de longa duração, as equipas de coordenação local e as de coordenação regional (Decreto – Lei nº 101/2006, de 06 de junho).

A RNCCI é um sistema complexo, que se desenvolve a vários níveis de intervenção e competências. Na sua função de organizador e regulador da RNCCI, compete à Coordenação Nacional garantir a implementação de metodologias conducentes à melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, sendo o utente a linha condutora e o agregador de todos os processos. O sucesso da RNCCI impõe uma análise contínua, que vise identificar os vários componentes de gestão e prestação de cuidados e que, dessa forma, conduza a uma abordagem integrada e sinérgica dos processos de referenciação, clínico, cuidados, social, gestão, sistema de informação, entre outros. A abordagem integrada constitui o primeiro passo para a constituição de um sistema da qualidade, cuja estratégia implica uma articulação e coerência das várias ações, com a finalidade de identificar os eixos e as áreas de melhoria (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), 2009, 2010; ACSS, 2012, 2021).

Entre as diferentes ações de melhoria da RNCCI, destaca-se a garantia da fluidez do fluxo de referenciação, do cumprimento dos critérios de referenciação, do registo das etapas do circuito de referenciação, do cumprimento dos contratos clausulados da adequação dos cuidados, traduzida em resultados. O cumprimento destes objetivos obriga a uma articulação contínua entre os vários responsáveis, de modo a evitarem-se incongruências entre os diferentes processos chave - a referenciação, a prestação de cuidados e os organizacionais (UMCCI, 2009, 2010; ACSS, 2012, 2021, ERS, 2024).

Apesar das avaliações sistemáticas da RNCCI no que concerne, por exemplo, à atividade assistencial e ao acesso dos utentes à mesma, não tem sido aferida de forma plena e ampla as ações e medidas de gestão e planeamento da Rede.

A expansão e a melhoria da Integração da RNCCI, tem sido o desígnio de anteriores programas de governo nas áreas da Saúde e Segurança Social. Atualmente, um dos objetivos assumidos no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) centra-se no reforço da RNCCI, de forma a completar a resposta a nível nacional e a colmatar diversas ineficiências estruturais que permanecem sem solução (ACSS, 2022b).

Vários estudiosos, especialistas e investigadores têm vindo a estudar a RNCCI, no sentido de compreender as causas dessas ineficiências e encontrar as melhores soluções para torná-la mais eficiente e efetivo (Costa e Mourão, 2015; Santana, Marques, Lopes, Boto, Telles, Félix e Moita, 2017; Lopes e Sakellarides, 2021; Santos, Ferro, Camões, Lopes, Rocha e Morais, 2022).

Contudo, o desconhecimento e a complexidade da RNCCI trazem dificuldades em encontrar as respostas que ajudem a pensar sobre qual o melhor caminho a seguir. Conforme defendido por Bernardino (2020: 26) o “primeiro passo é identificar os sintomas e compreender as causas para encontrar as soluções”. Conhecer bem a realidade da RNCCI é fundamental para estabelecer os objetivos e as prioridades que melhor respondam aos problemas.

É neste contexto que surge a presente investigação, com a finalidade de diagnosticar a RNCCI numa região particular, a região de Saúde do Alentejo, onde a formalização de redes, de que é exemplo a RNCCI, tem-se demonstrado como mais-valia na resposta à dimensão territorial, gestão e eficácia dos recursos existentes. Contudo, o acentuado envelhecimento populacional, associado à dispersão territorial, traz limitações fortes ao nível da obtenção de economias de aglomeração e de escala para a oferta de determinados serviços públicos e privados, comprometendo o acesso à rede de cuidados de saúde, quer pelas distâncias envolvidas, quer por limitações ao nível da mobilidade (CCDR Alentejo, 2021).

1.2 Objetivos da investigação

A presente investigação visa realizar um diagnóstico da situação da RNCCI na região de Saúde do Alentejo, a fim de identificar as áreas críticas e as ações de melhoria dos processos de gestão da RNCCI.

Para o efeito, buscou-se alcançar os seguintes objetivos gerais:

- 1) Analisar a articulação entre os três níveis hierárquicos da Rede, nas quatro sub-regiões do Alentejo, no que diz respeito às avaliações sobre a importância atribuída e ao desempenho percebido em torno de diferentes atributos, características e processos da RNCCI;
- 2) Identificar as principais áreas críticas e estratégias orientadoras que serviram de base para elencar um conjunto de recomendações de ações de gestão que permitam revelar *insights* importantes para orientar futuras decisões ao nível da gestão da RNCCI na região de saúde do Alentejo.

No que respeita ao diagnóstico de situação, centrado sobretudo na realidade alentejana, foram concretizados quatro objetivos específicos:

- 1) Analisar, para o período 2017-2023, um conjunto de indicadores associados à produção da RNCCI na região de saúde do Alentejo, sobretudo no que diz respeito à capacidade, ao acesso e aos resultados da atividade assistencial da RNCCI;
- 2) Analisar a influência das avaliações sobre a importância atribuída a um conjunto de descritores no desempenho percebido da RNCCI, nas quatro sub-regiões do Alentejo.

- Pretende-se compreender as relações triádicas, na perspetiva dos três níveis institucionais, isto é, analisar a inter-relação entre três conjuntos de dados distintos, com vista a identificar padrões de associação, proximidade e dissociação entre esses conjuntos de dados, nomeadamente: (1) as avaliações sobre a importância atribuída e sobre o Desempenho percebido na RNCCI, (2) a qualificação atribuída pelos elementos das equipas nas 4 sub-regiões do Alentejo e (3) os três níveis institucionais que compõem a hierarquia da RNCCI;
- 3) Analisar e comparar a importância atribuída aos diferentes atributos, características e processos da RNCCI com o seu desempenho percebido;
 - 4) Identificar ações e estratégias de gestão direcionadas para as áreas de maior importância e de baixo desempenho, visando o alinhamento do desempenho com as expectativas e as prioridades ao nível da gestão da RNCCI na região do Alentejo.

1.3 Abordagem metodológica

Para responder aos objetivos traçados no âmbito desta investigação, este estudo adota o *design* de métodos mistos, combinando diferentes métodos e técnicas, e segue uma abordagem exploratória e sequencial. O estudo caracteriza-se como exploratório, na medida em que a sua aplicação teve por finalidade a elaboração de um instrumento de pesquisa adequado à realidade da RNCCI-Alentejo. Segue uma abordagem sequencial, pelo que começa com uma fase qualitativa (coleta e análise de dados extraídos das entrevistas e documentos), cujos resultados informam a próxima etapa quantitativa (coleta e análise de dados quantitativos a partir de inquéritos por questionário). O presente estudo integra o método COSTATIS e a Análise Importância-Desempenho (IPA) para obter *insights* sobre a complexidade da gestão da RNCCI e tomar decisões informadas com base nos resultados apurados.

1.4 Contributos da Investigação

Esta investigação trouxe contributos teóricos e práticos que importa evidenciar. A aplicação dos métodos de AMD de Três-Vias - COSTATIS e da IPA, no contexto da RNCCI é quase inexistente, assim como não são conhecidos estudos onde a conjugação destes dois métodos tivesse sido aplicada à realidade da RNCCI.

Deste modo, os resultados que advieram da combinação destes dois métodos trouxeram contributos relevantes para a literatura, ao revelar diferentes realidades percecionadas, mas também similaridades, entre os níveis hierárquicos e as sub-regiões do Alentejo. Além disso, permitiu perceber que as sugestões propostas pela IPA devem ter em conta as diferentes realidades e especificidades de cada equipa/nível hierárquico e sub-região.

Os resultados da pesquisa qualitativa forneceram informações valiosas ao identificar os temas/subtemas e os atributos inerentes aos processos de gestão da RNCCI. Por sua vez, a pesquisa quantitativa, através da recolha dados de série temporal, revelou as características da RNCCI na região de saúde do Alentejo no que se refere à sua organização, estruturas e atividade assistencial.

A abordagem mista permitiu avaliar e aferir a articulação dos diferentes níveis de intervenção da Rede, designadamente entre os níveis de gestão estratégico, tático e operacional, tendo sido detetados défices, lacunas e incongruências, assim como pontos fortes e convergentes em determinados processos de gestão e planeamento da RNCCI na região do Alentejo.

Outra contribuição importante reside no facto de os resultados apurados no âmbito deste estudo servirem de suporte ao auxiliar os profissionais, com funções de gestão e coordenação, na formulação e definição de medidas de gestão mais efetivas. Para além de devolver informações e sugestões que estimulem a investigação sobre o funcionamento da RNCCI noutros territórios.

Pretendeu-se, com esta abordagem, facilitar o diagnóstico da situação da RNCCI no contexto específico da região de saúde do Alentejo e, desta forma, convergir para um instrumento que possibilite desenvolver estratégias futuras, estimulando e incentivando a melhoria dos processos chave da Rede nesta região.

1.5 Estrutura da Investigação

A presente tese está organizada em duas partes. A primeira parte integra a introdução e as referências teóricas de sustentação do estudo, nomeadamente a revisão de literatura, onde, em função dos objetivos definidos, se procura identificar, rever e analisar os principais eixos teóricos e conceitos inerentes ao estudo. A segunda parte reporta-se ao estudo empírico, em particular à metodologia adotada e aos resultados alcançados e conclusões finais.

No que se refere à primeira parte, a mesma encontra-se dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a introdução e, no segundo capítulo, caracteriza-se o contexto sociodemográfico e epidemiológico e a procura de cuidados de saúde em Portugal e na região do Alentejo a partir da leitura e da análise de um conjunto de variáveis e indicadores sociais, demográficos, económicos e de saúde. O terceiro e o quarto capítulos abordam os sistemas de prestação de cuidados de saúde, em geral, e o modelo dos cuidados continuados integrados nos panoramas internacional e nacional. Finaliza-se com a caracterização da RNCCI (quanto à criação e fases de desenvolvimento, à gestão e coordenação, à tipologia de cuidados, ao processo de sinalização, referenciação e admissão na Rede, ao financiamento e contratualização e, por último, ao controlo e qualidade). O quinto capítulo é dedicado à gestão da saúde, onde se abordam alguns

conceitos e especificidades da gestão dos serviços de saúde. Posteriormente, focam-se os principais desafios em torno dos sistemas de prestação de CCI e, à luz da investigação internacional e nacional, apresentam-se os fatores críticos relacionados com a gestão e a organização da RNCCI. Para finalizar, destacam-se os principais modelos e abordagens em torno da gestão da saúde e da RNCCI.

Na segunda parte, organizada em três capítulos, são analisados e discutidos os dados alcançados e apresentados os principais resultados que decorrem do estudo. Assim, no sexto capítulo é apresentada a metodologia adotada no estudo, fundamentando e sustentando do ponto de vista teórico as razões da sua escolha e adequação aos objetivos propostos. Seguidamente, no sétimo capítulo, procede-se ao tratamento dos dados através dos métodos de análise e à apresentação e discussão dos resultados do estudo. O oitavo capítulo reporta-se às recomendações e transferência do conhecimento. Por fim, surgem as conclusões e as contribuições teóricas e práticas do estudo, expõem-se as limitações e sugerem-se linhas de investigação futura.

Capítulo 2. O CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO E A PROCURA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL E NA REGIÃO DO ALENTEJO

2.1. Nota introdutória

O decréscimo populacional, o envelhecimento e a fraca capacidade de retenção de população jovem são, desde há algum tempo, características conhecidas do território alentejano. A evolução demográfica influenciada por uma significativa redução dos níveis da fecundidade, com efeitos na diminuição do número de nascimentos, e associada ao aumento da esperança de vida, tem vindo a transformar a estrutura etária da população para uma estrutura duplamente envelhecida (elevado peso dos idosos e diminuta proporção dos jovens) de tal forma que o Alentejo é hoje representado como um território de baixa densidade, apresentando-se como o mais envelhecido do país (em 2021, o índice de envelhecimento no Alentejo foi de 218,6 face ao total nacional de 184,6) (Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021).

O elevado envelhecimento populacional, associado à dispersão territorial da população, traz limitações fortes ao nível da obtenção de economias de aglomeração e de escala para a oferta de determinados serviços públicos e privados. Numa região como Alentejo, com predomínio de população envelhecida, a formalização de redes (exemplo da RNCCI) tem-se demonstrado como mais-valia na resposta à dimensão territorial, gestão e eficácia dos recursos existentes. O principal constrangimento reside na acessibilidade à rede de cuidados de saúde, quer pelas distâncias envolvidas, quer por limitações ao nível da mobilidade (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo) 2021).

Perante este contexto, quando se aborda a gestão e o planeamento dos CCI, questões como a situação sociodemográfica e epidemiológica, o estado de saúde e de incapacidade das pessoas e as despesas em cuidados de saúde são fundamentais para uma leitura e análise da realidade da RNCCI em Portugal e, em particular, na região do Alentejo.

Assim, considerando um conjunto de fatores externos, houve necessidade de descrevê-los e questioná-los em inter-relação, de modo a entender as dinâmicas da procura de Cuidados Continuados Integrados (CCI). Assim, a partir da análise dos principais indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, de saúde e dependência e, ainda, dos indicadores relacionados com o financiamento e a despesa pública em CCI, houve que caracterizar o contexto sociodemográfico e epidemiológico, no sentido de se perceber os seus efeitos na estrutura da Rede

Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e nos processos de gestão e planeamento dos cuidados continuados integrados.

Este capítulo procura traçar o perfil da população alentejana, onde foi realizada uma aproximação às necessidades (*needs assessment*) de cuidados decorrentes das alterações demográficas, do padrão epidemiológico e da estrutura socioeconómica da população alentejana. Abordar-se-ão, ainda, as questões associadas às despesas com CCI no contexto da UE e em Portugal.

2.2 Dinâmicas demográficas

O envelhecimento representa um dos desafios mais importantes do século XXI, apelando à reflexão sobre questões de extrema relevância, como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida das pessoas idosas, a solidariedade intergeracional e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e saúde. O Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), em diferentes Relatórios Primavera, tem vindo a apelar para o facto de que o aumento da população idosa onera os custos com os cuidados e a diminuição do número de jovens, traduzida na redução do número total de pessoas em idade ativa e a contribuir para a segurança social, invoca questões de sustentabilidade potencial (OPSS, 2011, 2017, 2022).

Pese embora Portugal permaneça entre os países da União Europeia (UE) com um maior fluxo líquido de imigração, o efeito conjunto destes fenómenos demográficos aponta claramente para um envelhecimento progressivo e sustentado da população, com uma diminuição gradual da percentagem de população ativa. As estimativas e as projeções são unânimes quanto ao facto de que a quebra da população não é compensada pelos fluxos migratórios e que se estima diminuir até 2080 (Eurostat, 2019, 2023; INE, 2021).

Segundo as estimativas anuais e as projeções da população residente em Portugal, o índice de envelhecimento poderá quase duplicar entre 2019 e 2080, passando de 163,2 para 300,3 idosos por cada 100 jovens, o que provocará grandes desequilíbrios e pressões na sociedade, num duplo sentido. Entre 2019 e 2080, a população mais idosa, com 65 ou mais anos de idade, poderá crescer de 2,3 para 3,0 milhões de pessoas, podendo alcançar o valor mais elevado no início da década de 50. Por seu turno, a população com menos de 15 anos de idade irá decrescer, passando dos 1,4 milhões para cerca de 1 milhão (1 007 772 pessoas) em 2080 (INE, 2021).

A região do Alentejo tem vindo a acompanhar estas tendências demográficas. Em 2021, a região apresentava uma densidade populacional de cerca 22,3 de habitantes por Km², muito inferior à densidade média do país (112,2 habitantes/km²). A faixa litoral da região do Alentejo é onde se observa uma densidade populacional mais reduzida. Contudo, observam-se alguns territórios com

maior intensidade demográfica, que coincidem, na sua maioria, com capitais de distrito ou sedes de concelho, de que é exemplo Évora. Contrariamente ao interior das regiões Norte e Centro do país, em que se observava um povoamento disperso, no Alentejo evidencia-se um sistema de povoamento fortemente concentrado, que salienta os aglomerados populacionais relativamente ao restante território. A ocupação do território evidencia, também, uma oposição norte-sul, onde a região do Alentejo se evidencia, com vastas áreas despovoadas. Outra particularidade do povoamento do Alentejo resulta do facto de a população se localizar, na sua maioria, em lugares de pequena dimensão, existindo um número considerável de população que reside em lugares com menos de 500 habitantes (INE, 2021).

A população residente no Alentejo tem vindo a registar decréscimos continuados que se iniciaram nos anos 50. A redução mais significativa ocorreu na década de sessenta durante a qual a população sofreu um decréscimo superior a 22%. Nas últimas décadas, a intensidade do declínio reduziu-se, em particular, nos anos noventa, durante os quais se registaram saldos migratórios positivos. Segundo os dados dos censos 2001, 2011 e 2021, a população acentuou o seu declínio numa proporção próxima do dobro da década anterior. Essa diminuição correspondia, em 2001, a 2,5%, o que representava 776 585 pessoas a residir no Alentejo. Em 2011, a população residente na região do Alentejo passou a ser de 757 302 indivíduos, o que representa 7,2% da população do país (366 739 homens e 390 563 mulheres). A região do Alentejo continuou a perder população, registando, em 2021, cerca de 704 533, dos quais 341 403 são homens e 363130 são mulheres (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Em 2021, o Alentejo Central (NUTS III) foi a unidade territorial que registou maior população (152 444), de seguida o Baixo Alentejo com 114 863 de habitantes, o Alto Alentejo com 104 923 e, por último, o Alentejo Litoral surge como a unidade territorial com a menor população residente (96 442) e onde existem mais homens (4.687.055) do que mulheres (47.417) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

No que diz respeito à região de saúde do Alentejo, em 2011, esta abrangia uma população de 509.741 habitantes, representando cerca de 5,1% da população residente no Continente. Nos últimos censos, esta região registou uma descida da população, contando com uma população de 468 672, o que representa cerca de 4,7% da população residente no Continente. Em 2021, a população residente teve um crescimento anual médio negativo (-0,72%), um valor superior face a 2011 (-0,25%) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

De facto, nas últimas três décadas, a região do Alentejo, à semelhança de Portugal, perdeu população em todos os grupos etários, em especial entre os 0-14 anos, verificando-se um crescimento no grupo etário dos 65 ou mais anos. Face a 2001 e 2011, em 2021 verificou-se que o grupo das idades mais avançadas reforçou a sua importância no total da população. Em 2021, a população entre 0-14 anos representava 12,4% enquanto em 2001 e 2011 era de 13,7% e 13,6%, respetivamente. O escalão etário dos 15 aos 64 anos, em 2001 e 2011, representava, respetivamente, 63,9% e 62,3% da população residente, passando a representar 60,6% em 2021. A população com 65 e mais anos regista o movimento contrário. Esta passou a representar 27% em 2021, face a 2001 e 2011, em que representava 22,3% e 24,2% da população total, respetivamente. No que diz respeito às quatro unidades territoriais do Alentejo, observou-se a mesma tendência de decréscimo da população residente nos grupos etários 0-14 e 15-64 e de crescimento no grupo etário de 65 anos ou mais (INE, 2021).

No que concerne à população estrangeira residente na região do Alentejo, esta representava, em 2011, 3,1%, o que corresponde a 23 577 cidadãos de nacionalidade estrangeira. Dados dos últimos censos apontam para um crescimento, passando a representar 4,7%, o que corresponde a 33.025 cidadãos estrangeiros a residir na região do Alentejo (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Ao analisar a estrutura etária da população da região do Alentejo, a mesma acentuou os desequilíbrios já evidenciados nas duas últimas décadas passadas (2001 e 2011), o que significa, por um lado, uma diminuição na base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem, e, por outro, um alargamento no topo com o crescimento da população idosa.

Na Tabela 2.1 é possível observar como os índices de envelhecimento, dependência total e longevidade, quer em Portugal continental, quer nas NUTS III da região de saúde do Alentejo, têm evoluído entre 2001 e 2021. À semelhança do país, a região do Alentejo não conseguiu inverter o desequilíbrio demográfico que caracteriza a estrutura etária da população, como consequência deste desequilíbrio o índice de envelhecimento subiu de 178, em 2011, para 218,6, em 2021. Em Portugal, este indicador passou de 127,8, em 2011, para 182,1, em 2021 (INE, 2021). No que se refere ao índice de longevidade, na região do Alentejo este indicador aumentou nas duas últimas décadas, passando de 42,7, em 2001, para 52,7, em 2021, ultrapassando, assim, os valores nacionais (48,8, em 2021). Os valores aumentaram nos três indicadores em todas as sub-regiões, com especial ênfase no Alto Alentejo (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Tabela 2.1: Evolução dos índices de envelhecimento, dependência total e longevidade, no continente e nas NUTS III da Região de Saúde do Alentejo (2001-2021) (Proporção %)

Área geográfica	Índice de Envelhecimento			Índice de Dependência Total			Índice de Longevidade		
	2001	2011	2021	2001	2011	2021	2001	2011	2021
Continente	104,5	130,6	184,6	47,7	51,6	57,5	41,4	47,9	48,8
Alentejo	162,7	178,0	218,6	56,4	60,6	65,0	42,7	51,9	52,7
Alentejo Litoral	165,0	188,9	223,4	53,2	57,8	61,0	40,2	50,6	50,9
Baixo Alentejo	175,9	188,8	217,9	60,2	62,6	67,4	43,7	53,1	52,3
Alto Alentejo	194,3	213,0	253,5	64,7	66,7	71,5	44,8	55,5	55,3
Alentejo Central	161,5	185,2	224,0	57,0	60,6	64,7	42,8	53,6	53,7

Fonte: INE - Recenseamentos Gerais da População (2021); PORDATA (2021)

O processo de transição demográfica tem-se acentuado fruto do decréscimo simultâneo das taxas de mortalidade e de natalidade e do índice sintético de fecundidade. Esta trajetória acentua a incapacidade de regeneração demográfica que o Alentejo vem manifestando desde os anos 50, de tal forma que, associado ao considerável envelhecimento dos seus efetivos populacionais, a demografia regional se configura como um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento regional (CCDR Alentejo, 2021).

Ao analisar a taxa bruta de mortalidade, a região do Alentejo registou valores superiores face ao Continente nos diferentes anos analisados (2001, 2011, 2021 e 2022), respetivamente 13,5%, 13,4%, 16,6% e 15,9%. Dados recentes revelam que o Alto Alentejo e o Baixo Alentejo foram as regiões do Alentejo com as maiores taxas de mortalidade. Em 2021 e 2022, o Alto Alentejo registou taxas de 19,7% e 18,7%, respetivamente, tendo o Baixo Alentejo registado valores aproximados, respetivamente 18%, 9% e 18% (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Dados recentes do INE (2022) revelam, ainda, que a taxa de mortalidade infantil continua reduzida (cerca de 2,6%, em 2022, e 2,4% em 2021). Na região de saúde do Alentejo, a taxa de mortalidade infantil tem registado diferentes oscilações entre os anos de 2001 e 2022. Em 2011, registou uma taxa de 2,3, menor do que a registada em 2001 (3,7). Apesar do decréscimo registado, em 2021, a taxa foi inferior à do Continente (1,9%), em 2022, a taxa de mortalidade infantil cresceu substancialmente para os 4,1% (INE, 2021; PORDATA, 2021).

A descida acentuada da taxa mortalidade nos primeiros anos de vida, registada em Portugal, e em todos os países da OCDE, é responsável pelo aumento da Esperança Média de Vida (EMV). Segundo dados do INE, em 2001, a esperança de vida à nascença em Portugal era de 76,7 anos (73,3 nos homens e 80,1 nas mulheres). Em 2020, este indicador cresceu para os 80,7 anos, sendo

que nas mulheres aumentou para os 83,4 e nos homens para os 77,7 anos (INE, 2021). Na Região do Alentejo, os dados revelam precisamente o mesmo quadro demográfico. Analisando a esperança de vida à nascença, entre 2001 e 2020, verifica-se um crescimento deste indicador, passando dos 76,7 para os 79,8 anos, continuando a revelar-se mais alto nas mulheres (82,8 anos) comparativamente com os homens (76,7 anos) (INE, 2021, PORDATA, 2021).

Em relação à taxa bruta da natalidade, esta tem diminuído substancialmente ao longo das últimas três décadas na região do Alentejo, verificando-se variações negativas de 2001 para 2021, com valores de 8,8% e 7,4%, respetivamente, com exceção do Baixo Alentejo que apresentou uma ligeira variação positiva (0,4%) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Quando analisamos o índice sintético de fecundidade na região do Alentejo, entre 2011 e 2021, este apresenta valores sem grandes oscilações entre 1,35 e 1,52 filhos por mulher, sendo que, em 2022, o valor corresponde a 1,55 crianças por mulher. Contudo, este valor permanece inferior a 2,1 crianças por mulher (índice considerado necessário para estabilizar a população) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Importa, ainda, analisar o índice de sustentabilidade potencial, pela importância que assume na presente análise, já que permite alcançar o significado que a população idosa assume na estrutura etária da população, isto é, o número de indivíduos em idade ativa por cada indivíduo idoso. Na região do Alentejo, este indicador diminuiu ligeiramente nas últimas décadas, passando de 2,9, em 2001, para 2,6, em 2011. Os últimos dados relativos a 2022 mostram que o índice de sustentabilidade na região do Alentejo é inferior (2,3) em relação ao verificado a nível nacional (2,6), o que mostra a importância da população idosa na estrutura etária da população residente nesta região. Nas diferentes unidades territoriais do Alentejo, os valores são semelhantes à região, verificando-se o valor mais alto no Litoral Alentejo (2,4) e valor mais baixo no Alto Alentejo (2,0) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

A forma como o povoamento da região do Alentejo está estruturado, sendo constituído por uma percentagem significativa de população isolada, cria constrangimentos ao nível do planeamento territorial, sobretudo no que diz respeito à garantia de uma equidade territorial no acesso a bens, serviços e equipamentos, especialmente à população mais fragilizada pela idade avançada. De acordo com os censos, em 2021, existiam no Alentejo 44.317 pessoas com mais de 65 anos a viver sozinhas. Quando analisamos este indicador por unidade territorial, o Alentejo Central apresentou os valores mais altos (9634), seguido do Baixo Alentejo (7544) e do Alto Alentejo (7297) e, por

último, o Alentejo Litoral, com 6209 pessoas com mais de 65 anos a viver sozinhas. (CCDR Alentejo, 2021; INE, 2021).

Destacam-se, assim, como dinâmicas demográficas mais relevantes da região do Alentejo: o continuado decréscimo da população residente; a queda da densidade populacional e o conseqüente isolamento populacional; a diminuição da taxa de natalidade; a crescente esperança de vida à nascença; o envelhecimento da população; a quebra do índice do rejuvenescimento da população ativa; o aumento da dependência total; e a baixa sustentabilidade potencial.

2.3 Situação epidemiológica e estado de saúde

O perfil de uma população é dinâmico e mutável ao longo do tempo. O perfil das pessoas idosas alterou-se significativamente nos últimos 30/40 anos e, certamente, que nos próximos 30/40 anos será diferente. Uma das principais alterações relaciona-se com o aumento da escolarização das pessoas com 65 ou mais anos, o que tem vindo a modificar a forma como estas pessoas percecionam a sua saúde e como fazem a gestão da sua saúde, podendo trazer mais ganhos de saúde (Estevens, 2017; Fernandes, 2014; Martins, Rodrigues e Rodrigues, 2014).

O envelhecimento da população é fortemente marcado por três grandes dinâmicas, são elas, os baixos níveis de fecundidade e mortalidade e a elevada Esperança Média de Vida (EMV). Os avanços na medicina e na saúde pública (que potenciaram a diminuição acentuada dos níveis de mortalidade e o aumento da EMV), as mudanças sentidas ao nível do mercado de trabalho, com o papel acrescido da mulher no mercado de trabalho, e o planeamento familiar (que conduziram à queda da fecundidade), constituem os principais determinantes do envelhecimento global (Rosa, 2012; Fernandes, 2014).

O objetivo deste ponto tem como foco a analisar o perfil epidemiológico e o estado de saúde dos portugueses e, em particular, da população residente na região do Alentejo, a partir da leitura de alguns indicadores, tais como: Mortalidade; Morbilidade e Incapacidade; EMV; e *Disability Adjusted Life Years* (DALYs).¹

No entanto, o estudo da saúde de uma população implica, em primeiro lugar, compreender o significado de saúde, pois só, assim, será possível entender o impacto do envelhecimento na saúde. Há quem considere que saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança. Nessa medida, saúde e doença (onde se inclui a

¹ Este indicador corresponde aos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, constituindo uma importante medida-resumo do estado de saúde da população.

dependência) devem ser compreendidos como conceitos amplos e complexos, que englobam um conjunto infinito de indicadores. Barros (2019), entre as várias definições existentes em torno do conceito de saúde, considera que uma das mais abrangentes e integradas é a da Constituição da Organização Mundial de Saúde, assinada pelos países signatários em 1946: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*” (World Health Organization (WHO), 1946: 1).

Hoje, fala-se de determinantes e não em causas de saúde e doença, no sentido em que não existe uma associação causal unidirecional de um determinante, mas sim de uma complexa rede de fatores associada de forma comprovada a efeitos. Assim sendo, a saúde dos indivíduos e da população é condicionada por um conjunto de fatores que a produzem, causam, influenciam, condicionam ou explicam. Entre os quais, biológicos ou endógenos (idade, sexo e fatores genéticos); comportamentos e estilos de vida (hábitos alimentares, consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico); demográficos, sociais e económicos (esperança de vida, índices de envelhecimento e dependência, emprego e rendimento...); ambiente (água, ar, alimentos, resíduos, agentes biológicos, habitação, ambiente de trabalho...); sistema de saúde (acesso aos cuidados de saúde, coordenação e resposta do sistema...) (Barros, 2019).

A saúde é, neste sentido, compreendida como uma peça fundamental no ecossistema global, dependendo de uma multiplicidade de fatores. Fatores como os comunitários e saúde planetária acrescem aos fatores socioeconómicos e educacionais, comportamentais e individuais, sendo entendidos como determinantes no estado de saúde de uma pessoa (Santana, 2014; Martins, Rodrigues e Rodrigues, 2014; Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) e European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; Barton, Grant e Guise, 2021; Osborn, 2022; Direção Geral da Saúde (DGS), 2022; WHO, 2023).

Em matéria de saúde e doença, Portugal tem vindo a dar alguns passos no que se refere à avaliação da situação de saúde e dependência da população. Vários autores e organizações nacionais e internacionais, têm vindo, nos últimos anos, a traçar o retrato possível do perfil de saúde e epidemiológico dos portugueses através de uma análise completa dos determinantes da saúde e apontar caminhos para melhor responder aos desafios colocados (Campos e Simões, 2014; Fernandes, 2014; Martins, Rodrigues e Rodrigues, 2014; Estevens, 2017; OCDE e European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; DGS, 2022; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), 2023).

No âmbito do PNS 2021-2030, foram identificados vários desafios ao nível da saúde dos portugueses. Entre as necessidades identificadas, evidenciam-se: a redução da morte prematura e evitável; a redução da carga de doença e incapacidade; a redução da prevalência dos fatores de risco de elevada prevalência ou em crescimento (e.g. alimentação inadequada; inatividade física; excesso de peso e obesidade; hiperglicemia; hipertensão arterial); a manutenção ou melhoria do controlo dos fatores de risco (e.g. mortalidade infantil e suas componentes; doenças evitáveis pela vacinação); o aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores. Estas últimas necessidades foram identificadas a partir dos determinantes de saúde, que incluem os fatores ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos e, ainda, os relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2022).

Estes desafios apelam, acima de tudo, a uma atenção redobrada sobre o “estado” de saúde e dependência em Portugal.

A esperança de vida é, por norma, utilizada para monitorizar a saúde da população, incluindo a descrição e monitorização da saúde da população por grupo sociodemográfico. Estudos sobre as diferenças na esperança de vida entre grupos populacionais, tendo por base o nível socioeconómico, apontam para vários resultados de saúde. Por norma, os piores resultados de saúde recaem frequentemente sobre as pessoas menos favorecidas socialmente: as pessoas com baixo nível de educação morrem a uma taxa mais elevada do que as pessoas com elevado nível de educação; as pessoas de estratos mais baixos morrem a uma taxa mais elevada do que as de estratos sociais mais elevados; e as pessoas com baixos rendimentos morrem a uma taxa mais alta do que as pessoas com rendimentos mais elevados (Cantarero e Lago-Peñas, 2009; Abrantes e Simões, 2018).

Nos últimos 30 anos, os ganhos em saúde dos portugueses foram óbvios, tendo sido mais significativos em áreas sujeitas às influências de determinantes externos, de natureza socioeconómica, melhorias estruturais e de prestação de serviços. Em 2020, a esperança de vida em Portugal era seis meses superior à média da UE, embora tenha diminuído temporariamente 0,8 anos entre 2019 e 2020 devido às mortes por COVID-19 (uma redução próxima da média da UE). Antes da pandemia, a esperança de vida em Portugal registou um aumento superior a cinco anos entre 2000 e 2019 (OECD e European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Na região de saúde do Alentejo, a esperança de vida à nascença tem aumentado nos últimos anos. Cada português nascido nesta região pode esperar viver mais de 80 anos, mais dois anos do que a média europeia. As mulheres vivem cerca de mais seis anos do que os homens. Ao analisar a Esperança de vida aos 65 anos na região do Alentejo, entre 2001 e 2020, constata-se que este

indicador aumentou, o que significa que as pessoas com 65 ou mais anos, quer sejam homens ou mulheres, esperam viver pelo menos mais 2 anos (Tabela 2.2) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Tabela 2.2: Esperança de vida aos 65 anos em Portugal Continental e no Alentejo, 2001-2020: total e por sexo

Área geográfica	Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo								
	Total			Homens			Mulheres		
	2001	2011	2020	2001	2011	2020	2001	2011	2020
Portugal	17,1	18,8	19,4	15,2	16,9	17,4	18,6	20,3	20,8
Continente	17,2	19,0	19,4	15,3	17,0	17,5	18,6	20,5	21,0
Alentejo	16,9	18,5	18,9	15,2	16,7	17,0	18,3	20,0	20,3

Fonte: INE, 2021; PORDATA, 2021

As últimas projeções disponibilizadas pelo Eurostat apontam, ainda, para um aumento exponencial da esperança média de vida, entre 2022 e 2100, nas mulheres passa dos 85 para os 93,2 anos e, nos homens, passa dos 79,6 para os 89,8 anos (Eurostat, 2023).

Quanto ao índice de longevidade, este indicador cresceu em Portugal, entre 2011 e 2022, passando de 48,6% para 48,9%, ao contrário do registado no Alentejo, onde se observou um decréscimo (53,0%, em 2011, face a 52,4%, em 2021) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Contudo, quando se avalia a longevidade é essencial ter em conta o estado de saúde físico e mental, assim como a qualidade de vida. Neste sentido, além do indicador de esperança média de vida, deve recorrer-se à esperança média de vida com saúde ou sem incapacidades. Em relação aos anos de vida saudável à nascença, em Portugal verificou-se um ligeiro aumento entre 2011 e 2021, passando dos 59,6 para os 58,3 anos, com exceção nas mulheres, onde se registou uma diminuição de 1,2 anos (58,6% em 2011 face a 57,4% em 2021) (INE, 2021; PORDATA, 2021).

Contudo, sabe-se que o aumento dos anos de vida conduz a uma natural deterioração do estado de saúde do indivíduo, quer a nível biológico, quer a nível psicológico ou sociocultural, induzindo a um consequente aumento da necessidade e procura de e por cuidados de saúde (Barros e Costa, 2022a).

Em 2021, Portugal situava-se entre cinco países da UE-27 em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era de 43,9%, mais 8,7 p.p. do que a média da população da UE-27 (35,3%) (INE, 2021).

O peso das doenças não transmissíveis é elevado, sendo que as doenças crónicas (*e.g* doenças cardiovasculares e o cancro constituem as principais causas de morte de morbilidade e mortalidade

em Portugal, sendo estas as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida (DGS, 2010; OECD e European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Envelhecimento e doença não são sinónimos, pese embora se possa considerar que o envelhecimento individual aumenta a probabilidade de os indivíduos apresentarem uma maior carga de doença (Estevens, 2017). Em 2022, a população idosa era o grupo populacional com maior prevalência de doenças crónicas, em que 44,7% da população com 16 ou mais anos referiu ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo mais frequentemente no caso das mulheres (47,0%) do que no dos homens (42,0%), bem como na população idosa (71,1%) por comparação com a população com menos de 65 anos (34,6%) (INE, 2023).

Numa análise da prevalência da morbilidade crónica, em 2022, por regiões, observou-se que esta foi superior nas regiões Norte (46,0%) e Centro (45,9%). A região do Alentejo, precedida da Região Autónoma da Madeira, registou valores superiores (44,1%) por comparação às restantes regiões, que registaram valores abaixo da média nacional, ainda que com um decréscimo em relação a 2021 (menos 1,4 p.p.) (INE, 2023).

As causas de morte ocorridas devido a tumores malignos e a doenças do aparelho circulatório foram mais representativas na região Norte (31,7% e 30%, respetivamente), na Área Metropolitana de Lisboa (27,3% e 25,8%, respetivamente) e na região Centro (23,5% e 25,5%, respetivamente), situando-se a região do Alentejo na quarta posição, com 8,2% e 9,8% dos óbitos ocorridos no país por essas causas (INE, 2023).

Estes resultados continuam a confirmar os dados disponíveis sobre o perfil regional de saúde, relativos ao período 2012-2014, onde se destacam como principais causas de mortalidade na região de saúde do Alentejo, com valores superiores aos do continente, as Doenças do Aparelho Circulatório (31,9), as Doenças do Aparelho Respiratório (12,6), as Doenças Endócrinas (6,2%), as Causas Externas (4,5%). Por grandes grupos de causas de morte, destacam-se pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório (31,9%), seguidas dos tumores malignos (21,5%) e as doenças do aparelho circulatório (12,6%), para todas as idades e ambos os sexos. Em relação às causas de morte na região do Alentejo pelos diferentes grupos etários, destaca-se, à semelhança da realidade nacional, a prevalência dos tumores malignos nos grupos etários entre os 45 e os 75 anos e das doenças do aparelho circulatório nos grupos acima dos 65 anos. Por seu lado, as causas externas acentuam-se nos grupos etários mais jovens (Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA], 2019).

A região de saúde do Alentejo registou, ainda, valores superiores ao Continente nas seguintes principais causas específicas de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP): os acidentes de transporte, os suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente, as doenças isquémicas do coração, as doenças cerebrovasculares, os tumores malignos, a diabetes *mellitus*, a pneumonia e as doenças crónicas das vias aéreas inferiores. Para as mulheres, as causas específicas responsáveis por mais AVPP foram o tumor maligno da mama, as doenças isquémicas do coração, as doenças cerebrovasculares e os suicídios. No caso dos homens, as principais causas específicas de AVPP foram os acidentes de transporte, o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, os suicídios, as doenças isquémicas do coração e as doenças cerebrovasculares. No que diz respeito às causas de morte específicas por áreas da região de saúde do Alentejo na população com idade inferior a 75 anos, destacam-se as doenças isquémicas do coração (30,3%), as doenças cerebrovasculares (27,9%), os tumores malignos (TM laringe, traqueia, brônquios e pulmões e o TM mama, 27,6% e 18%, respetivamente) e os suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente (15,2%). O Baixo Alentejo registou a maior taxa de mortalidade causada por tumor maligno (laringe, traqueia, brônquios e pulmões), com 35,5%, seguindo-se o Alentejo Central, com 27,1% e o Litoral Alentejano, com 26,8% (ARSA, 2019).

Os últimos dados disponíveis, relativos a 2015, revelaram que, entre as principais causas de internamento hospitalar, as doenças do aparelho circulatório (1104,8), as doenças do aparelho digestivo (915,1), a gravidez, o parto e o puerpério (865,9), as doenças do aparelho respiratório (788,2), as causas externas (749,8), as lesões e envenenamentos (696,5) e os tumores malignos (515,8%) foram as que apresentaram as maiores taxas de internamento padronizado, para todas as idades e em ambos os sexos (ARSA, 2019).

De acordo com os diagnósticos ativos dos utentes inscritos ativos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na região do Alentejo, em 2018, as doenças que mais se destacaram foram: hipertensão (27,8%); alterações do metabolismo dos lípidos (25,8%); perturbações depressivas (13,4%); Obesidade (11,4%); e Diabetes (9,7%) (ARSA, 2019).

Estudos sobre o estado de saúde evidenciam que os fatores de risco comportamentais e ambientais têm um impacto significativo na mortalidade. Os resultados do inquérito nacional de saúde à população portuguesa revelaram que, cerca de um terço (30 %) de todas as mortes registadas em Portugal, em 2019, podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico. Não obstante, esta percentagem é inferior à média da UE (39%) (INE, 2021; OECD e European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

No que diz respeito aos determinantes de saúde analisados, em 2018, na região de saúde do Alentejo, foram identificados, o abuso do tabaco (12,5%), maioritariamente entre os homens (15,3%), e o excesso de peso em ambos os sexos (10,7%). Em todos os diagnósticos, as proporções registadas na região são inferiores às do Continente, com exceção do abuso de tabaco que é superior na região de saúde do Alentejo (ARSA, 2019).

Quando se procede a uma análise dos ganhos de saúde obtidos na complexa área da deficiência, incapacidade e dependência, constata-se que os mesmos carecem de mais dados quantificáveis e análises mais completas. A questão da incapacidade foi pela primeira vez alvo de tratamento estatístico no âmbito dos Censos 2011, sendo hoje concetualizada como “a interação da condição de saúde de um indivíduo com os seus fatores contextuais, ambientais e pessoais que revela limitação de atividade e/ou restrição na participação.” (INE, 2021: 6).

Mediante uma abordagem que considera a funcionalidade e a incapacidade como resultado da interação entre a pessoa e os fatores contextuais, e não o resultado de uma avaliação baseada em diagnósticos médicos de deficiência, o modelo recomendado pela Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa inclui seis domínios de funcionalidade que são universais: visão, audição, mobilidade, cognição/memória, realização de cuidados pessoais, comunicação. Os quatro primeiros domínios são considerados essenciais para determinar a incapacidade, enquanto os domínios relativos a cuidados pessoais e comunicação podem ser considerados como complementares (INE, 2021).

Os dados relativos aos Censos 2021 indicaram que, em 2021, residiam em Portugal 1 085 472 pessoas com 5 ou mais anos, com pelo menos uma incapacidade na realização dos seis tipos de atividades devido a problemas de saúde, o que representa 10,9% da população residente com 5 ou mais anos (9 935 472). A prevalência de cada uma das seis dificuldades universais, aumenta com a idade e é significativamente mais elevada no caso das mulheres (12,9% face aos 8,7% no caso dos homens). As proporções de pessoas com dificuldade em andar ou subir degraus, em ver e em ouvir aumentam sobretudo a partir dos 70-74 anos. A percentagem da população com dificuldade de cognição/memória, comunicação e realização de cuidados pessoais acentua-se um pouco mais tarde, a partir do grupo etário dos 75-79 anos (INE, 2021).

Na Tabela 2.3 pode-se observar as taxas de prevalência da população, com 5 ou mais anos, com incapacidade pelos quatro domínios de funcionalidade essenciais em Portugal e nas quatro sub-regiões do Alentejo. Face à média nacional (respetivamente 6,1% da população ao nível da mobilidade, 3,5% ao nível da visão, 3,4% no domínio da memória/cognição e 2,8% na audição),

as quatro sub-regiões do Alentejo apresentaram taxas de prevalência superiores, sendo que o Alto Alentejo foi a região que registou os valores mais altos em todos os domínios de funcionalidade (Tabela 2.3) (INE, 2021).

Tabela 2.3: Taxas de prevalência da população com 5 ou mais anos, com incapacidade, por domínio de funcionalidade, Portugal e Região de Saúde do Alentejo, 2021 (proporção %)

Domínio de funcionalidade	Portugal	Alto Alentejo	Baixo Alentejo	Alentejo Litoral	Alentejo Central
Mobilidade	6,1	7,8	6,7	6,4	6,7
Visão	3,5	4,5	3,9	4,0	4,0
Audição	2,8	3,8	3,2	3,1	3,3
Cognição/memória	3,4	4,3	3,4	3,3	3,6

Fonte: Elaboração própria com base nos dados dos Censos 2021 (INE, 2021)

Apesar dos indicadores revelarem uma situação desfavorável face ao contexto nacional, a região do Alentejo assistiu, nos últimos anos, a uma melhoria do nível de saúde das suas populações, ao nível dos principais indicadores, nomeadamente os decréscimos verificados na morbilidade e nas principais causas de morte (que acompanham as dinâmicas registadas no contexto nacional), como é o caso da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório que é a principal causa de morte. Todavia, graças às melhorias verificadas na saúde nos últimos anos, estes indicadores têm vindo a registar diminuições consideráveis. Outro indicador que mostrou ganhos de saúde bem evidentes foi a taxa de mortalidade infantil, onde Portugal e Alentejo registaram maiores reduções, apesar de se observarem na região taxas de mortalidade infantil bastante acima da média nacional (ARS, 2019; INE, 2021; OECD, 2021; DGS, 2022; CCDR Alentejo, 2023).

Ainda assim, os resultados apresentados vêm confirmar que as taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional assumem valores significativos na população portuguesa e alentejana. O OPSS (2015) e a Comissão Europeia (2021) afirmam que existe uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência, constituindo-se hoje como um dos desafios mais significativos a necessidade crescente em cuidados de saúde associados à dependência (OPSS, 2015; Comissão Europeia, 2021).

O número crescente de pessoas idosas e muito idosas é suscetível de conduzir a um aumento do número de pessoas que necessitarão e receberão CCI. A prevalência da deficiência física ou mental aumenta com a idade (especialmente com os grupos etários muito idosos, 80+) e, em muitos casos, pode conduzir à dependência. Segundo o relatório da Comissão Europeia (2021) - *Ageing Report, Economic & Budgetary Projections for the EU Member States*, estima-se que cerca de 7% da população mundial tenha necessidades na área dos cuidados continuados, cujo valor poderá chegar

a 19% na população com 65 ou mais anos. Em termos globais, e considerando as projeções relativas à evolução da população idosa, quer para Portugal quer para os países da UE27, espera-se uma crescente procura por cuidados continuados nos próximos anos em todos os países europeus, onde Portugal não será exceção. Consequentemente, o número de pessoas dependentes e de pessoas dependentes «acamadas», que, a cada momento, estarão integradas no seio das famílias, irão aumentar (Comissão Europeia, 2021).

Perante este cenário, o aumento das necessidades de cuidados e a crescente procura de e por CCI, bem como a expectável melhoria da prestação de cuidados tenderão a pressionar o sistema de saúde, a elevar a oferta e, conseqüentemente, o seu financiamento. Nos CCI mais de metade do financiamento está diretamente relacionado com a respetiva mão-de-obra. Face ao previsível aumento dos custos com este tipo de cuidados, várias medidas têm sido desenvolvidas nos diferentes sistemas e países, incluindo Portugal (Colombo *et al.*, 2011; Comissão Europeia, 2021).

2.4 Despesa em saúde e em cuidados continuados integrados

As despesas em saúde de um país resultam de um conjunto de fatores relacionados, quer com procura de serviços por parte da população, quer com a oferta de serviços. Autores como Cantarero e Lago-Peñas (2010), Stevens (2017), Barros (2019), OECD (2021) e Comissão Europeia (2021) evidenciam que os determinantes podem ser de natureza sociodemográfica, de saúde, socioeconómica e política.

Assim, no que diz respeito aos fatores sociodemográficos, o perfil da população pode influenciar a despesa em saúde (tendo em conta idade, o sexo e a educação). Contudo, a educação, ao contrário da idade (designadamente, o aumento da idade), pode ter um contributo negativo para a despesa. Isto porque, os indivíduos mais escolarizados, por norma, tendem a alcançar melhores condições de saúde. A carga de doença da população pode, igualmente, contribuir para o aumento dos gastos em saúde, na medida em que implica um maior consumo de cuidados, podendo ser influenciado pelas dinâmicas específicas do mercado da saúde (a definição do preço de vários bens ou serviços de saúde) e dos rendimentos dos indivíduos. A estes fatores socioeconómicos, acresce o investimento ao nível da tecnologia e inovação, que se traduz no desenvolvimento de novos equipamentos, tratamentos ou medicamentos. Os fatores de natureza política assumem, também, uma pressão acrescida para a despesa em saúde, na medida em que os gastos de saúde são influenciados pela organização do sistema de saúde (as escolhas e decisões políticas, parlamentares ou governativas, a cobertura do sistema de saúde, a definição de estratégias e de medidas de política que potenciem o acesso aos equipamentos de saúde, a prevenção na saúde e, ainda, a qualidade da

oferta de serviços de saúde). Porém, tais determinantes têm uma influência distinta na despesa em saúde, sendo a tecnologia e inovação, o rendimento individual e o mercado os fatores mais relevantes no controlo dos gastos em saúde (Estevens, 2017; Barros, 2019).

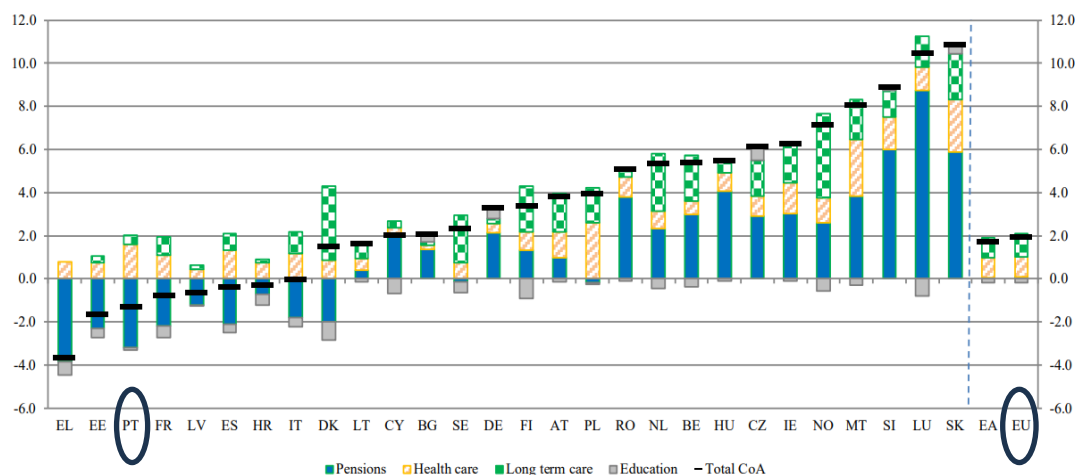
A despesa pública com CCI depende de vários fatores que afetam a procura e a oferta deste tipo de cuidados. Entre os principais fatores, destacam-se o estado de dependência da população (que, por sua vez, é determinado por fatores sociais, epidemiológicos e demográficos), o modelo de prestação de cuidados continuados integrados (a organização e o financiamento do sistema, que determinam a combinação entre cuidados formais, financiados pelo sector público, os cuidados formais financiados pelo sector privado e os informais) e a disponibilidade de recursos humanos. Fatores como a taxa de crescimento económico, o progresso da ciência médica e o desenvolvimento e utilização de novas tecnologias desempenham um papel, igualmente, relevante na despesa deste tipo de cuidados (Estevens, 2017; OCDE, 2021; Comissão Europeia, 2021).

Em 2017 e 2018, as despesas em *Long-term care* (LTC) estagnaram, mas voltaram a crescer em proporção do PIB. Os últimos dados do relatório sobre o envelhecimento relativo a 2021, revelam que as despesas com estes cuidados representam uma parte importante e crescente do PIB e da despesa em saúde (quer pública, quer privada) (OCDE, 2021; Comissão Europeia, 2021).

Considerando as componentes do envelhecimento da população (designadamente, pensões, cuidados de saúde, LTC e educação), as tendências futuras da despesa em saúde serão provavelmente muito influenciadas por fatores de natureza demográfica e não demográfica. Por essa razão, a despesa pública com LTC é um fator relevante para a sustentabilidade das finanças públicas a longo prazo (Comissão Europeia, 2021).

Ao analisar a Figura 2.1 é possível observar um aumento até ao ano de 2070 das diferentes componentes das despesas relacionadas com o envelhecimento, sendo, sobretudo, impulsionado pelas despesas com cuidados de longa duração e com cuidados de saúde (na UE, as despesas em LTC correspondem a +1,1 p.p. do PIB e em cuidados de saúde a +0,9 p.p. do PIB). Em vários Estados-Membros, prevê-se uma diminuição das despesas com pensões a longo prazo, em resultado das anteriores reformas dos regimes de pensões, incluindo medidas que reduzem o rácio das prestações e aumentam a idade de reforma. Prevê-se, ainda, uma redução das despesas públicas com pensões em percentagem do PIB a longo prazo em onze Estados-Membros, entre os quais Portugal, fruto das reformas dos regimes de pensões (incluindo alterações à idade da reforma e às prestações de pensões) adotadas para dar resposta às preocupações de sustentabilidade orçamental dos sistemas de pensões (Comissão Europeia, 2021).

Figura 2.1: Variação projetada da despesa relacionada com o envelhecimento (2019-2070), por componente da despesa, em p.p. do PIB



Fonte: Comissão Europeia (2021)

Conforme aponta a Comissão Europeia (2021), as despesas em LTC (especificamente os cuidados formais financiados pelo setor público, excluindo os cuidados formais privados e os cuidados informais) não aumentam de forma linear com a idade. Os perfis de despesas relacionadas com a idade apresentadas pelos diferentes Estados-Membros revelam que as despesas (despesas por utilizador em % do PIB per capita) não registam um aumento relativo dos custos para os beneficiários deste tipo de cuidados nos grupos etários mais elevados. Estes resultados sugerem que os custos com estes cuidados por beneficiário com a incapacidade grave têm uma interação complexa com a idade. Na realidade, a população dependente pode ser agrupada em população jovem com deficiência (uma minoria, mas em alguns casos com custos elevados per capita) e população idosa (a maioria, com um aumento da dependência à medida que a idade avança), manifestando diferentes necessidades de cuidados (por exemplo, de cuidados domiciliários e cuidados institucionais). Para além da questão da idade, a cobertura dos sistemas de cuidados prolongados tem, também, um forte impacto nos perfis idade-custo. Os sistemas de LTC com uma cobertura muito limitada concentram-se apenas nas pessoas mais jovens e com maiores necessidades (por exemplo, as pessoas jovens com um grau elevado de incapacidade). Por seu turno, os países com sistemas de LTC com uma cobertura mais ampla, tanto para os jovens incapacitados como para os idosos, podem apresentar um perfil de custo por idade mais próximo do custo relativo da prestação de cuidados a cada grupo etário (Comissão Europeia, 2021).

Analisando as despesas de saúde em Portugal, observa-se que Portugal gastou menos do que muitos outros países europeus em cuidados continuados (111 EUR per capita, ou 5 % do total das despesas de saúde, em comparação com 16 % na UE) e em prevenção (41 EUR per capita, ou 2 % do total

das despesas de saúde, em comparação com 3 % na UE). A maior fatia das despesas de saúde em Portugal refere-se aos cuidados ambulatoriais (46 %, sendo a percentagem mais elevada para esta categoria de despesas na UE, seguindo-se as despesas com internamentos hospitalares (598 EUR, ou 26 %) e com produtos farmacêuticos (443 EUR, ou 19 %), cujos valores se situavam abaixo das médias da UE (1 010 EUR em internamentos hospitalares e 630 EUR em produtos farmacêuticos). Salienta-se que os custos em LTC apenas englobam a componente da saúde (Eurostat, 2019; OECD, 2021).

Segundo a OECD (OECD, 2021), em Portugal, o SNS engloba um conjunto de benefícios (incluindo consultas com o médico de família e cuidados ambulatoriais especializados bem como outros serviços prescritos por médicos, como os produtos farmacêuticos), porém limitados no que se refere à cobertura de determinados serviços. Em 2019, a cobertura pública foi bastante mais baixa em relação à média da UE.

De acordo com as projeções realizadas para o período 2019-2070, a cobertura do total de cuidados (cuidados domiciliários e institucionais), parcialmente financiados pelo setor público, varia muito entre os países da UE. Portugal surge como o país com a menor cobertura dos cuidados institucionais e domiciliários por comparação à cobertura estimada da população dependente por cuidados em vários Estados-Membros da UE (muito elevada e superior a 100% nos Países Baixos). Este facto está relacionado com o facto de estes países possuírem sistemas de LTC, abrangendo não só a deficiência grave, mas também formas menos graves de deficiência (Comissão Europeia, 2021).

Contudo, uma grande parte dos cuidados de longa duração na UE é efetivamente prestada por prestadores de cuidados informais (nomeadamente, familiares e amigos - principalmente cônjuges e filhos). Os Países Baixos, a Dinamarca e a Suécia recorrem sobretudo a cuidados formais, enquanto países como a Grécia, a Letónia, a Bulgária, o Chipre, a Roménia, a Estónia, Portugal e a Croácia dependem quase exclusivamente de cuidados informais ou de cuidados financiados pelo setor privado. Embora estes últimos tipos de cuidados (informais e formais privados) substituam os cuidados formais públicos, há que ter em conta que existem "custos de oportunidade" decorrentes dos cuidados informais: o impacto no mercado de trabalho e na produtividade, bem como no próprio estado de saúde dos prestadores de cuidados (Comissão Europeia, 2021).

Em Portugal, a cobertura pública foi particularmente limitada no que respeita aos cuidados médicos em regime ambulatorio (57 % por oposição a 67 % na UE). Por outro lado, entre os países da UE, Portugal tinha uma das percentagens mais altas de pagamentos diretos, representando 30 % das

despesas totais de saúde, ou seja, o dobro da média da UE. No caso dos CCI, Portugal registou 2% de pagamentos diretos comparativamente com a média da EU (3,7% de pagamento diretos) (OECD, 2021).

Do ponto de vista do financiamento da saúde, o governo português atribuiu financiamento adicional para fazer face às despesas associadas à COVID-19. Acresce a este pacote de financiamento, o investimento no SNS no âmbito do PRR, adotado em 2021, cujo objetivo principal passa por reforçar a capacidade de resposta do SNS de Portugal às alterações demográficas e epidemiológicas e, ainda, apoiar a transição digital do SNS. Uma das prioridades definidas pelo governo visa melhorar os cuidados continuados. Assim, integrado na Componente 1 – SNS, o investimento na área dos CCI pretende aumentar em 5 500 as camas de internamento, criar 20 unidades de promoção de autonomia (resposta a 500 doentes) e criar 50 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (resposta a 1 000 doentes no domicílio). Para concretizar estas reformas está prevista a realização de investimentos em nove vertentes, num total que ascende quase 1,4 mil M€, cabendo à RNCCI e à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) um valor de 205 M€, situando-se abaixo do investimento previsto para os CSP com mais respostas (467 M€) e para a Transição Digital da Saúde (300 M€) (OCDE, 2021; Conselho de Finanças Públicas, 2022).

No âmbito do Orçamento do Estado para a Saúde de 2023, foram previstas sete prioridades para a área da saúde, semelhantes às previstas no orçamento anterior. Na área dos CCI prevê-se um conjunto de investimentos para a modernização tecnológica, construções de novos hospitais e novas unidades de cuidados continuados integrados e paliativos, bem como a requalificação do parque hospitalar existente (Barros e Costa, 2022b).

No que concerne à distribuição da despesa total definida no Programa Orçamental da Saúde para 2023, verifica-se que os cuidados hospitalares são responsáveis por cerca de 52,9% dessa despesa, (+1,1 p.p. que em 2022). A segunda componente mais relevante da despesa está relacionada com os CSP, que representa 29,5%, (+ 1,2 p.p. que em 2022). No conjunto, ao agregar as Unidades Locais de Saúde (ULS), estas áreas representam 89,7% do total da despesa afeta ao SNS. No que diz respeito à RNCCI, esta área representa cerca de 1,3% (idêntico a 2022) (Ministério das Finanças, 2023).

Recorde-se que, historicamente, Portugal é o país da OCDE com mais episódios de urgência *per capita*, o que reflete, na perspetiva do Conselho das Finanças Públicas (2022), a persistência de situações de recurso inadequado ou evitável aos serviços de urgência (*e.g.* casos de doença aguda de baixa gravidade, descompensação de condições crónicas, utilizadores frequentes), bem como a

insuficiência das respostas a montante e a jusante destes serviços (e.g., cuidados de saúde primários, pré-hospitalar, cuidados continuados, sector social, cuidadores formais e informais).

De acordo com a OECD (2021) e a Comissão Europeia (2021), os gastos que os países direccionam para os cuidados continuados integrados vai duplicar e, talvez, até triplicar, até 2070. Nesta medida, é crucial melhorar o planeamento e a gestão dos cuidados disponibilizados à população mais idosa e dependente.

De acordo com as projeções de despesa pública em CCI em % do PIB, no período 2019-2070, entre os países da UE, Portugal irá manter os valores de despesa pública baixos (0,4%) face à média da UE (1,2%), onde se projeta um aumento de 0,5% (Comissão Europeia, 2021).

A Comissão Europeia (2021) salienta que, para projetar as despesas com CCI, é necessário ter em consideração o envelhecimento da população, pelo que se este não for acompanhado por uma melhoria compensatória do estado de saúde, leva a um aumento do número de idosos dependentes e das necessidades de cuidados de longa duração. Por outro lado, a disponibilidade de cuidados informais deve ser tida em conta, pois pode diminuir devido a tendências sociais, como a evolução das estruturas familiares e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, conduzindo à necessidade de recorrer a mais cuidados formais financiados pelo setor público e, por sua vez, à pressão sobre as despesas públicas em CCI. O impacto dos cuidados informais é considerado pela Comissão Europeia como incerto, na medida em que dependerá do facto de os cuidados informais e os cuidados domiciliários serem complementos ou substitutos. Em caso de complementaridade, a diminuição da oferta de prestadores de cuidados informais reduzirá a procura, aumentando a procura de cuidados institucionais. A carência de prestadores de cuidados informais forçará as pessoas dependentes a mudarem-se para os cuidados institucionais. Esta carência poderá ser motivada pelo facto de, no futuro, o envelhecimento da população levar a uma diminuição de pessoas em idade ativa, aumentando potencialmente a escassez de pessoas para prestar os CCI (Comissão Europeia, 2021).

Para uma análise mais completa dos fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma população, torna-se fundamental analisar, além dos determinantes sociodemográficos, epidemiológicos e económicos, os fatores relacionados com o sistema de saúde a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2022).

Os capítulos seguintes procuram caracterizar e comparar os sistemas prestação de cuidados de saúde na Europa e em Portugal, com particular atenção no modelo de cuidados continuados integrados portugueses.

Capítulo 3. OS SISTEMAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

3.1 Nota introdutória

A crescente preocupação dos diferentes Estados e governos com a escassez da oferta de cuidados de longa duração para as pessoas dependentes e a procura de respostas capazes de responder às necessidades dessas pessoas e às suas famílias têm vindo a ocupar a agenda política internacional e nacional.

Perante os constrangimentos que decorrem da atual estrutura de oferta de cuidados, os sistemas de saúde defrontam-se com novos desafios, impondo uma resposta urgente por parte dos responsáveis pela gestão e organização desses mesmos sistemas. Em Portugal, uma dessas respostas passou pela criação de um modelo de intervenção integrado e articulado das áreas de saúde e social, envolvendo a participação e a colaboração de diferentes atores sociais, a sociedade civil e o Estado, enquanto principais incentivadores. O modelo da RNCCI surge, assim, da consciência da obrigação da sociedade de responder a estas dinâmicas e da procura de respostas às necessidades das pessoas mais idosas e dependentes, articulando as áreas da Saúde e da Segurança Social (Hespanha e Hespanha, 2011; Lopes e Sakellarides, 2021; OPSS, 2022; Henriques e Gandra, 2022).

Antes de caracterizar o modelo da RNCCI, importa situá-lo e enquadrá-lo no âmbito dos sistemas de saúde europeu e português.

3.2 Caracterização do sistema de prestação de cuidados de saúde português

Os problemas resultantes da estrutura demográfica da população, do peso da despesa pública em cuidados de saúde e da persistência da pobreza têm vindo a pôr em causa a sustentabilidade dos sistemas de saúde europeus. Tais evidências têm atraído uma extensa investigação sobre as reformas nacionais, em especial nos países que seguem o modelo de saúde *Bismarckianos*² (e.g. Alemanha e Países Baixos), *Beveridgianos*³ (e.g. Reino Unido, Espanha, Suécia) e híbridos

² O modelo Bismarck nasceu na Alemanha em 1883. Consiste num sistema de saúde que se baseia no facto de os cidadãos usufruírem dos cuidados de saúde através de organizações privadas (quer os empregadores como os trabalhadores pagam taxas que vão diretamente para as empresas gestoras dos serviços médicos). Esses pagamentos são transferidos para “fundos”, que são entidades não governamentais reguladas por lei e que administram os recursos. O Estado é um mero gestor, competindo ao Estado arrecadar o financiamento por meio de impostos e depois canalizá-lo para a iniciativa privada, e também garantir a harmonização do sistema.

³ O modelo Beveridge teve a sua origem no Reino Unido em 1940. Este sistema é baseado no acesso universal aos cuidados de saúde, sendo financiado pelo Orçamento do Estado, o Estado assume todo o controlo e gestão do sistema. De modo geral, o modelo de Beveridge financia a saúde por meio de impostos pagos por todos os cidadãos.

(Portugal, Itália e Grécia), mas também em toda a União Europeia (Taylor-Gooby, Leruth e Chung, 2017; Reibling, Ariaans e Wendt, 2019; Toots, 2022; Giarelli e Saks, 2023).

Na Europa Ocidental coexistem vários modelos de saúde, com concorrência e financiamento e com a presença dos setores privado e social. Os Sistemas de Prestação de Cuidados de Saúde distinguem-se entre os Sistemas Nacionais de Saúde (*National Health Systems, NHS*) apelidados de sistemas Beveridgianos (*Beveridge Systems*) e os Sistemas de Seguro de Saúde (*Health Insurance Systems*) ou Sistemas de Cuidados de Saúde baseados na Segurança Social (*Social Security Health Care Systems, SSH*) denominados de sistemas Bismarckianos (*Bismarck Systems*) (Hassenteufel e Palier, 2007; Taylor-Gooby, Leruth e Chung, 2017; Giarelli e Saks, 2023).

Analisando as diferenças fundamentais entre os principais modelos de saúde, em Espanha, por exemplo, embora dispondo de um modelo de financiamento estatal, tem um modelo regionalizado, permitindo alguma concorrência dentro do sistema. No caso da Suécia, são os municípios que assumem um papel importante na prestação de serviços de saúde. No Reino Unido, os prestadores de cuidados de saúde primários operam em colaboração com o Serviço Nacional de Saúde britânico (National Health Service - NHS) e são pagos por ele em função dos serviços que oferecem à população, apesar de serem na sua globalidade privados e autónomos. Portugal caracteriza-se por possuir um modelo *Beveridgiano*, onde os prestadores de cuidados de saúde são regulados pelo Estado através do Serviço Nacional de Saúde (Hassenteufel e Palier, 2007; Barros, Machado e Simões, 2011; Simões, Augusto, Fronteira e Hernandez-Quevedo, 2017; Giarelli e Saks, 2023) (Apêndice 1).

Autores como Hassenteufel e Palier (2007, 2010) num estudo realizado sobre os sistemas de saúde, caracterizam Portugal (à semelhança de Grécia) como um sistema de prestação de cuidados de saúde “*quasi híbrido*”, na medida em que asseguram o acesso quase gratuito aos cuidados de saúde para todos os cidadãos, a fim de garantir uma cobertura universal de doença. A oferta de cuidados de saúde é organizada principalmente pelo Estado e financiada por impostos. Alguns dos sistemas de saúde dependem de uma organização altamente centralizada (como é o caso da Grã-Bretanha), enquanto outros descentralizaram a sua organização e gestão (como é o caso, nomeadamente, dos países nórdicos).

Reibling, Ariaans e Wendt (2019) classificam, ainda, o sistema de saúde português do tipo público orientado para o desempenho e para os cuidados primários, à semelhança de países como a Finlândia, Japão, Noruega e Suécia. Este tipo de sistema é dominado pelo financiamento público, mas gasta menos dinheiro e utiliza menos médicos na prestação de cuidados de saúde. Os recursos

são também objeto de uma regulamentação muito mais rigorosa: o acesso aos especialistas é limitado por elementos de controlo e a escolha entre os prestadores é regulamentada. Este tipo de sistema está claramente orientado para os cuidados primários, com despesas relativamente elevadas no sector ambulatorio e uma percentagem comparativamente elevada de médicos de cuidados primários em comparação com os médicos de especialidade. Além disso, este agrupamento caracteriza-se por um elevado desempenho em matéria de prevenção (nomeadamente no que respeita ao tabagismo) e de qualidade dos cuidados. A maioria dos países que pertencem a este tipo são países que possuem um Serviço Nacional de Saúde (Reibling, Ariaans e Wendt, 2019).

Apesar do atraso inicial que resultou, por um lado, das opções ideológicas do Estado Novo e, por outro, do esforço financeiro para a sustentação da guerra colonial, o sistema de saúde em Portugal tem vindo acompanhar a evolução do modelo social europeu. Portugal adotou como modelo de proteção em saúde um Serviço Nacional de Saúde (SNS), que define, no artigo 64.º da Constituição da República, a proteção da saúde como um direito de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, com acesso aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, tendencialmente gratuito, universal e geral, visando a garantia dos princípios da equidade e da solidariedade social (Ramos, 2022).

Portugal deu os primeiros sinais de definição de um sistema de saúde organizado e hierarquizado na década de 60, cuja aceleração ocorreu após a Revolução de Abril. O primeiro passo para a universalização do acesso ao sistema foi dado, em 1978, através da abertura dos postos médicos dos Serviços Médico-Sociais. O SNS português foi, então, criado em 1979, sendo um sistema universal financiado por impostos (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.*, 2017; Ramos, 2022).

Na sequência da revisão constitucional de 1989, que caracterizou o SNS como “tendencialmente gratuito”, estabeleceram-se as bases da Saúde, através da Lei n.º 48/90, que potenciaram um consenso político e partidário generalizado sobre o SNS compreendido como uma “peça importante do sistema de saúde, mas não a peça exclusiva para assegurar o direito à saúde” (Ramos, 2022: 32). Desde então, a Lei de Bases da Saúde tendo sido alvo de várias revogações nos últimos anos para responder aos diferentes desafios impostos pelo envelhecimento da população (Diário da República n.º 169/2019, 4 de setembro).

O sistema de saúde português é, assim, caracterizado por três subsistemas coexistentes e sobrepostos, são eles: o SNS; os sistemas de seguros de saúde, públicos e privados, associados a determinadas profissões (subsistemas de saúde); e, ainda, os seguros de saúde privados voluntários. É composto, na sua globalidade, por uma rede nacional de prestadores de cuidados de saúde,

públicos e privados, com ligações próprias, tanto ao Ministério da Saúde (MS) como aos cidadãos. O MS e as suas instituições concentram as atividades de planeamento e regulação do sistema de saúde (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.*, 2017; Ramos, 2022).

O governo, através do MS, é responsável pelo desenvolvimento, supervisão e avaliação da política de saúde. Tem como atribuições a regulação, o planeamento e a gestão do SNS, assim como a regulação, a auditoria e a fiscalização dos prestadores privados de saúde, com ou sem fins lucrativos, integrados ou não no SNS. Cabe-lhe, ainda, coordenar e assegurar a prestação de cuidados e o financiamento da prestação do serviço público de saúde. Através do novo Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o SNS passou a ser dirigido, a nível central, pela Direção Executiva do SNS (DE -SNS, I. P.), com orgânica aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, tendo como missão coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS. Entre outras competências, cabe à DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a RNCCI e a RNCP, ao longo do percurso de saúde do utente; gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes; e assegurar o funcionamento em rede do SNS, nomeadamente através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

A nível regional, o SNS tem sido, desde 1993, gerido por cinco ARS, mas que recentemente foram substituídas pelas ULS. A reorganização do SNS, que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2024, com base no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 11 de julho, conduziu, assim, à generalização das ULS, organismos que integram hospitais e centros de saúde numa mesma instituição e gestão. Cada ARS tinha, até a esta alteração, um conselho de administração de saúde que respondia perante o Ministro da Saúde e era responsável pela gestão estratégica do sistema de saúde, supervisão e controlo dos hospitais, gestão dos centros de cuidados primários do SNS e pela implementação dos objetivos da política nacional de saúde (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.*, 2017; Ramos, 2022).

Com esta nova reorganização, foram criadas 31 novas ULS, que integram os hospitais e os centros de saúde debaixo de uma única gestão, ficando o país coberto por 39 ULS. As ULS passam a integrar numa mesma entidade os cuidados prestados pelos centros de saúde e pelos hospitais. A criação de um novo modelo de organização do trabalho dos profissionais no SNS, que inclui o alargamento dos Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais e generaliza as Unidades de Saúde Familiar (USF), que passam a ser todas de modelo B, onde os profissionais de saúde serão

remunerados em função do desempenho. Cada ULS concentra a organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, com a missão de promover o acesso das pessoas e a sua circulação, em função das necessidades, entre os centros de saúde e os hospitais (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 11 de julho).

O sector público, na figura do SNS, desempenha o papel central na prestação de cuidados de saúde através dos agrupamentos de centros de saúde, unidades de saúde especializadas e hospitais. Todos os hospitais pertencentes ao SNS estão sob a jurisdição do Ministério da Saúde, porém os hospitais do sector privado, com ou sem fins lucrativos, têm os seus próprios mecanismos de gestão. Os agrupamentos de centros de saúde e centros hospitalares/hospitais gozam de uma autonomia relativa, sendo estruturados, atualmente, por ULS através de uma rede de contratos na qual são especificados os serviços a prestarem e o respetivo pagamento por meio de transferências orçamentais (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.* 2017; Ramos, 2022).

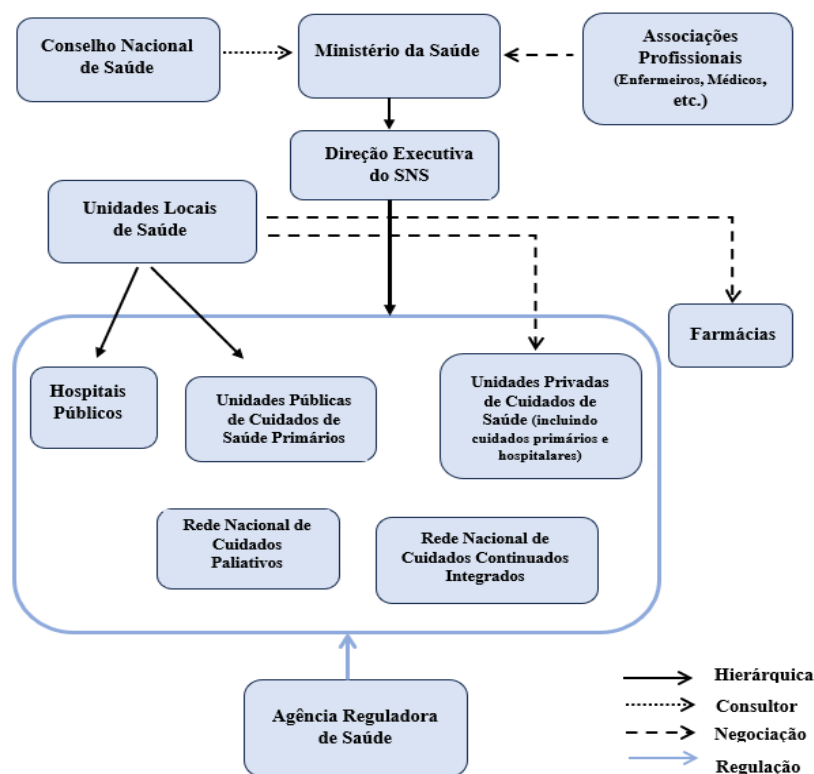
Nas últimas duas décadas, tem se vindo a assistir a uma reorganização dos cuidados de saúde primários, enquadrada pelo Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Os centros de saúde foram organizados em agrupamentos de centros de saúde (ACES) que contemplam as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e as unidades de saúde pública (USP). Esta estrutura detentora de autonomia administrativa visa promover a participação da comunidade local como um aspeto essencial da sua governação e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. A criação da RNCCI integra-se nesta reforma e visa melhorar a qualidade nos serviços de saúde prestados, estando estes diferenciados por unidades especializadas (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.* 2017; Henriques e Gandra, 2022; Rodrigues, 2022).

Na esfera local, as áreas de atuação são baseadas na proximidade geográfica ao contrário de áreas administrativas. O papel dos municípios é exíguo, tendo o seu contributo na promoção da saúde e programas de melhoria no âmbito da saúde oral infantil, saúde ambiental e orientações comportamentais a grupos de risco (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.* 2017; Ramos, 2022).

Os serviços de saúde públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, contemplam unidades de internamento, unidades de consultas médicas, centros de diagnóstico e terapêutica e uma rede complementar de transporte por ambulâncias e serviços farmacêuticos, os quais, através de acordos estabelecidos com o SNS e outros subsistemas de saúde, públicos ou privados, asseguram a prestação de cuidados de saúde e também a grupos específicos de pacientes, tais como, trabalhadores com vínculo ao Estado.

O esquema apresentado na Figura 3.1 permite observar o funcionamento do sistema de saúde português, incluindo as entidades reguladoras e financiadoras intermédias (Conselho Nacional de Saúde, Ministério de Saúde, Direção Executiva, ULS, etc.), diferentes tipos de prestadores públicos (hospitais públicos, unidades de cuidados primários e Cuidados Continuados Integrados) e privados (unidades de saúde privadas, incluindo cuidados primários e hospitalares) e as farmácias, bem como toda sua complexidade de fluxos descrita anteriormente.

Figura 3.1: Funcionamento do Sistema de Saúde: caso português



Fonte: adaptado de Simões *et al.* (2017)

À semelhança de muitos sistemas de saúde europeus, o sistema de saúde português baseia-se num *mix* de fontes de financiamento público e privado, coexistindo em simultâneo três sistemas distintos, conforme já referido. O financiamento do SNS provém, assim, de uma dupla fonte, pública e privada. A maioria dos serviços de saúde do SNS é financiada essencialmente por impostos gerais (tributação geral), com exceção dos copagamentos referentes aos serviços farmacêuticos e às taxas moderadoras associadas aos cuidados hospitalares e cuidados primários, custeados pelos pacientes. Todavia, os copagamentos, designados em algumas circunstâncias por taxas moderadoras, têm vindo a aumentar, sobretudo nos últimos anos, sendo considerados, embora sem peso significativo, para o financiamento da saúde. Os serviços de índole privada são acessíveis por meio da subscrição de seguros de saúde (subsistemas públicos obrigatórios de saúde ou seguros

de saúde privados voluntários) ou pagamentos diretos. Os subsistemas de saúde que fornecem a cobertura de cuidados de saúde são financiados principalmente através de contribuições dos empregados e empregador (incluindo-se aqui as contribuições do Estado na qualidade de empregador). Uma parte do financiamento é privado, principalmente na forma quer de copagamentos, quer de pagamentos diretos (*out-of-pocket*) pelo paciente e, em menor medida, na forma de prémios de seguros privados e instituições mútuas (Hassenteufel e Palier, 2007; Barros *et al.*, 2011; Escoval, Santos e Barbosa, 2016; Simões *et al.*, 2017; Ramos, 2022).

Tendo por base a despesa anterior e os planos apresentados pelo MS, o Ministério das Finanças define, anualmente, um orçamento base. Posteriormente, a partir do orçamento geral do Estado, o MS recebe um orçamento global para o SNS, o qual é afetado às instituições que integram o SNS, sob a gestão dos seus organismos centrais e periféricos (integrados na administração indireta do Estado). Deste modo, cabe à ACSS conceber o modelo de financiamento do SNS (de acordo com um modelo de capitação ajustada) no qual se define a distribuição dos recursos financeiros pelas diferentes regiões de saúde, devidamente ajustado pelas características dos indivíduos que influenciam as suas necessidades em saúde (Costa, Santana e Boto, 2008; Escoval, *et al.*, 2016).

O investimento feito no SNS nos últimos 30 anos fez alavancar indicadores como a esperança de vida à nascença e os anos de vida precoce perdidos, revelando que Portugal tem um desempenho superior à média dos países da OECD. O sucesso dos sistemas de saúde pode ser associado à respetiva eficácia para minimizar a mortalidade por causas evitáveis e por causas tratáveis. A este respeito, Portugal apresenta-se como favorável em comparação com a média da OECD, mostrando um bom desempenho na minimização da mortalidade por causas evitáveis (OECD, 2021; Ramos, 2022).

Apesar de se verificarem significativos ganhos em saúde, continuam a persistir e a acentuar profundas desigualdades de acesso aos cuidados de saúde entre os diferentes países da OECD. No caso do SNS português, este tem manifestado dificuldades de adaptação ao novo contexto demográfico que é evidenciado pelo envelhecimento tanto na base (em virtude da reduzida taxa de natalidade), como no topo (motivado pela subida da esperança de vida à nascença). Nas palavras de Ramos (2022: 33), o “SNS acompanha estas alterações de forma dramaticamente lenta”, sendo que, entre as várias ineficiências, o autor destaca a “lentíssima expansão da RNCCI, que dá resposta em cuidados de saúde aos problemas de dependência causados pelo envelhecimento”. Entre o período de 2005 e 2008, houve uma tentativa de reforma, onde, entre tantos outros tópicos, a expansão dos CCI e a sua integração efetiva no SNS e articulação com as outras tipologias de cuidados fez parte da agenda reformista do SNS (Ramos, 2022: 33).

A WHO (2021: 4) no relatório *Decade of healthy ageing* define como uma das principais áreas de ação “*provide access to long-term care for older people who need it*”. Este relatório aborda questões de financiamento e sustentabilidade em relação à saúde global e, no que diz respeito aos cuidados de longa duração, levanta três questões fundamentais sobre a necessidade de repensar e avaliar diferentes opções para o financiamento deste tipo de cuidados. Em primeiro lugar, requer uma avaliação da necessidade futura de serviços de LTC e das suas repercussões socioeconómicas mais amplas. Em segundo, a justificação para a utilização de fundos públicos para o financiamento deste tipo de cuidados, o que pode variar em função do contexto específico do país. Finalmente, levanta a questão de como esses cuidados são implementados de modo a maximizar a equidade e eficiência no sistema, alertando para a necessidade de os países investirem na capacitação dos profissionais e dos cuidadores informais (WHO, 2021).

3.3 Caracterização dos sistemas de cuidados continuados: panorama internacional

A concetualização de cuidados, quer do ponto de vista mais *filosófico e existencial*, quer no âmbito da política social, permite entender a amplitude e a riqueza semântica associada à palavra *cuidar*. A sua significação varia, assim, consoante a língua, a cultura e a política de cada lugar e/ou país. A diversidade das designações explica-se “pela história de intervenção em cada país (...) a natureza e configuração dos sistemas de protecção social” e ainda pelas “orientações ditadas pelas organizações internacionais.” (Hespanha e Hespanha, 2011: 84).

As designações adotadas por diferentes países para os Cuidados Continuados Integrados (CCI) despertam para a questão da ambiguidade conceptual que circunda este tipo cuidados (Hespanha e Hespanha, 2011; WHO, 2021; OECD, 2021). Entre as designações mais usadas, surgem as de «Cuidados Continuados» (*Continuing Care*), «Cuidados de Longa Duração» (*Long-Term Care*) e «Cuidados Integrados» (*Integrated Care*), com objetivos semelhantes, embora muitas vezes sobrepostos.

A designação *Long-Term Care*, definida pela WHO, usa-se, com frequência, para as ações que configuram os cuidados continuados, sendo cada vez mais utilizada pelas organizações internacionais. O que distingue estes cuidados dos outros tipos de cuidados é o facto de se destinarem a situações de dependência prolongada no tempo e não a situações de dependência ocasionais e facilmente resolúveis no âmbito das respostas hospitalares ou comunitárias existentes. Isto é, para além dos cuidados médicos e de enfermagem, estes cuidados compreendem os cuidados não especializados de vigilância e acompanhamento de tarefas diárias da pessoa dependente (WHO, 2021; OECD, 2021).

A OECD conceitualiza este tipo de cuidados como um tipo de apoio destinado a pessoas com elevado grau de dependência, resultado do envelhecimento, da deficiência física ou mental dos indivíduos. Este tipo de cuidado implicava a construção de políticas transversais, de modo a providenciar e garantir um conjunto de serviços a todas as pessoas dependentes de ajuda para realizar as atividades da vida diária por um longo período. Recentemente, a OECD (2021) apresentou uma nova definição que confirma aquele propósito, ou seja, os LTC traduzem-se numa variedade de serviços de saúde e sociais providos, durante um longo e continuado período, a indivíduos que precisam de uma assistência base continuada resultado da deficiência física e/ou mental.

No relatório mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde, entre as numerosas definições existentes em torno dos LTC, a WHO (2015: 127) optou por adotar a seguinte definição: “*the activities undertaken by others to ensure that people with or at risk of a significant ongoing loss of intrinsic capacity can maintain a level of functional ability consistent with their basic rights, fundamental freedoms and human dignity*”. Segundo a WHO, os cuidados de longa duração são simplesmente um meio de garantir que as pessoas idosas com uma perda significativa de capacidade possam continuar a viver um envelhecimento saudável. Como em todas as fases do curso de vida, tal pode ser conseguido através de dois mecanismos: 1) “*optimizing the recipient’s trajectory of intrinsic capacity*”; 2) “*compensating for a loss of capacity by providing the environmental support and care necessary to maintain functional ability at a level that ensures well-being*” (WHO, 2015: 127).

Apesar da diversidade de terminologias em torno desta área, começa a haver consenso político no que se refere à definição de LTC. Assim, os cuidados continuados (*continuing care*) e os cuidados de longa duração (*long-term care*) são geralmente definidos como a variedade de serviços de saúde e sociais prestados aos indivíduos que, devido às suas incapacidades físicas ou mentais, necessitam de assistência numa base continuada, e durante um período mais ou menos prolongado. Esta prestação de cuidados ocorre numa instituição, no domicílio ou na comunidade. Geralmente, estes cuidados referem-se ao apoio no desempenho das chamadas atividades de vida diária (*activities of daily living - ADLs*) (e.g. a manutenção da higiene, o vestir, a ajuda a entrar/sair na cama), aos serviços sociais prestados por profissionais, agências ou voluntários e às atividades de âmbito terapêutico. Incluem, também, os cuidados informais assegurados pela família ou amigos, aos quais não está associado qualquer carácter remuneratório. O objetivo deste tipo de cuidados passa, assim, por garantir a melhor qualidade de vida possível a um indivíduo em situação de dependência, com o maior grau de independência, autonomia, participação, autorrealização e dignidade humana possíveis (WHO, 2015; Colombo *et al.*, 2011; Hespanha e Hespanha, 2011).

A RNCCI é geralmente entendida como um conceito próximo de LTC, porém o propósito desta rede consiste numa resposta transitória e não definitiva para a pessoa. Na realidade, considerando as fragilidades sociais que continuam a persistir no país para responder aos desafios do envelhecimento e da prevalência de uma ou mais doenças crónicas por indivíduo, o modelo de LTC é visto como o modelo para o qual Portugal deve evoluir (Henriques e Gandra, 2022).

Diferentes estudos (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Peña-Casas e Vanhercke, 2018; Spasova, Baeten e Vanhercke, 2018; OECD, 2021) referem vários aspetos na caracterização destes cuidados que dificultam a existência de uma definição consensual, nomeadamente: i) a difícil separação da responsabilidade sobre a qual recai a prestação de cuidados (pública ou privada); ii) o facto dos CCI envolverem uma variedade de serviços de saúde e, por vezes, sociais, e uma equipa multidisciplinar, com diferentes práticas e objetivos de trabalho, e consequentemente, dificuldades no trabalho de equipa; e iii) por via das várias formas de organização e financiamento, surgem dificuldades de cooperação ao nível organizacional e governamental.

Ikegami e Campbell (2002), Ikegami (2019, 2020) e Campbell, Ikegami, Gori, Barbabella, Chomik, d'Amico, Holder, Ishibashi, Johansson, Komisar, Ring, Theobald (2016) estruturam os CCI nos sistemas *Beveriano* e *Bismarckiano*, cuja síntese das características de ambos os sistemas se apresenta na Tabela 3.1.

Tabela 3.1: Caracterização dos sistemas de cuidados de longa duração

Modelos	Características
Modelos baseados em impostos (Sistema Beveriano)	<ul style="list-style-type: none"> - Característico de países cujo financiamento é proveniente de impostos (e.g. Canadá, Escandinávia, Reino Unido e Nova Zelândia); - Derivam de sistemas de bem-estar social ao incorporarem serviços baseados na comunidade; - O paciente efetua o pedido numa unidade pública que o avalia e decide sobre os serviços a prestar. A prestação de cuidados é coordenada por um gestor de cuidados; - Serviços prestados numa unidade pública ou a partir do estabelecimento de contratos com organizações privadas ou instituições sem fins lucrativas.
Modelos de Seguro de Saúde (Sistema Bismarckiano)	<ul style="list-style-type: none"> - Característico de países onde os cuidados são assegurados através de seguro social (e.g. Alemanha e Japão); - Derivam de uma extensão do seguro de saúde; - Estabelecimento de sistemas independentes; - Sistema de Seguro de Cuidados Continuados financiado pelos prémios do seguro; - Livre escolha do consumidor quanto aos prestadores e cuidados prestados. O recurso ao gestor de cuidados é opcional.

Fonte: adaptado de Ikegami e Campbell (2002), Ikegami (2019, 2020) e Campbell *et al.* (2016).

A criação de um sistema de cuidados de longa duração de cariz público, universal, independente, baseado na comunidade e com uma clara distinção entre os cuidados de saúde e os serviços sociais, ainda que integrados, é defendida por diferentes autores como Ikegami (2019, 2020), Campbell *et al.* (2016), Del Pozo-Rubio e Jiménez-Rubio (2020) Geyer (2020) Nadash (2020). Nesta perspetiva, este sistema asseguraria uma prestação de serviços mais eficaz e orientada para o paciente, promovendo simultaneamente uma distribuição mais equitativa entre o financiamento público e privado. Neste sentido, Ikegami (2019, 2020), Campbell *et al.* (2016) propõem recomendações específicas para os diferentes sistemas de LTC. Para o sistema baseado em impostos, sugerem que a integração das componentes de saúde e social deva ser prosseguida através de uma estrutura governamental *top-down*, reforçada por um programa de financiamento flexível. Já para os sistemas bismarckianos apontam uma estratégia *bottom-up* de criação de novos serviços ou de fusões e integração dos prestadores de cuidados. A estas acrescem outras propostas, no sentido de que a coordenação dos LTC deverá traduzir-se em três níveis: i) coordenação e gestão dos serviços de saúde para o paciente, criando uma experiência alargada e contínua; ii) coordenação dos prestadores de cuidados, fomentando práticas de trabalho em equipa e de partilha de conhecimento e iii) coordenação ao nível das organizações prestadoras dos cuidados, criando uma rede integrada.

Como principais características dos sistemas nacionais de cuidados de longa duração dos países que integram a EU, salientam-se: a fragmentação interinstitucional e territorial; as modalidades de

financiamento; o foco na priorização dos cuidados domiciliários; e o papel dos cuidadores informais (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova, *et al.*, 2018b; OECD, 2021; WHO, 2021).

A prestação de serviços de cuidados de longa duração parece fragmentada na UE e os dados estatísticos são insuficientes para uma análise mais detalhada. Os sistemas de cuidados de longa duração caracterizam-se, de facto, por uma fragmentação de responsabilidades e, conseqüentemente, por uma falta de integração entre os domínios sociais e de saúde. Estes cuidados são normalmente financiados por diferentes fontes e organizados a diferentes níveis - horizontal e vertical. O sistema de saúde é responsável pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, enquanto os serviços relacionados com o apoio à pessoa dependente de cuidados nas atividades da vida diária são, geralmente, organizados pelo sector social. Apenas alguns países, entre eles Portugal, organizam o seu sistema de uma forma que integra horizontalmente os cuidados de saúde e os cuidados sociais (*e.g.* Dinamarca, Irlanda, Portugal). Na maioria dos países, esta divisão horizontal entre os sectores social e da saúde é acompanhada por uma divisão vertical de responsabilidades, com poderes atribuídos a diferentes níveis institucionais: nacional, regional e local (*e.g.* Áustria, Bélgica, França, Hungria, Espanha, França, Itália, Reino Unido, Polónia, República Checa, Estónia, Grécia, Croácia, Roménia, Noruega, Bulgária, Eslovénia) (Spasova *et al.*, 2018; Spasova *et al.*, 2018; OECD, 2021; WHO, 2021).

A designação de cuidados integrados consiste em prestar serviços ajustados à multidimensionalidade dos problemas das pessoas que necessitam de cuidados, em especial pessoas idosas e dependentes, com o propósito de integrar respostas médicas, sociais ou outras nos serviços prestados. Este objetivo revela-se especialmente complicado de atingir em países cujos cuidados sociais e de saúde funcionam em diferentes ministérios e/ou organismos públicos (particularmente relevante para a análise do caso português) (Hespanha e Hespanha, 2011; Spasova *et al.*, 2018; Spasova *et al.*, 2018; OECD, 2021).

Quanto ao financiamento público dos serviços de cuidados longa duração e das prestações pecuniárias, este pode ser efetuado em função das necessidades de cuidados da pessoa dependente, do seu rendimento e património e da disponibilidade de familiares prestadores de cuidados. Em quase todos os países, são necessários pagamentos diretos, sendo a maioria destes sistemas financiada por impostos gerais. Isto quer dizer que, a maioria dos países financiam os cuidados formais como serviços "em espécie", ou seja, através do pagamento ou da prestação direta de cuidados diretamente aos beneficiários elegíveis, ou através de "prestações pecuniárias", em que os beneficiários recebem dinheiro e podem comprar serviços. As prestações pecuniárias podem,

por conseguinte, ser utilizadas para compensar os prestadores de cuidados informais (Spasova *et al.*, 2018; Spasova *et al.*, 2018; OECD, 2021; Hashiguchi e Llana-Nozal, 2020).

Os contextos institucionais e as diferenças locais e regionais afetam fortemente o acesso efetivo aos serviços e benefícios dos cuidados de longa duração. A fragmentação das disposições entre os serviços de saúde e os serviços sociais conduz frequentemente a uma falta de coordenação entre as entidades, o que afeta os períodos de espera e os procedimentos administrativos. Além disso, as responsabilidades regionais em matéria de cuidados de longa duração resultam em disparidades ao nível da prestação. Os serviços de cuidados domiciliários e os cuidados baseados na comunidade são os mais difíceis de aceder, uma vez que estão subdesenvolvidos em muitos países. Há uma clara divisão entre os países europeus neste domínio. Os serviços domiciliários e os serviços baseados na comunidade estão mais desenvolvidos nos países nórdicos (*e.g.* Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia) e nalguns países continentais (*e.g.* Áustria, Bélgica, Alemanha, França, Luxemburgo, Países Baixos). Em contrapartida, as pessoas que necessitam de cuidados de longa duração nos países da Europa do Sul (*e.g.* Chipre, Grécia, Espanha, Malta, Portugal), Oriental e do Leste (*e.g.* Bulgária, República Checa, Estónia, Letónia, Lituânia, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Polónia, Roménia, Sérvia, Eslovénia, Eslováquia) e no Reino Unido deparam-se com a disponibilidade insuficiente de serviços de cuidados ao domicílio ou de serviços destinados a pessoas com um elevado grau de dependência (Spasova *et al.*, 2018; Spasova *et al.*, 2018).

Em determinados países (*e.g.* Áustria, Dinamarca, Alemanha, Espanha, Finlândia, França, Islândia, Luxemburgo, Noruega, Suécia, Eslovénia), os cuidados domiciliários (cuidados prestados no domicílio) têm prioridade sobre os cuidados residenciais (quando a pessoa dependente vive num ambiente residencial). Contudo, noutros países os serviços formais de cuidados domiciliários continuam subdesenvolvidos (*e.g.* Bulgária, Chipre, Estónia, Grécia, Espanha, Hungria, Irlanda, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Polónia, Roménia, Turquia). Portugal situa-se entre os países, em que foi implementado com êxito as estratégias de prevenção e reabilitação, que visam contribuir para que as pessoas idosas e/ou dependentes vivam de forma autónoma e socialmente ativos durante o máximo de tempo possível (*e.g.* Alemanha, Dinamarca, Luxemburgo, Portugal, assim como, mais recentemente, França, Reino Unido/Inglaterra e Escócia). Do mesmo modo, em muitos países, as instalações de cuidados residenciais estão subdesenvolvidas (*e.g.* Estónia, Grécia, Croácia, Hungria, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Polónia, Roménia, Turquia), enquanto noutros países a oferta foi reduzida em resultado de políticas que visam a desinstitucionalização (*e.g.* Dinamarca, Finlândia, Islândia, Países Baixos, Suécia, Noruega). Uma vez que a procura excede largamente a oferta, têm surgido em vários países, como Portugal,

respostas do sector privado para as pessoas que podem pagar (*e.g.* Chipre, Grécia, Hungria, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Malta, Portugal, Roménia, Sérvia, Turquia, Reino Unido) (Spasova *et al.*, 2018b; European Commission, 2019).

Uma das consequências da prioridade dada aos cuidados domiciliários e à prestação de cuidados na comunidade, tem sido o facto de a disponibilidade de cuidados residenciais ter vindo a diminuir em vários países europeus nos últimos 25 anos. No entanto, no sul da Europa (*e.g.* Espanha, Itália e Portugal), verifica-se uma tendência clara para o aumento do número de camas de cuidados residenciais para pessoas com mais de 65 anos, devido a alterações na estrutura do mercado de trabalho (mais mulheres a trabalhar), ao aumento da idade da reforma e a alterações na estrutura familiar (e nas normas). Na Europa de Leste, a situação é menos clara, uma vez que, em alguns países, registou-se uma diminuição ligeira, mas constante do número de camas residenciais desde 2000 (*e.g.* Letónia), enquanto noutros países se registou um certo aumento do número de lares residenciais (*e.g.* Bulgária, Estónia, Lituânia, Roménia) (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b).

O desafio da insuficiente disponibilidade de cuidados residenciais afeta todas as regiões da Europa. Os países nórdicos e muitos países continentais têm vindo a reorientar progressivamente as suas políticas em matéria de cuidados institucionais para os cuidados domiciliários e os cuidados na comunidade. Contudo, a desinstitucionalização é uma questão complexa, tornando-se uma preocupação quando não é acompanhada com um aumento suficiente da oferta de cuidados domiciliários e de cuidados na comunidade a preços acessíveis. A falta de instalações formais de cuidados de longa duração acessíveis tem, assim, contribuído para a expansão dos cuidados informais (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b).

Na generalidade dos 35 países da UE, os cuidados informais são prestados principalmente por cônjuges e filhos da pessoa dependente, sendo, na maioria dos casos, mulheres. Apesar das mudanças culturais que se têm vindo a verificar ao nível da distribuição da carga de cuidados, as mulheres continuam a assumir a responsabilidade e a efetuar a maior parte dos cuidados. Os dados mostram que as mulheres, comparativamente aos homens, têm muito mais probabilidades de reduzir o seu horário de trabalho ou de abandonar o emprego para prestar cuidados. No que diz respeito ao suporte dado pelas políticas públicas aos prestadores informais, os países apresentam, também, algumas diferenças. Nalguns países, as responsabilidades familiares entre filhos e pais estão consagradas na lei (*e.g.* Hungria, Letónia, Lituânia) e um número reduzido de países concede prestações pecuniárias diretamente ao prestador de cuidados (*e.g.* Suíça, Finlândia, Hungria, Irlanda, Reino Unido). Existem, contudo, muitos países que dispõem de regimes de licença para

assistência, que permitem aos familiares um emprego remunerado ou a redução do tempo de trabalho (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b; European Commission, 2019).

Outro desafio que se coloca a estes países relaciona-se com a qualidade dos cuidados de longa duração, tanto em ambientes residenciais como em cuidados domiciliários. A abordagem mais comum para monitorizar a qualidade nos países da UE é a utilização de um conjunto de normas e requisitos pré-determinados, para acreditação, licenciamento ou registo dos prestadores (*e.g.* Chipre, República Checa, Alemanha, Espanha, Finlândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Países Baixos, Polónia, Portugal, Sérvia, Roménia, Eslovénia, Eslováquia, Reino Unido). Contudo, isto aplica-se principalmente a instalações residenciais e raramente a serviços ao domicílio. Dados sobre a qualidade dos cuidados são extraídos, embora não de forma sistemática, a partir de inquéritos de satisfação dos utilizadores ou de uma análise das queixas. Quando se coloca a tónica no desafio da qualidade, há que considerar também as condições de trabalho das pessoas que prestam serviços. A atratividade do sector continua a ser baixa, uma vez que é frequentemente retratado de forma negativa, devido às más condições de trabalho e à precariedade do emprego (baixos rendimentos, falta de formação, elevada carga de trabalho e elevado nível de tensão), o que leva a uma grave escassez de profissionais qualificados (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b).

Apesar das variações entre os diferentes países, existem três grandes desafios comuns a muitos deles: (1) a maioria dos países europeus enfrenta problemas relacionados com o acesso e o financiamento dos sistemas de cuidados de saúde prolongados devido à fragmentação institucional e geográfica da oferta de cuidados de saúde continuados; (2) registou-se uma clara tendência para dar prioridade aos cuidados domiciliários, pese embora os cuidados domiciliários e os cuidados de base comunitária serem os mais difíceis de aceder em muitos países, por estarem subdesenvolvidos; (3) existe uma elevada incidência e expansão de cuidados informais, principalmente devido à falta de instalações formais, à má qualidade e à falta de apoio dos cuidados e ao elevado custo dos cuidados (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b).

Conforme exposto no capítulo anterior, a sustentabilidade financeira destes sistemas de cuidados constitui, assim, um dos desafios mais evidentes, considerando o aumento das despesas em LTC verificado nos últimos 20 anos e as tendências para o seu agravamento. A questão da fragmentação horizontal entre as entidades do setor da saúde e social, bem como a ausência de uma estratégia financeira clara por parte das entidades locais e/ou regional ou, então, a tendência para um maior investimento em cuidados institucionalizados, poderá conduzir a despesas imprevisíveis com este tipo de cuidados (Spasova *et al.*, 2018b; OCDE, 2021).

Para responder a estes desafios, a maioria dos países 35 países da EU analisados tem vindo a fazer reajustamentos na combinação de políticas de cuidados de longa duração e, especificamente, mudanças de cuidados residenciais para cuidados domiciliários e cuidados comunitários (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b).

3.4 O modelo de cuidados continuados integrados em Portugal

A evolução e o rumo político de Portugal conduziram ao atual modelo de Cuidados Continuados Integrados, sendo assumido pela política governamental que este é constituído por

... um sistema de atividades realizadas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (saúde, social e outros) para garantir que uma pessoa que não é totalmente capaz de se auto-cuidar possa manter a melhor qualidade possível de vida, de acordo com suas preferências individuais, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana (Decreto-Lei n.º 101/2006: 17).

Este modelo começou a ser considerado no final dos anos 90 do século XX, numa lógica de associação e articulação entre o Estado e os parceiros sociais e privados, a partir de acordos, tendo avançado, em 2002, uma resposta de cuidados dirigida a pessoas em situação de doença e dependência. Contudo, o SNS não tinha ao dispor uma resposta de continuidade de cuidados pós-alta clínica, apesar de existirem alguns modelos isolados, mas sem ter em vista a integração de cuidados ou resposta articulada com as necessidades sociais.

Assim, “a inexistência de uma resposta intermédia, entre hospital e o domicílio ou lar, e a desarticulação entre os serviços hospitalares, os cuidados de saúde primários e os serviços de ação social” conduziu à criação da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com base na Resolução do Conselho de Ministros 84/2005. Esta Comissão constituiu o suporte do Decreto-Lei n.º 101/2006, que define um modelo de organização de cuidados continuados integrados que se situa num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social (entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar), com o objetivo de recuperar a funcionalidade das pessoas antes do seu internamento hospitalar (Henriques e Gandra, 2022: 124).

A partir de 2006, os CCI passaram, assim, a pertencer ao domínio dos serviços públicos, abrangendo os cuidados integrados de saúde e o apoio social. Ao nível do apoio social, a oferta de cuidados é sobretudo assegurada por organizações não-lucrativas e instituições parcialmente financiadas pelo Estado. Destacam-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), criadas a partir da iniciativa de particulares ou associações privadas, as quais, apresentando-se como instituições sem fins lucrativos, reconhecidas pelo Estado, e tendo subjacente o objetivo de

solidariedade social, podem ser estatalmente subsidiadas. Embora com menor visibilidade, as entidades públicas e privadas com fins lucrativos asseguram também a prestação destes serviços. Em 2010, muitas das respostas sociais dirigidas às pessoas em situação de dependência foram convertidas em unidades da RNCCI (Henriques e Gandra, 2022).

Os CCI em Portugal são suportados, quer por unidades geridas pelo Estado, quer por unidades privadas com e sem fins lucrativos, que prestam cuidados formais. Além disso, estes cuidados são também suportados por cuidadores informais, que compõem a rede de suporte informal (Decreto-Lei n.º 101/2006; Henriques e Gandra, 2022).

Portugal dispõe assim, de um modelo integrado e diversificado em termos de tipologias de respostas de cuidados continuados integrados, designado de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem como missão a garantia aos cidadãos portugueses de uma assistência em caso de dependência (Decreto-Lei n.º 101/2006; Henriques e Gandra, 2022).

A RNCCI está conceptualizada de acordo com as principais características dos modelos europeus, que assentam em: 1) Equipas interdisciplinares (médico, enfermeiro e assistente social); 2) Avaliação integral e elaboração de um plano individual de intervenção; 3) Inclusão do utente e família/ cuidador no processo de cuidados; 4) Rede mista de prestadores (públicos e privados). Neste contexto, o modelo da RNCCI rege-se pelos princípios, objetivos, tipologias de respostas, funcionamento e organização, metodologia de trabalho e utentes alvo que caracterizam alguns dos modelos internacionais (Decreto-Lei n.º 101/2006; Henriques e Gandra, 2022).

O modelo da RNCCI segue, deste modo, os princípios da proximidade, através do desenvolvimento de uma rede capilar de recursos, e da integração e continuidade de cuidados. Neste sentido, este nível de cuidados é conceptualizado pela política nacional como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, artigo 3º, alínea a), 2006: 3857).

Inerentes a este conceito destacam-se, ainda, os conceitos de Continuidade de Cuidados definida como “a sequencialidade no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social”; e Integração de Cuidados que consiste na “conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenções conjuntas” (Decreto-Lei n.º 101/2006: 3857).

Contudo, importa esclarecer que os cuidados integrados são, acima de tudo, um conceito que se centra em formas mais coordenadas e integradas de prestação de cuidados em resposta à fragmentação da prestação de serviços sociais e de saúde. Segundo a WHO (2016),

Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care, consumer satisfaction and system efficiency by cutting across multiple services, providers and settings (WHO, 2016: 3, 4).

Capítulo 4. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

4.1. Nota introdutória

A questão da dependência tem vindo a ganhar destaque na agenda política nacional, tornando-se numa das prioridades políticas sociais e de saúde. Entre as várias alterações introduzidas, destaca-se o Plano Nacional para a Inclusão Social, que visou ampliar os serviços de cuidados domiciliários destinados a pessoas idosas dependentes, e a criação da RNCCI, implementada em 2006, com vista a criar respostas integradas de ação social e da saúde em matéria de cuidados continuados.

Este capítulo tem como objetivo caracterizar a RNCCI quanto à sua organização (criação e fases de desenvolvimento, modelo de gestão e coordenação e tipologia de respostas) e ao seu funcionamento (Referenciação de Utentes e Ingresso na RNCCI, Modelo de Financiamento e Contratualização, Controlo e Avaliação da RNCCI).

4.2. Enquadramento e organização da RNCCI

4.2.1 Criação e fases desenvolvimento da RNCCI

A RNCCI teve o seu início em 2006, com várias experiências-piloto distribuídas de forma adaptada às dinâmicas das regiões. Por semelhança a um programa sócio sanitário da Catalunha que integra os serviços de saúde numa rede específica, surge a proposta de um modelo integrado e articulado no âmbito do sistema de saúde público e coordenado, de forma intersectorial, com o sector social. Nessa altura, foi criada a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) a partir da Resolução Conselho Ministros n. °168/2006, que tinha como missão assegurar e acompanhar a implementação da Rede. A segunda fase do seu processo de implementação ocorreu entre 2008 e 2009, através da aplicação do programa de incentivos financeiros, denominado de Programa Modelar, que visou numa comparticipação financeira do Estado até 750 000 euros, a fundo perdido, às IPSS, com vista à criação e adaptação de unidades de internamento de CCI para a RNCCI. Ao mesmo tempo que as unidades de internamento avançaram através das instituições do sector privado e social, foram criadas as respostas ao nível dos cuidados domiciliários. Em 2010, com o alargamento da Rede à saúde mental, deu-se a terceira fase, momento em que os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) passaram a constituir uma resposta da RNCCI, constituída por unidades e equipas voltadas para o apoio às pessoas com doença mental grave estabilizada, da qual resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência independentemente da idade. Nesta fase, mais precisamente em 2011, foi criada uma equipa coordenadora local em cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), com

responsabilidade em referenciar utentes para a RNCCI, para além das equipas de gestão de altas (EGA) hospitalares. Em 2012, surge a RNCP, levando a que os cuidados paliativos deixassem de integrar a RNCCI. No final deste período de alargamento, surgem os Cuidados Continuados Pediátricos (CCP). A quarta fase de evolução da rede situa-se no período 2016-2019, onde pela primeira vez foi desenhado um plano de desenvolvimento da Rede, com a finalidade de promover a sua “expansão e melhoria integrando-a com outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência, e retomar assim o investimento nesta rede que representa uma reforma fundamental do Serviço Nacional de Saúde” (Diário da República, 7 de janeiro de 2016: 571), assim como do sistema de solidariedade e segurança social. A direção estratégica era nesta fase assumida por uma Comissão de Coordenação Nacional, que contou com a colaboração de uma equipa de apoio técnico, de cariz multidisciplinar, garantido assim representatividade e articulação dos organismos dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Considerando o estado de desenvolvimento da RNCCI, foi proposto uma estratégia de desenvolvimento no respeito pelo Eixo VI do Programa do Governo relativo às áreas da Saúde e Segurança Social, com vista à Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados Integrados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência (MS e MTSS, 2016).

Até 2018, a RNCCI era coordenada a nível nacional pela área da Saúde, tendo sido, em 2019, tomada a decisão de que a coordenação da Rede passaria a integrar as duas áreas governamentais – saúde e segurança social. Por último, entre o período 2020 e 2023 têm vindo a ocorrer alguns processos de revisão e atualização, nomeadamente ao nível dos preços no âmbito da RNCCI, como resultado da inflação. Assim, a RNCCI encontra-se atualmente numa fase de investimento e adequação das respostas, com vista a reduzir as assimetrias verificadas entre regiões. Em 2021, observou-se uma disponibilidade de 414 lugares para os CCI, com uma distribuição assimétrica que variou entre os 134 lugares na região norte e os 26 no Alentejo. Além disso, os CCISM constituem hoje uma das prioridades ao nível do investimento de respostas, no sentido de colmatar as carências observadas nesta área em Portugal (ACSS, 2022b; Henriques e Gandra, 2022) (Figura 4.1).

Figura 4.1: As fases de desenvolvimento da RNCCI



Fonte: Elaboração própria

4.2.2 Modelo de gestão e coordenação

A RNCCI tem por base um modelo de gestão que se baseia numa lógica de descentralização e contratualização de serviços, desenvolvendo-se a vários níveis de intervenção e competências (Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de junho), com coresponsabilidade e articulação a nível inter e intrassectorial, interinstitucional e interprofissional.

A RNCCI integra o SNS e o Sistema de Segurança Social, o que significa que as unidades e equipas da Rede (desde as equipas prestadoras, às que referenciam e às que coordenam, controlam e avaliam) têm a intervenção de profissionais dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Segurança Social (Henriques e Gandra, 2022). A Figura 4.2 apresenta os principais intervenientes na coordenação da RNCCI.

Figura 4.2: Níveis e Intervenientes da Coordenação da RNCCI



Fonte: adaptado da UMCC (2010)

A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação regional e local, tendo como responsabilidade a definição da estratégia nacional, das normas e da captação de promotores. A coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais, possibilitando uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede. A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por cinco Equipas de Coordenação Regional (ECR) constituídas, de modo multidisciplinar, por representantes das ARS e dos CDSS (conforme o Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde). A ECR é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. As ECR estão sedeadas nas ARS – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A nível local, a coordenação é assegurada por equipas de âmbito concelhio. As Equipas Coordenadoras Locais (ECL) são constituídas de modo multidisciplinar por representantes da ARS e da Segurança Social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado pelo respetivo presidente da Câmara Municipal (Despacho conjunto n.º 19040/2006) (ACSS, 2022a).

Para uma gestão da saúde que assegure a equidade, a efetividade e a eficiência é necessário que exista uma articulação e atuação deliberada entre os diferentes níveis de gestão, com vista à prossecução dos objetivos, procurando estabelecer prioridades, bem como uma utilização adequada dos recursos, com vista à satisfação dos interesses de todos os envolvidos – os cidadãos, os prestadores de serviços de saúde (hospitais, centros de saúde, profissionais de saúde) e as entidades reguladoras e financiadoras (Bernardino, 2022). A estrutura descentralizada da RNCCI tem como propósito uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e intervenientes, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes. A sua constituição intersectorial, assume-se como característica comum nos três níveis de gestão e coordenação, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e da segurança social (ACSS, 2022a).

Numa perspetiva vertical, existem três níveis de gestão, com funções e competências distintas, designadamente: o nível estratégico ou institucional (onde se localizam os gestores de topo, com competências concetuais ou holísticas e funções de gestão de planeamento e controlo estratégico); o nível tático ou intermédio (onde se situa o nível executivo e os dirigentes/coordenadores de nível médio, que tomam decisões, realizam os planos de curto e médio prazo e traduzem os planos desenvolvidos pelos gestores de topo, em objetivos e atividades específicas, que são as

componentes táticas); e o nível operacional (inclui os gestores de 1ª linha, como os coordenadores de equipas, que tomam decisões rotineiras e efetuam as tarefas operacionais de natureza imediata, executando os planos estabelecidos pelos níveis de gestão superiores). As competências relacionais e humanas são transversais aos três níveis, sendo que as habilidades técnicas se tornam mais relevantes nos níveis tático e operacional (Carvalho, Bernardo, Sousa e Negas, 2015; Singh, 2018). No contexto da RNCCI, os gestores de topo (nível estratégico) são responsáveis pelos níveis intermédios (nível tático) e operacionais (nível operacional) da Rede, cujas competências visam assegurar o bom funcionamento da Rede, a sua eficácia e eficiência. Os gestores de topo estão, deste modo, envolvidos no planeamento estratégico da RNCCI e são responsáveis pela rentabilidade das equipas e unidades, a qualidade dos serviços e a segurança dos utentes, contribuindo para a formulação de regras, regulamentos, protocolos e diretrizes para as diferentes equipas e unidades.

4.2.3 Modelo de gestão e planeamento

De um modo geral, o processo de gestão traduz-se numa sequência de funções, interdependentes entre si, que se influenciam mutuamente. Entre as principais funções da gestão, salientam-se: o planeamento (processo de determinar previamente o que deve ser feito, como e quem deve fazê-lo); a organização (processo de estabelecer relações formais entre pessoas e entre estas e os recursos, com vista a alcançar os objetivos definidos); a direção (processo de influenciar o comportamento dos outros por meio da comunicação, liderança e motivação) e o controlo (processo de comparação do atual desempenho da organização com os *standards* previamente estabelecidos, identificando eventuais ações corretivas para alcançar os resultados desejados. O planeamento e o controlo são duas funções imperativas para qualquer gestão eficiente (Carvalho *et al.*, 2015; Singh, 2018).

Na organização dos serviços de saúde é elementar o uso de instrumentos, como os planos e os relatórios de atividade, enquanto ferramentas básicas de gestão. Quanto aos planos de atividades e orçamento, estes permitem definir a estratégia, hierarquizar opções, programar ações, assim como afetar e mobilizar os recursos. Quanto ao relatório de atividades, este tem como finalidade relatar o percurso realizado, apontar os desvios, avaliar os resultados e organizar informação relevante para ações futuras. Estes instrumentos fornecem dados importantes para efeitos de acompanhamento e controlo por parte dos elementos do Governo responsável pelo funcionamento das redes prestadoras de cuidados, nomeadamente informação sobre a atividade assistencial, a prestação de contas e o desempenho económico-financeiro (Bernardino, 2022; Singh, 2018).

A RNCCI incorpora elementos de gestão e planeamento essenciais no funcionamento de uma administração pública. É através da formulação e implementação de vários instrumentos e recursos que permitem à RNCCI uma organização e funcionamento de acordo com as normas e regulamentos. Os principais instrumentos de gestão e planeamento utilizados no âmbito da RNCCI apresentam-se, de forma resumida, em Apêndice 2.

4.2.4 Tipologias de Resposta

A RNCCI é constituída por diferentes tipologias de resposta - unidades e equipas, que prestam diferentes tipos de cuidados de saúde, de acordo com critérios definidos, nomeadamente: domicílio; ambulatório e internamento. Ao nível da prestação de cuidados domiciliários, existem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as Equipas de Apoio Domiciliário/Infância e Adolescência (EAD/IA). O ambulatório é constituído pelas Unidades de Ambulatório Pediátricas (UAP) e as Unidades Sócio-ocupacionais/Infância e Adolescência (USO e USO/IA). Ao nível do internamento, contam-se as Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm), as unidades de Cuidados Integrados Pediátricos (CIP) e as unidades e equipas dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM). Excluem-se da rede os cuidados paliativos, pelo que este tipo de cuidados, em 2012, passou a integrar outra Rede – a RNCP. Estas tipologias abrangem um leque diversificado de respostas a diferentes realidades e necessidades que apelam a cuidados prolongados (continuados) devido a situações de dependência e de progressiva perda de autonomia, numa lógica de proximidade entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde e sociais (dos setores público e privado) e a população. Nas unidades e equipas prestadoras exercem funções profissionais das áreas da saúde e social, desde Enfermeiros, Fisioterapeutas, Médicos e Assistentes Sociais, dependendo dos cuidados necessários a cada pessoa doente (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho; ACSS, 2022a).

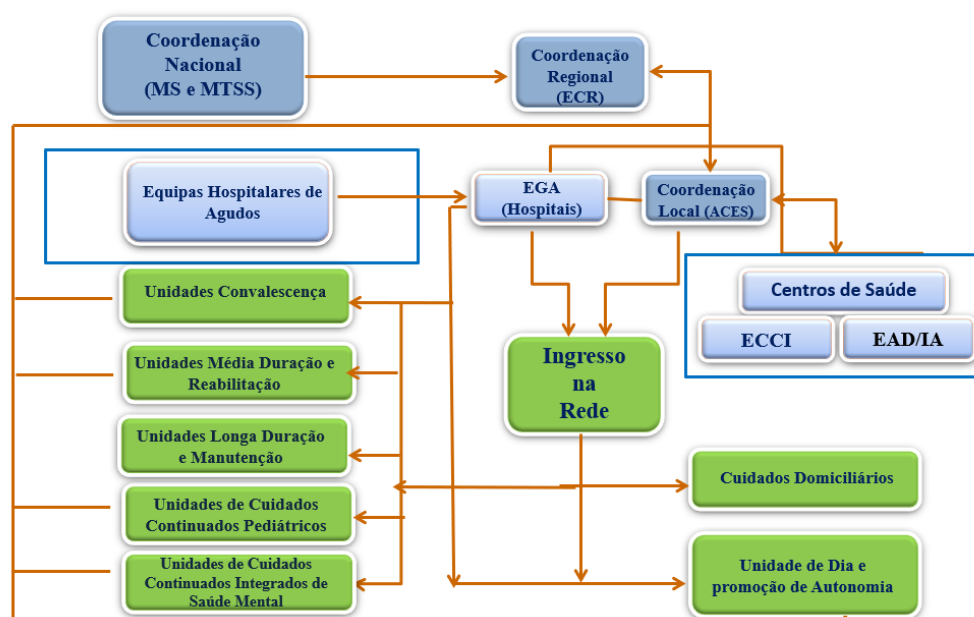
De seguida, caracterizam-se as diferentes tipologias das unidades e equipas prestadoras quanto às suas principais competências e objetivos, excluindo-se, portanto, as tipologias das áreas dos cuidados pediátricos e saúde mental, pelo que as mesmas não foram alvo do presente estudo. Importa esclarecer que as unidades e as equipas que prestam cuidados pediátricos e de saúde mental foram implementadas muito recentemente no país e nas diferentes regiões (as primeiras experiências-piloto surgiram em 2019 e 2020), apesar do alargamento da Rede à saúde mental e aos CCP ter sido em 2010 e 2015 (Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro; Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro).

No que diz respeito às unidades de internamento, estas são da responsabilidade de diferentes parceiros sociais – dos sectores social e privado. Em relação às UC, estas têm como finalidade a estabilização ou recuperação clínica e funcional dos indivíduos, pelo que a referenciação para este tipo de unidades deve contemplar os indivíduos que se encontrem numa fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, e que tenham cumulativamente um elevado potencial de reabilitação, num período estimado e desejável de até 30 dias consecutivos. As UC caracterizam-se como uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónicos. No que diz respeito às UMDR, estas têm como objetivo responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação integral e independência dos indivíduos, cujo motivo de carência decorra de um processo de doença agudo ou de descompensação de doença crónica. Esta tipologia de cuidados pressupõe, previsivelmente, um período de internamento entre os 30 dias e os 90 dias. Por seu turno, as ULDM destinam-se, sobretudo, a pessoas com múltiplas doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, sendo que os tempos de internamento preconizados para esta tipologia são superiores a 90 dias. Este tipo de cuidados tem como finalidade a prestação de cuidados que previnam ou diminuam o impacto da situação de dependência, otimizando o estado de saúde dos indivíduos e potenciando o conforto e a qualidade de vida. (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho).

Ao nível da prestação de cuidados domiciliários, atuam as ECCI da responsabilidade das UCC dos ACES, que direccionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos CSP, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário, assumindo como competências a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja necessidade de internamento se exclui.

A RNCCI constitui-se como um modelo de intervenção de âmbito nacional, regional e local, que atua num nível intermédio de cuidados, procurando dar resposta diferenciada através de diferentes tipos de prestação (domicílio, ambulatório e internamento) e tipologias de cuidados (Figura 4.3).

Figura 4.3: Modelo de intervenção da RNCCI



Fonte: Elaboração própria.

A sua amplitude deriva de uma matriz intersectorial – setores saúde e social, onde atuam vários intervenientes, com diferentes competências e compromissos, que procuram assegurar a adequação de respostas consoante as diferentes necessidades e carências ao nível da reabilitação, dependência ou manutenção da saúde, bem como de doença mental.

Na Tabela 4.1 apresentam-se as principais competências e compromissos das várias instâncias da Rede.

Tabela 4.1: Principais competências e compromissos das várias instâncias da Rede

	Competências e compromissos
CNRNCCI	Garante a execução de estratégias de implementação, gestão e melhoria contínua da qualidade junto das várias instâncias da Rede, em particular, dos serviços e cuidados prestados nas unidades e equipas da RNCCI.
ECR	Articula diretamente com a CNRNCCI, as ECL e outras entidades. Acompanha, avalia e realiza o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação. Promove a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propõe as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas.
EGA	Cumprir os procedimentos, incluindo preparação e gestão de altas hospitalares de acordo com os formulários de pré-alta e alta veiculados, de forma a garantir aos doentes o acesso aos serviços e cuidados na Rede. Também os ACES/USF e UCC deverão garantir o acesso à Rede nas condições suprarreferidas

ECL	Articula com a coordenação a nível regional, assegurando o "acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência". Compete-lhe, designadamente, "Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede."
Unidades/ ECCI	Monitoriza e avalia os processos e os resultados da atividade prestada e colabora com as iniciativas dos serviços competentes para auditorias técnicas e financeiras, incidentes no funcionamento, organização e prestação de cuidados, facultando o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente.

Fonte: Elaboração Própria a partir da informação disponibilizada pelo ACSS (2023)

4.3 Funcionamento da RNCCI

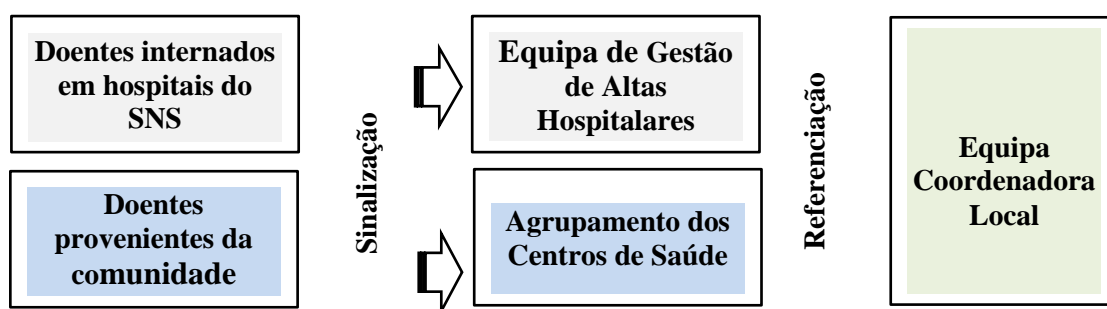
4.3.1 Referenciação de utentes e ingresso na RNCCI

A referenciação pressupõe a existência de uma uniformidade de procedimentos, cuja finalidade é a de garantir o fácil acesso aos serviços da rede, de forma adequada e atempada. Com o objetivo de garantir estes pressupostos, o processo de referenciação é operacionalizado pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) e pelas Equipas de Coordenação Local e Regional. A Coordenação Nacional da RNCCI intervém ao nível da monitorização e da regulação do processo e às cinco coordenações regionais compete-lhes fazer a colocação dos doentes nas unidades, após a referenciação feita pelas EGA ou pelas equipas dos centros de saúde. As equipas de coordenação local, pela sua proximidade com o caso de cada doente, é que definem a tipologia para onde o doente é encaminhado. É da competência da ECL validar as tipologias de referenciação e avaliar se a referenciação é adequada à situação do doente.

A referenciação dos indivíduos para as diferentes tipologias previstas na RNCCI pode ter origem quer nos hospitais do SNS, quer nos Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES). No caso de a referenciação ocorrer num hospital, esta é efetuada pela EGA desse hospital, que é constituída por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes sociais). Esta equipa tem como competência a preparação e gestão da alta hospitalar devendo articular-se com os serviços necessários ao adequado encaminhamento do processo do doente, de acordo com as suas necessidades de saúde, grau de dependência, potencial de reabilitação e contexto sociofamiliar. A EGA propõe a referenciação para admissão na RNCCI à ECL que avalia a situação de saúde e social do individuo e verifica o cumprimento dos critérios de referenciação. A referenciação para a RNCCI pode, também, ocorrer na comunidade, neste caso por profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou assistente social) provenientes das USF e das UCSP do ACES, dando seguimento ao processo junto da ECL. As ECL têm como função avaliar e validar a referenciação de acordo com os critérios de inclusão previstos para as diferentes tipologias de resposta na RNCCI.

A Figura 4.4 ilustra o processo de referenciação em função do ponto de origem, hospitalar ou na comunidade.

Figura 4.4: Processo de Sinalização e Referenciação para a RNCCI



Fonte: Elaboração própria a partir da informação disponibilizada pelo ACSS (2023)

Após a referenciação dos doentes para a tipologia da RNCCI, estes entram numa lista de espera a nível nacional e ficam a aguardar por vaga. A admissão na RNCCI ocorre, desta forma, através de um processo de referenciação, que tem como finalidade acionar os recursos disponíveis em função das necessidades de dependência e reabilitação do indivíduo, bem como das especificidades do seu contexto sociofamiliar. Neste sentido, a admissão na RNCC implica que as pessoas se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença (ou prolongada) ou em situação de incapacidade grave, com forte impacte psicossocial. O processo de referenciação obedece ao cumprimento de um conjunto de critérios de saúde/doença consoante a especificidade da tipologia da unidade pertencente à RNCCI. Os critérios de referenciação para a RNCCI incluem, entre outros, pessoas idosas em situação de dependência, pessoas incapazes de autonomia na vida diária e com síndromes geriátricas, doentes crónicos com diferentes necessidades de intervenção ao nível de cuidados de saúde, pessoas com doenças graves em estado avançado e, ainda, pessoas com necessidades de continuidade de cuidados. Além disso, existem critérios de exclusão, designadamente doentes em fase aguda ou que o objetivo de internamento é o estudo de diagnóstico, bem como o internamento de doentes que necessitem unicamente de cuidados paliativos complexos e os que aguardam apenas por uma resposta de apoio social (ACSS, 2023; Henriques e Gandra, 2022).

A Rede dispõe de uma plataforma informática, o Sistema de Informação (SI) da RNCCI, onde são efetuados os registos de referenciação, a qual funciona em ambiente *web* e em tempo real, com vista ao trabalho conjunto e articulado das diferentes equipas. A partir do momento em que a referenciação para uma determinada unidade é registada, a unidade é informada de forma imediata, dando início aos procedimentos necessários para a entrada do doente (; Henriques e Gandra, 2022; ACSS, 2023).

Para que o processo de referenciação se torne mais rápido, as pessoas doentes, por exemplo, em meio hospitalar, deverão ser sinalizados à EGA nas primeiras 48 horas de internamento,

preferencialmente através desta plataforma, para um planeamento articulado de alta, o mais antecipado possível (Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro). Cada instituição referenciadora (hospital ou ACES) possui aplicativos informáticos que a equipa multidisciplinar de cuidados utiliza para efetuar o registo da informação, sendo, partir destes, transferida a informação à EGA. Esta equipa regista no aplicativo informático da RNCCI essa informação que segue para a ECL. Esta, por sua vez, conclui a informação necessária no SI, a qual chega à ECR que desempenhará a sua função de forma semelhante. O processo de referenciação termina com todos os dados da pessoa doente estão reunidos e gravados num único local e de acesso geral dos profissionais que integram todo o processo (ACSS, 2023; Henriques e Gandra, 2022).

Há que salientar que o acesso à RNCCI não é gratuito para o utente e respetiva família, a não ser que este esteja isento do pagamento de taxas moderadoras, ou então não tenha capacidades financeiras para suportar o valor que lhe compete. Nestas situações, a Segurança Social comparticipa a sua parte dos custos, sendo que o valor máximo que uma pessoa pode pagar, por mês, numa unidade da RNCCI situa-se nos 900 euros, o que corresponde aproximadamente a 30 euros por dia (Purificação e Gandra, 2022; ACSS, 2023).

4.3.2 Modelo de financiamento e contratualização

O financiamento público da RNCCI é partilhado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). O Ministério da Saúde suporta os custos dos cuidados de saúde, sendo também requeridos aos pacientes copagamentos em função do seu nível de rendimento (Despacho Normativo n.º 34/2007). Nas organizações não governamentais o financiamento é definido por legislação específica baseado num *mix* público-privado (Decreto-Lei n.º 129/83; Escoval *et al.*, 2016).

Ao nível do financiamento e pagamento aos parceiros da RNCCI, os preços variam de acordo com a tipologia e o tipo de prestação de cuidados, ou seja, o valor pago por utente e dia de cuidados é atribuído à Saúde ou à Segurança Social, sendo o Estado o comprador de serviços. No caso das UC, os cuidados prestados são na sua maioria cuidados de saúde, em que a comparticipação da Saúde é de 100%. Enquanto nas UMDR existe uma repartição de encargos entre as duas áreas e nas ULDM compete à Segurança Social a responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pelos parceiros (Purificação e Gandra, 2022).

A prestação de serviços de cuidados continuados de saúde e apoio social por parte das diversas entidades promotoras e gestoras da RNCCI é concretizada por meio da celebração de um acordo bipartido, nas tipologias de convalescença, celebrado entre a ARS e a Entidade prestadora, e com

a celebração de um acordo tripartido, nas tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, celebrado entre ARS, os Centros Distritais da Segurança Social (CDSS) e a Entidade prestadora. As obrigações das entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da RNCCI perante as ARS e os CDSS são as constantes do modelo de contratualização aprovado superiormente. Faz parte do clausulado dos acordos a obrigatoriedade de registos considerados necessários para o acompanhamento e monitorização das unidades, assim como o compromisso de facilitação de condições que permitam a realização de auditorias (Escoval, 2010; Escoval, Lívio e Ribeiro, 2011).

O processo de contratualização tem em conta um conjunto de orientações específicas a serem seguidas por todos os intervenientes da Rede. Este processo de negociação do desempenho das unidades da RNCCI faz parte da monitorização, avaliação e aferição da qualidade assistencial determinado pela legislação e pelos Contratos-programa em vigor na RNCCI. O primeiro ano é experimental, sendo que a integração das unidades no processo de contratualização é voluntária. A matriz de atividades e práticas contratualizadas com as unidades da RNCCI é multidimensional, abrangendo as seguintes áreas: Estrutura; Processo e Resultados. A aferição global do cumprimento de objetivos efetua-se através do cálculo de um Índice de Desempenho Global (IDG), apurado em função dos resultados alcançados por cada unidade a partir de um conjunto de indicadores (ACSS, 2021).

O processo de contratualização na RNCCI operacionaliza-se em três fases: 1) Negociação; 2) Acompanhamento; e 3) Avaliação (ACSS, 2021).

A fase de negociação com as unidades da RNCCI decorre, por norma, durante o 1º semestre de cada ano, mediante uma metodologia de operacionalização da contratualização dos cuidados continuados integrados, cuja consolidação tem um horizonte temporal de três anos. Para efeito, as unidades devem estabelecer um compromisso integrando o Plano de Ação para o triénio, o qual traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde e de apoio social, onde são os objetivos, indicadores e metas a atingir nas suas áreas de atividade. A realização do processo de contratualização com as unidades da RNCCI não substitui a realização dos processos de auditoria e de melhoria contínua da qualidade previstos no âmbito da RNCCI. A fase de acompanhamento decorre de acordo com o cronograma e a metodologia proposta no documento de operacionalização. Os momentos de acompanhamento são da responsabilidade das ECR e das unidades da RNCCI e devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação da alocação de recursos. O processo de contratualização culmina com a fase de avaliação, onde é preconizado um momento de avaliação final. Compete às unidades da RNCCI a

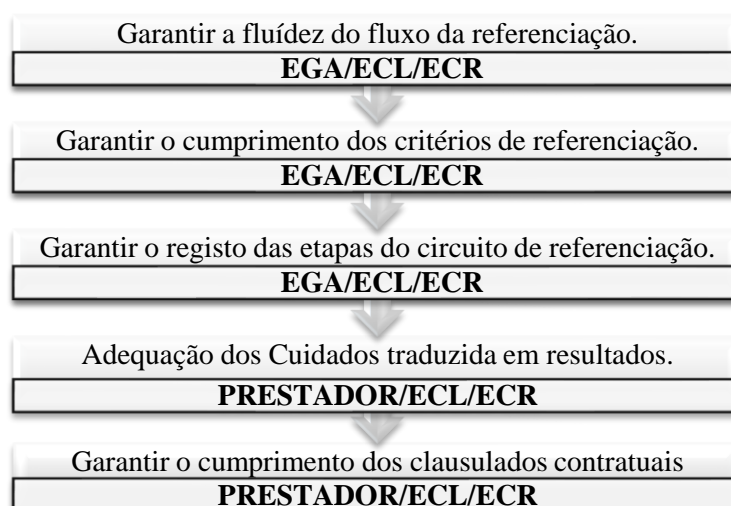
elaboração de um relatório de atividades com base no grau de cumprimento do Plano de Ação trienal que foi negociado, com especial incidência sobre o desempenho nas várias áreas, subáreas e dimensões acordadas (ACSS, 2021).

4.3.3 Controlo e qualidade da RNCCI

A RNCCI é um sistema complexo, que se desenvolve a vários níveis de intervenção e competências. Na sua função de organizador e regulador da RNCCI, compete à Coordenação Nacional garantir a implementação de metodologias conducentes à melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, sendo o utente a linha condutora e o agregador de todos os processos. O sucesso da RNCCI impõe uma análise contínua, que vise identificar os vários componentes de gestão e prestação de cuidados e que, dessa forma, conduza a uma abordagem integrada e sinérgica dos processos de referenciação, clínico, cuidados, social, gestão, sistema de informação, entre outros. A abordagem integrada constitui o primeiro passo para a constituição de um sistema da qualidade, cuja estratégia implica uma articulação e coerência das várias ações, com a finalidade de identificar os eixos e áreas de melhoria (UMCCI, 2009, 2010; ACSS, 2012, 2021).

Assim, o sistema de qualidade da RNCCI tem como objetivos: garantir a fluidez do fluxo de referenciação; garantir o cumprimento dos critérios de referenciação; garantir o registo das etapas do circuito de referenciação; adequação dos cuidados, traduzida em resultados; garantir o cumprimento dos contratos clausulados. A Figura 4.5 ilustra os responsáveis pelo cumprimento destes objetivos (UMCCI, 2009, 2010; ACSS, 2021).

Figura 4.5: Sistema de qualidade da RNCCI - Responsáveis e Objetivos



Fonte: adaptado de UMCCI (2009, 2010)

O cumprimento destes objetivos obriga a uma articulação contínua entre os vários responsáveis, de modo a evitarem-se incongruências entre os diferentes processos chave - a referenciação, a prestação de cuidados e os organizacionais (UMCCI, 2009, 2010; ACSS, 2021).

O processo de avaliação e monitorização da RNCCI foi definido e implementado com base no modelo concetual de Donabedian (2003, 2005) assente em três componentes fundamentais:

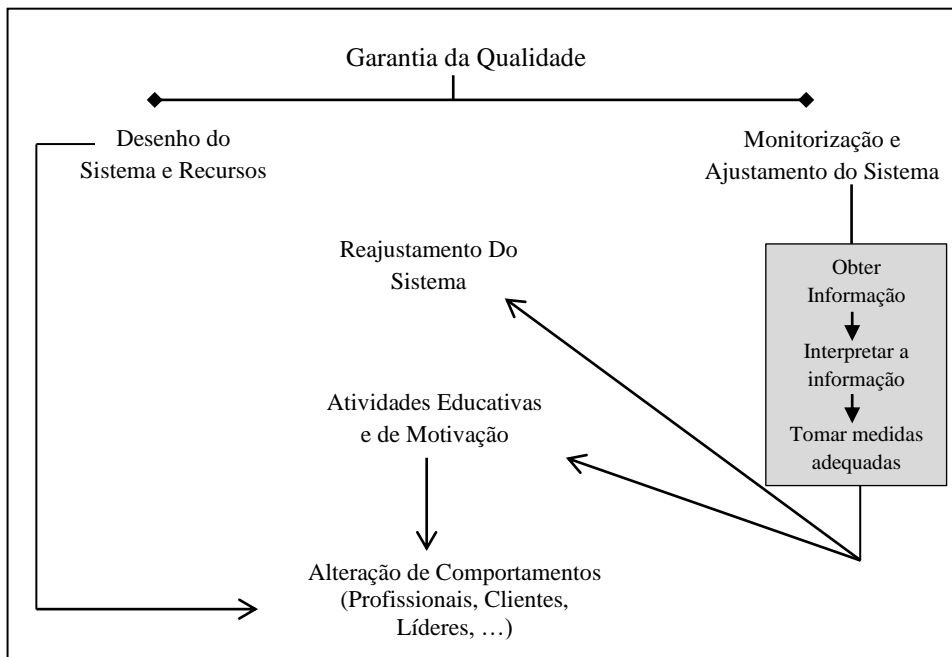
- 1) Estrutura, que se refere à maneira como os cuidados são prestados, incluindo instalações, equipamentos e recursos humanos;
- 2) Processo, que avalia os passos dados durante a prestação de cuidados, a adesão a diretrizes baseadas em evidências e a comunicação entre os prestadores e os doentes;
- 3) Resultados, que se foca nos resultados dos cuidados médicos, tais como o estado de saúde do doente, as taxas de mortalidade e morbilidade e os resultados funcionais.

Esta estrutura fornece uma abordagem sistemática para avaliar a qualidade (medição da qualidade) e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (garantia da qualidade). Nesta perspetiva, caracteriza o produto da qualidade como tendo vários atributos, a que se refere como "componentes da qualidade", os quais contribuem para a qualidade global dos cuidados de saúde.

Este modelo contribuiu para a uniformização de procedimentos de avaliação e monitorização e a criação de uma base nacional com informação em tempo real para acompanhamento nacional da RNCCI. Pese embora a complexidade das áreas a abranger, pretendia-se que modelo constituísse, por um lado, uma ferramenta de fácil aplicação junto das equinas da RNCCI e, por outro, permitisse comparar numa base nacional os indicadores de qualidade. Deste modo, foi desenhada uma Grelha de Acompanhamento ao Prestador (GAP) onde foi considerada a avaliação da área da saúde e social, tendo por base os conceitos de estrutura, processo e resultado em conformidade o modelo de Donabedian (Eliseu, 2021).

Na Figura 4.6 apresenta-se o esquema de qualidade proposto por Donabedian (2003, 2005), que serviu de base para o processo de avaliação da qualidade da RNCCI. Como componentes do modelo, destacam-se os recursos, a monitorização e o reajustamento do sistema de prestação de cuidados alicerçado na recolha de informação, na interpretação e na implementação de ações que promovam a qualidade do sistema de saúde.

Figura 4.6: Esquema de Garantia da Qualidade



Fonte: Adaptado de Donabedian (2003, 2005) e Eliseu (2021)

Tendo por base as principais componentes de avaliação da qualidade - estrutura, processo e resultados, foi definido um conjunto de variáveis (indicadores) que permite observar e analisar o atual desempenho da RNCCI, a partir da recolha sistematizada de informação e em função de um padrão de análise temporal e local (nacional, regional e local). Tais informações são interpretadas com vista ao desenvolvimento de ações e medidas corretivas em termos de recursos, atribuições, funções e procedimentos, que permitam uma situação subsequente de desempenhos, possibilitando, assim, manter e desenvolver o processo (Eliseu, 2021).

Importa dizer que a GAP foi inicialmente aplicada nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), pelas ECR, sendo que a mesma já tinha sido implementada e desenvolvida na região do Alentejo pela respetiva ECR. A aplicação do referido instrumento, fundamentado em indicadores de estrutura, processo, resultado e métrica de avaliação, possibilita a identificação de áreas comuns que constituem fragilidades ou forças, contribuindo para definir intervenções futuras da ECR. Além disso, ao ser aplicado em todas as áreas geográficas e regionais, permite comparar numa base nacional os indicadores de qualidade. A GAP integra diferentes áreas, designadamente: Caracterização da Unidades, Infraestrutura física e organizativa, Afixação de Documentação Obrigatória, Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC), Recursos Humanos, Formação, Protocolos e Procedimentos, Prevenção e Controlo de Infeção e Fármacos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos (Eliseu, 2021).

No domínio dos cuidados de saúde, a avaliação da qualidade é um esforço multifacetado. Quer se examinem os resultados, os processos, as estruturas ou as experiências dos doentes, a procura de cuidados de elevada qualidade continua a ser um objetivo central dos sistemas de saúde em todo o mundo (Donabedian, 2003, 2005). Donabedian (2003, 2005) reconhece que o termo "qualidade" pode ser complexo e difícil de definir com precisão. No entanto, sublinha que conceitos como "melhoria contínua" são mais práticos. Estes termos recordam que a qualidade é um objetivo em constante evolução, influenciado pela mudança das expectativas dos doentes e pelos avanços nos cuidados de saúde. Na visão deste autor, a garantia de qualidade envolve a avaliação da qualidade, a identificação de problemas na prestação de cuidados, a conceção de atividades de melhoria e a monitorização da sua eficácia.

Ainda assim, a qualidade dos cuidados de saúde permanece complexa e a obtenção de padrões elevados implica o equilíbrio entre a eficiência e os resultados. Neste âmbito, importa continuar a desenvolver os alicerces para desenvolver novas formas de melhorar a qualidade, abordar as disparidades e adaptar-se à evolução dos cenários dos cuidados de saúde. De acordo com a WHO (2024), a qualidade dos cuidados de saúde traduz-se no grau em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados de saúde desejados. A qualidade dos cuidados baseia-se, assim, em conhecimentos profissionais sustentados em evidências, sendo fundamental que os países se comprometem a alcançar a cobertura universal de saúde, considerando cuidadosamente a qualidade dos cuidados e dos serviços de saúde.

Capítulo 5. GESTÃO DA SAÚDE E DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

5.1 Nota introdutória

Os capítulos anteriores procuraram enquadrar o contexto demográfico e epidemiológico em Portugal e na região do Alentejo, assim como caracterizar os sistemas de CCI e a RNCCI enquanto modelo de prestação de cuidados de saúde.

Considerando os inúmeros desafios e fatores críticos associados a estes sistemas de prestação de cuidados e ao modelo de organização e funcionamento da RNCCI, importa aqui concetualizar e discutir criticamente os aspetos relacionados com a gestão da saúde e, em particular, dos CCI.

Neste sentido, o presente capítulo fornece as perspetivas teóricas em torno da gestão da saúde e da RNCCI, que serviram de referencial e sustentação para o presente estudo. Este capítulo começa por introduzir alguns conceitos e especificidades associadas à gestão em saúde e, de seguinte, discute os principais desafios ao nível da gestão e organização dos cuidados de saúde e, em particular, da RNCCI. À luz da investigação científica internacional e nacional realizada nos últimos 10/15 anos, apontam-se as principais áreas-chave e os fatores críticos da gestão dos sistemas de prestação de cuidados continuados e de longa duração, tendo como foco a RNCCI. Finaliza-se com uma reflexão em torno das principais abordagens estratégicas e modelos para responder aos desafios e às necessidades dos CCI.

5.2 Gestão em saúde: conceitos e especificidades

De um modo geral, a gestão é entendida como o processo de administração e coordenação de recursos de forma eficaz e eficiente, com vista a alcançar os objetivos de uma dada organização ou empresa. No contexto das organizações de saúde, gestão pode ser definida “*as the science and art of guiding the human and physical resources of an organization toward satisfying the health related needs and expectations of the clients.*” (Singh, 2018:1). Há, no entanto, uma diferença subtil entre "necessidades" e "expectativas", sendo que ambas são essenciais do ponto de vista da gestão. Um cliente ou comunidade tem certas "expectativas" em relação aos prestadores de serviços. As “necessidades” de um cliente ou comunidade são aquelas que são sentidas por eles ou avaliadas pelos profissionais de saúde (Singh, 2018).

Uma consideração importante para um gestor é garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficaz e eficiente. A efetividade, a eficiência e a eficácia são elementos cruciais na gestão de organizações peculiares como os serviços de saúde. Se a efetividade traduz a capacidade de

alcançar objetivos usando corretamente os recursos disponíveis, a eficiência refere-se à melhor relação entre os resultados e os recursos empregues. Já a eficácia pode ser traduzida pelo grau de satisfação dos interesses dos *stakeholders* envolvidos. A eficácia é, nesta medida, um pré-requisito da eficiência, o que significa que a eficiência não tem sentido sem eficácia (Singh, 2018). Outro conceito que se aplica à gestão em saúde diz respeito ao *Value of Money*, que “significa alcançar resultados adequados para os recursos despendidos, isto é, obter o custo mínimo para o nível de volume e qualidade assistencial que sejam definidos” (Bernardino, 2022: 39).

Neste sentido, um aspeto crucial para um gestor foca-se no aumento do lucro da organização. Neste contexto, existem duas possibilidades. Em primeiro lugar, podem ser feitos esforços para aumentar a utilização dos serviços e, em segundo lugar, tem de haver controlo do custo da prestação dos serviços. Numa analogia entre as empresas e as organizações dos setores da saúde e social, de que são exemplo os hospitais e as IPSS, estas últimas têm como preocupação única a satisfação das necessidades dos seus utilizadores/utentes/pacientes, onde nem sempre o critério eficiência é central, pelo que “quando a vida humana está em causa é difícil ter em consideração apenas as questões de eficiência” (Carvalho *et al.*, 2015: 37).

Está-se perante uma nova cultura na saúde fundada na convergência de dois fatores aparentemente inconciliáveis: a qualidade na prestação de cuidados de saúde e a otimização da utilização dos recursos disponíveis. Em síntese, entre os desafios mais relevantes no domínio da gestão em saúde, destaca-se a capacidade de promover ações que garantam, em simultâneo, o acesso aos cuidados de saúde, em tempo útil (*equidade*), os recursos necessários para prestar esses cuidados (*efetividade*) e resposta do sistema de saúde às necessidades dos cidadãos e dos serviços de saúde, recorrendo apenas a recursos adequados (*eficiência*) (Bernardino, 2022).

Existem, portanto, especificidades da gestão em saúde que importa refletir, na medida em que levantam desafios ao nível da organização e do planeamento dos serviços e dos cuidados de saúde. Comparativamente com as outras organizações ditas «convencionais», as organizações ligadas à saúde apresentam particularidades e especificidades que lhes conferem um elevado grau de complexidade na sua gestão. Primeiramente, porque lidam com valores exclusivos, como a vida, a morte, a saúde, a doença, o sofrimento e o bem-estar. Além disso, diferenciam-se no que diz respeito à sua missão, aos recursos que mobilizam, aos processos que dinamizam, à sua produção e resultados e, ainda, no que se refere à sua envolvente externa (Reis, 2007; Bernardino, 2020).

Outro do fator distintivo das organizações do setor da saúde relacionam-se, por um lado, com o grau de incerteza que envolve este setor, isto é, as incertezas quanto ao momento em que a pessoa

necessita de cuidados, aos custos, ao estado de saúde, ao tratamento adequado, entre outros fatores. Por outro lado, no que diz respeito ao papel das instituições sem fins lucrativos na saúde, existem, também, diferenças ao nível dos seus objetivos e da alocação de recursos (Barros, 2019; Bernardino, 2020).

Para além dos mencionados, outro dos elementos centrais na gestão destas organizações reside na definição das suas funções, responsabilidades e incentivos ao nível interno, sendo que a forma como estas funções surgem nas organizações é através de um organigrama, por norma, apreendida como a sua estrutura organizacional. Assim, um bom desenho da estrutura organizacional pode não assegurar o sucesso, mas impede o seu fracasso. Por outro lado, a estrutura organizacional é uma realidade dinâmica e evolutiva que pode sofrer influências sempre que a organização atravessa problemas ao nível dos resultados obtidos, quando existe uma alteração do contexto externo e são criadas linhas de produtos ou serviços ou quando existe uma mudança na liderança da organização. Tais alterações impõem a necessidade de as organizações lidarem, ao mesmo tempo, com a diferenciação e a integração do trabalho desenvolvido, sendo que a diferenciação implica uma divisão do trabalho em funções específicas e a integração consiste na coordenação das diferentes unidades operacionais ou funções da organização (Santana e Costa, 2008; Chiavenato, 2021).

Os responsáveis pela gestão das redes prestadoras de cuidados de saúde deparam-se, assim, com grandes desafios, especialmente no atual contexto de reforma dos sistemas de saúde, onde se coloca o utente no centro do sistema. À complexidade inerente às estruturas e às organizações de saúde, acrescem as mudanças em curso nos sistemas de saúde fruto de tendências e pressões externas (alterações demográficas, inovações tecnológicas, capacitação dos doentes), que irão inquestionavelmente influenciar a atividade dos profissionais em saúde, com maior visibilidade a nível da prestação, mas com reflexos muito significativos no domínio da gestão (Reis, 2007; Bernardino, 2022; Harnett, Kennelly e Williams, 2020; Czypionka *et al.*, 2020).

5.3. Desafios da gestão dos sistemas de saúde e dos cuidados continuados integrados

São inúmeros os constrangimentos e os problemas que, em simultâneo, geram uma combinação bastante complexa de desafios à gestão e à organização dos cuidados de saúde e, em particular, dos CCI. Diagnosticar uma rede de prestação de cuidados de saúde, neste caso a RNCCI, impõe um exercício de reflexão e de questionamento permanente sobre os principais desafios em torno da gestão deste modelo de intervenção de cuidados.

Vários estudiosos, especialistas e gestores têm vindo a discutir a complexidade dos desafios, no sentido de compreender as causas e encontrar as melhores soluções para tornar a sua gestão mais eficiente e efetiva (Barros, 2019; Bernardino, 2020; Czypionka *et al.*, 2020; Kaehne, 2022).

Contudo, o desconhecimento e a complexidade do sistema de saúde trazem dificuldades em encontrar as respostas que ajudem a pensar sobre qual o melhor caminho a seguir. Bernardino (2020: 26) afirma que “tudo parece crítico, urgente e difícil de mudar” e avança que o “primeiro passo é identificar os sintomas e compreender as causas para encontrar as soluções”. Na perspetiva deste autor, conhecer bem os problemas e as suas causas é fundamental para estabelecer os objetivos e as prioridades que melhor respondam aos problemas.

Na realidade, os problemas inerentes ao sistema de saúde persistem e, muitos deles, são estruturais e transversais aos diferentes tipos de resposta de cuidados: as listas de espera que persistem com tempos longos; a lotação ao nível do internamento; a iniquidade no acesso aos cuidados de saúde; o insuficiente número de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde; a dificuldade dos utentes na interação com as instituições de saúde para conseguir uma resposta oportuna em caso de doença; o défice crónico no financiamento das unidades públicas de saúde (Bernardino, 2020; Barros, 2022a).

Além dos défices no acesso aos cuidados de saúde, observam-se, ao nível da rede prestadora de cuidados de saúde, um desajustamento na distribuição dos recursos, com prejuízo para a equidade no acesso. Para além disso, verifica-se um desequilíbrio financeiro, tendo em conta que o aumento da diversificação da oferta de cuidados de saúde conduz a novas medidas de financiamento do sistema (Bernardino, 2020; Barton *et al.*, 2021; Barros, 2022a).

Entre as causas possíveis, questiona-se a alegada gestão ineficiente das organizações fruto da inaptidão dos gestores, das políticas de saúde ou da qualidade das políticas de gestão instituídas. E, ainda, se as normas sobre organização do trabalho e as políticas de distribuição dos recursos estão ajustadas às necessidades e se as políticas públicas de saúde promovem a igualdade de oportunidades no acesso a cuidados de saúde (Bernardino, 2020; Barros, 2022).

Na realidade são inúmeras as questões que se colocam sobre a perspetiva de quem utiliza e paga os custos do sistema de saúde e sobre a perspetiva de quem gere, avalia e organiza o sistema e a rede de cuidados (Bernardino, 2020; Barros, 2022a).

A RNCCI envolve uma multiplicidade de organizações de áreas e setores distintos - saúde e social/público e privado, que, embora interconectadas através do desempenho de funções compartilhadas, constituem-se em partes separadas. Conforme salientam Gordon, McKay,

Marchildon, Bhatia e Shaw (2020), Rocks, Berntson, Gil-Salmerón, Kadu, Ehrenberg, Stein e Tsiachristas (2020), Kaehne (2022), Henriques e Gandra (2022), a divisão, a descentralização e a especialização detetadas na arquitetura de uma rede interorganizacional complexa (de que é exemplo a RNCCI), tendem a interferir com as intervenções ao nível da sua gestão. O cumprimento dos objetivos da Rede exige, deste modo, das diferentes organizações e equipas que a compõem, alinhamento, cooperação e colaboração entre os diferentes componentes e processos.

A natureza jurídica dos prestadores de cuidados (público, privado, sem fins lucrativos ou informal) constitui um desafio na gestão destes cuidados. Os elevados custos com o cumprimento das regras de prestação de serviços públicos têm contribuído para a diminuição da prestação de cuidados públicos. Concomitantemente, as organizações privadas, associadas à eficiência na prestação dos cuidados e à captação de capital, tendem a captar esta oportunidade de mercado. E as organizações sem fins lucrativos, ligadas aos cuidados de base comunitária e com proximidade aos cuidadores informais, emergem como potenciais prestadores de CCI (Ikegami e Campbell, 2002; Campbell *et al.* 2016; Ikegami, 2019, 2020).

A RNCCI depende, assim, de uma combinação construída a partir de estruturas, processos e técnicas para responder, por um lado, às necessidades das pessoas que procuram este tipo de cuidados e, por outro, às circunstâncias da relação sistema-institucional-comunidade. Para o efeito, usa estruturas organizacionais, acordos de cooperação e parcerias para reunir instituições, gestores e prestadores. Além disso, adota uma ampla gama de técnicas (sendo o mais relevante a gestão de casos e a gestão de doenças) para garantir os cuidados adequados e de alta qualidade dentro de um quadro integrado de serviços (Kodner, 2009; Gordon *et al.* 2020; Garattini, Martini e Nobili, 2022; Kaehne, 2022; Myerholtz, Sowa e Lombardi, 2023).

De facto, enquanto modelo de intervenção integrado, a RNCCI veio potenciar uma abordagem conjunta de preocupações com a eficiência, a eficácia e a qualidade assistencial. A sua relevância foca-se especialmente para as pessoas com vários problemas, tais como, as pessoas idosas e as pessoas com doenças crónicas, incapacitantes e frágeis ou em condições de saúde de alto risco. Contudo, estas pessoas continuam a sofrer de problemas de acesso, continuidade, fragmentação e problemas de qualidade (Gordon *et al.* 2020; Garattini *et al.*, 2022; Kaehne, 2022; Myerholtz *et al.*, 2023).

Conforme destaca o Conselho de Finanças Públicas (2021: 17) “Portugal tem ainda um sistema difuso de prestação de cuidados continuados, muito fragmentado entre as componentes da saúde e

da área social, fortemente dependente de cuidados informais prestados e/ou financiados diretamente pelas famílias”.

Conforme exposto nos capítulos anteriores, a fragmentação dos sistemas de saúde contribui para os fracos resultados, por vezes, alcançados nos CCI. A elevada fragmentação na prestação e financiamento coloca entraves aos utilizadores economicamente mais vulneráveis, conduzindo a situações de não satisfação das necessidades, bem como de descontinuidade na prestação de cuidados (Colombo *et al.*, 2011; Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018a). Concomitantemente, os prestadores de cuidados, financiados por várias fontes, deparam-se tanto com uma política de incentivos associada à melhoria da qualidade, mas precária em função da eficiência (custo-benefício) (Ikegami, 2019, 2020; Feng e Glinskaya, 2020; Del Pozo-Rubio e Jiménez-Rubio, 2020).

Outra das consequências desta fragmentação ocorre na morosidade na referenciação, acentuando-se este problema nas altas hospitalares (Colombo *et al.*, 2011; Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b; Santos *et al.*, 2022).

Fruto do perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, a sobrecarga dos cuidados institucionalizados continua a ser uma dificuldade e inerentemente outro dos desafios que se colocam à gestão dos CCI. Esta sobrecarga prende-se com a necessidade de análise de provisão dos CCI, sendo que, ao nível dos cuidados formais, a *interface* sugerida entre as diferentes unidades de cuidados e entre os cuidados médicos, os serviços sociais e os cuidados domiciliários, representa, igualmente, uma dificuldade na gestão destes cuidados (Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018b).

Além dos desafios expostos, autores como Joël, Dufour-Kippelen e Samitca (2010), Ikegami (2020), Rocks *et al.* (2020), Kaehne (2022) Myerholtz *et al.*, (2023) acrescentam a existência de outros desafios inerentes à estrutura organizacional assente em modelos e redes de cuidados integrados, de que é exemplo o modelo da RNCCI, designadamente: a gestão de um sistema de informação que interligue dados clínicos, financeiros e de produção por doente; um sistema de contabilidade capaz de desagregar custos e proveitos de forma a serem corretamente aplicados às respetivas unidades; um apoio em áreas como o planeamento, marketing e finanças; a existência de sistemas de incentivos que estimulem a inovação e o risco; o envolvimento dos profissionais no processo de prestação de cuidados; a capacidade de comunicação entre unidades e equipas dos diferentes níveis e funções; e a flexibilidade para o trabalho em equipas multidisciplinares.

Independentemente dos dilemas e incógnitas inerentes à integração dos sistemas de prestação de cuidados, acredita-se que ainda é possível que essa continuidade e integração funcione. Pode não ser fácil, mas com visão clara, a combinação correta de estratégias e recursos, as circunstâncias e as posições para apoiá-lo, é possível alcançar os benefícios da integração para as populações com maior necessidade, bem como para o sistema de saúde em geral (Gordon *et al.* 2020; Garattini *et al.*, 2022; Kaehne, 2022). Na sua essência, a integração pode ser entendida como “a cola que liga” as diferentes componentes da Rede, possibilitando-a de “alcançar objetivos comuns e resultados ótimos” (Kodner, 2009: 8).

5.4. Fatores críticos da gestão dos cuidados e da RNCCI

A gestão da saúde e dos CCI (ou LTC) tem sido amplamente discutida na literatura internacional, sobretudo no que diz respeito aos efeitos da governação dos recursos humanos e da integração e articulação entre os serviços de saúde, e entre os setores da saúde e o social (Kaplan, Dominis, Palen e Quain, 2013; Baxter, Johnson, Chambers, Sutton, Goyder e Both, 2018; Turner, 2018; Witter, Hamza, Alazemi, Alluhidan, Alghaith e Herbst., 2020; Kaehne, 2022; Qin, Huang, Hu, Chen, Li, Wang e Wang 2023).

A efetividade dos cuidados continuados integrados no contexto domiciliário como alternativa aos cuidados institucionalizados (Fonseca-Teixeira, Parreira, Freitas, Mónico, Mariano, Alonso e Amado, 2019), as intervenções para melhorar a eficácia da interdisciplinaridade e da articulação das equipas (Nancarrow *et al.*, 2013; Buljac-Samardzic *et al.*, 2020; Barry *et al.*, 2020), as decisões sobre a afetação e a alocação de recursos nos cuidados de longa duração (Campbell *et al.*, 2016; Clarkson, Davies, Hughes, Xie, Stewart, Clifford e Challis, 2018) e os efeitos das tecnologias de informação e comunicação nos sistemas de prestação de cuidados de longa duração (European Commission, 2019; Melchiorre, Lamura, Barbabella e ICARE4EU, 2020; Van Der Woerd, Van Veen Berkx, Van Der Scheer e Bal, 2022; Mello, Wellens, Hermans, De Stampa, Cerase, Vereker e Declercq, 2023) são questões perenes analisadas em diferentes trabalhos de investigação.

Surgem, ainda, no panorama internacional estudos com foco na equidade dos sistemas de cuidados de longa duração (Kim, Chae e Nam, 2022) e na qualidade e desempenho dos serviços de LTC (Chen, Pai e Yeh, 2019).

A amplitude dos desafios enfrentados pela força de trabalho no setor da saúde exige o fortalecimento da governação da saúde, bem como dos sistemas de recursos humanos, a fim de efetuar mudanças no sistema de saúde. A importância da gestão dos recursos humanos para

melhorar os resultados de saúde dos doentes e a prestação de serviços é amplamente defendida nos estudos de Kaplan *et al.* (2013), Turner (2018), Witter *et al.* (2020), Qin *et al.* (2023).

Mais de 40 milhões de pessoas trabalham em organizações de saúde em todo o mundo, em profissões que abrangem um espectro que vai desde os prestadores diretos de serviços de saúde até aos que desempenham funções de apoio, como os técnicos e os auxiliares. Portugal encontra-se entre os países que mais contribuem para a formação de profissionais de saúde, à semelhança de países como a Índia, Filipinas, a Irlanda, a Polónia, a Nigéria, o Zimbabué e Portugal (Turner, 2018).

No âmbito da *Global Strategy on Human Resources for Health*, a WHO (2023) fez projeções sobre a força de trabalho global em saúde de 2013 a 2030, onde se prevê que a procura global de profissionais de saúde aumente para 80 milhões até 2030, o dobro do número de profissionais de saúde em 2013. Contudo, espera-se que a oferta de profissionais de saúde atinja apenas 65 milhões durante o mesmo período, resultando numa escassez líquida mundial de 15 milhões de profissionais de saúde.

Turner (2018) defende que não existe um único fator causal subjacente à escassez de talentos no sector da saúde, considerando que o fenómeno é global no seu alcance e exigirá estratégias nacionais e organizacionais sofisticadas para lidar com cenários complexos. Para além da prestação direta de serviços médicos ou de saúde pública, os sistemas de saúde necessitam de desempenhar outras funções facilitadoras, incluindo a gestão e a administração dos seus recursos financeiros e humanos, sendo que o que é provavelmente o mais importante e complexo de todos os desafios é a governação da força de trabalho da saúde. A necessidade de assegurar um número suficiente de profissionais para desempenhar estas funções é um dos principais fatores subjacentes ao interesse crescente pelo talento e pela gestão do talento. Fruto da heterogeneidade de sistemas de prestação de cuidados, os desafios ainda se agravam mais por questões de oferta em torno da prestação pública e privada. No caso de Portugal, existe uma "economia mista" de prestadores de serviços de saúde, o que coloca desafios acrescidos à captação e gestão de recursos humanos.

Para investigar a eficácia da interseção entre a força de trabalho da saúde e a governação do setor da saúde, Kaplan *et al.* (2013) analisaram dados de 20 países com o objetivo de avaliar o sistema de saúde entre 2007 e 2017, onde constataram um progresso na implementação dos oito princípios de governação e destacam alguns exemplos de boas práticas e desafios comuns específicos de cada país. Estes autores argumentam que a governação em matéria de saúde está estreitamente ligada ao

desenvolvimento dos recursos humanos no sector da saúde, uma vez que influencia o planeamento, a gestão e o desempenho dos profissionais de saúde.

Witter *et al.* (2020) analisaram as intervenções na área da gestão dos recursos humanos no sector da saúde em países como o Canadá, a Austrália e os EUA. Estes autores analisaram 131 documentos sobre vários temas relacionados com a disponibilidade, a distribuição e o desempenho dos recursos humanos no sector da saúde, tais como o planeamento, a educação, a migração, o financiamento e a transferência de tarefas dos profissionais de saúde. O estudo destaca a diversidade e a complexidade dos desafios e das intervenções nesta área e setor, bem como a necessidade de uma avaliação mais rigorosa e da adaptação das políticas a diferentes contextos.

Qin *et al.* (2023) discutiram, também, o papel da gestão de recursos humanos (GRH) na melhoria dos sistemas de saúde em todo o mundo. Para o efeito, realizaram um estudo bibliométrico sobre a investigação em GRH na área da saúde. O objetivo do estudo foi descrever a situação atual e as tendências globais da pesquisa em GRH na saúde, bem como indicar as fronteiras e as direções futuras da pesquisa. Os dados foram recolhidos a partir da base de dados *Web of Science* (WoS), usando os termos “gestão de recursos humanos” e “organização de saúde” como tópicos de pesquisa. Foram identificadas 833 publicações sobre GRH na saúde, que aumentaram de forma constante nos últimos 30 anos. Além disso, 93 países e regiões publicaram pesquisas relevantes, sendo os Estados Unidos e a Austrália os que mais contribuíram para essa área. As publicações atuais concentram-se em tópicos agrupados em seis clusters: desempenho, hospital/COVID-19, satisfação no trabalho, gestão de recursos humanos, saúde ocupacional/mental e qualidade dos cuidados. Contudo, os autores apontam para uma limitação de pesquisa sobre a gestão das remunerações e das relações entre os trabalhadores, propondo que as pesquisas no futuro se centrem nestas questões.

Os estudos acima mencionados destacam a importância da GRH nos cuidados de saúde e a necessidade de mais investigação e desenvolvimento de políticas para alcançar melhores resultados e acesso aos cuidados de saúde. Revelam, ainda, como a GRH é essencial para qualquer sistema de cuidados de saúde e como pode melhorar os modelos de cuidados de saúde, sejam eles primários, continuados e paliativos. São, portanto, identificados vários fatores-chave de sucesso que afetam as práticas de cuidados de saúde e a GRH, tais como a liderança, a cultura organizacional, a atração e retenção de talentos, a formação, a motivação e a satisfação no trabalho (Turner, 2018; Witter *et al.*, 2020; Qin *et al.*, 2023).

A articulação e a interdisciplinaridade das equipas tem vindo a ser, igualmente, estudada por diferentes autores em resposta a um conjunto de desafios e necessidades, designadamente: a crescente complexidade de habilidades e conhecimentos necessários para prestar cuidados a pessoas com multimorbilidades (MM); a busca pela continuidade dos cuidados com vista à melhoria contínua da qualidade; a ênfase atual na política de muitos países sobre a importância das equipas multidisciplinares; o aumento da especialização nas profissões de saúde e uma correspondente fragmentação do conhecimento disciplinar. A reestruturação da força de trabalho exige, deste modo, que as equipas integrem os valores organizacionais com novos modelos de prestação de cuidados. Embora estas mudanças tenham impacto nos cuidados de saúde como um todo, existem determinados setores onde estes desafios organizacionais têm gerado um debate mais generalizado, em particular nos cuidados primários e nos cuidados continuados integrados. Apesar do foco crescente no trabalho de equipa interdisciplinar, ainda há falta de evidências que mostrem ligação entre os processos de trabalho em equipa interdisciplinar e os resultados (Nancarrow *et al.*, 2013; Barry *et al.*, 2020; Buljac-Samardizic, 2020).

Contudo, pesquisas relacionadas com a articulação e a coordenação entre serviços e equipas tem destacado a importância de avaliar os seus impactos nos doentes e nos prestadores de cuidados. Baxter *et al.* (2018) realizaram uma revisão sistemática dos efeitos da integração ou coordenação entre serviços de saúde, ou entre a saúde e o social, sobre os resultados da prestação de serviços, incluindo a eficácia, a eficiência e a qualidade dos cuidados. Dos 177 estudos realizados em catorze países (Reino Unido, USA, Canada, Austrália, Países Baixos, Suécia, Espanha, Alemanha, França, Suíça, Noruega, Finlândia, Nova Zelândia, Áustria), foi evidenciado que os modelos de cuidados integrados podem aumentar a satisfação dos doentes, aumentar a perceção da qualidade dos cuidados e permitir o acesso aos serviços, embora as evidências relativas a este aspeto sejam limitadas. Em termos de resultados financeiros, os efeitos da articulação e integração dos cuidados podem ser percecionados de forma distinta pelas diferentes partes interessadas. A nível organizacional, por exemplo, a redução de atividades de integração e coordenação num determinado setor ou unidade pode significar perdas financeiras. Os estudos evidenciaram a existência de uma tensão entre a redução de custos e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Na perspetiva destes autores, os novos modelos de gestão de cuidados devem ser direcionados para grupos de pessoas com necessidades complexas, em vez de serem vistos como uma panaceia para todos. Acrescentam que deve existir mais atenção à forma como a sua reconfiguração tem impacto nos doentes e nos prestadores de cuidados (Baxter *et al.*, 2018).

Através de uma revisão da literatura publicada nos últimos 10 anos na base de dados EBSCOhost, Fonseca-Teixeira *et al.* (2019) compararam os cuidados domiciliários e os cuidados institucionais de longa duração para idosos dependentes. Os resultados deste estudo evidenciaram que os cuidados domiciliários podem ser mais baratos, melhores e mais acessíveis do que os cuidados institucionais, mas dependem do nível de dependência e da disponibilidade de prestadores de cuidados informais. Além disso, os cuidados domiciliários podem melhorar a qualidade dos cuidados, reduzir as desigualdades em matéria de saúde e diminuir as despesas de saúde, mas também reconhecem que podem não ser adequados para todos os casos e que requerem cuidadores informais.

Kim *et al.* (2022) realizaram um estudo para compreender a evolução do sistema de cuidados de longa duração na Coreia e o seu impacto na equidade. O estudo analisou as mudanças na equidade do sistema de cuidados de longa duração na Coreia ao longo dos anos 2000, 2008 e 2015, com base no Índice de Coulter, uma medida utilizada para avaliar a equidade de um sistema. O estudo concluiu que a introdução dos cuidados de longa duração (LTC) na Coreia diminuiu significativamente a desigualdade regional, especialmente entre 2000 e 2008. Esta mudança foi comum a todos os tipos de serviços e conduziu a resultados positivos, como a expansão de infraestruturas e serviços, e a melhoria do acesso aos serviços pelos beneficiários. No entanto, apesar destas mudanças positivas, a desigualdade regional permanece elevada, particularmente nas instituições que prestam cuidados diurnos e noturnos. Ao analisar a oferta regional de serviços de cuidados prolongados na Coreia, verificou-se um excesso de oferta de capacidade de cuidados de saúde nas zonas suburbanas, mas uma suboferta de serviços nas zonas urbanas e rurais. Com base nos resultados, estes autores sugerem que a política de LTC deve ser mais reativa às características e necessidades locais.

Um estudo realizado por Clarkson *et al.* (2018) permitiu comparar as prioridades de atribuição de recursos para os cuidados de longa duração, em Inglaterra, entre dois grupos de interessados (gestores e cidadãos idosos). O estudo teve como objetivo identificar as diferenças e as semelhanças na perceção da importância de oito resultados relacionados com as necessidades para a atribuição de recursos para os cuidados de longa duração. O estudo utilizou dados de inquéritos realizados a gestores de serviços e a cidadãos idosos, com recurso a uma métrica de importância variável para classificar os resultados na determinação da afetação real de recursos. O estudo concluiu que existem variações significativas na atribuição de prioridades às necessidades entre as partes interessadas e a afetação efetiva. Os cidadãos mais velhos dão prioridade às atividades básicas e instrumentais da vida diária (AIVD), enquanto os gestores atribuem maior prioridade ao bem-estar

psicológico e menor às AVD instrumentais. O estudo sugere ser necessário mais transparência e diálogo para alinhar os pontos de vista das partes interessadas e a alocação efetiva dos recursos.

As questões até aqui abordadas são transversais aos diferentes sistemas e modelos de cuidados, independentemente do contexto de análise. De facto, os estudos confirmam a necessidade de implementação de cuidados continuados integrados em diversos países. Conforme exposto no capítulo 3, o modelo de organização de cuidados possui características singulares e distintas entre esses países, orientadas e sustentadas por políticas de saúde e sistemas de prestação com necessidades diferenciadas. Países como a Noruega, Holanda, Alemanha, Reino Unido, Itália, Espanha e Portugal apresentam diferenças entre si, alterando a estrutura da prestação destes cuidados, no que diz respeito ao financiamento, ao processo de referenciação, ao tempo de internamento, à distribuição do consumo de recursos, e, até mesmo, às características dos prestadores de cuidados. Contudo, no caso do modelo de CCI português, os problemas agudizam-se por motivos de natureza demográfica e epidemiologia, governação política e organizativa, económica e financeira, social e cultural. Apesar das diferenças, os estudos apontam para uma mesma direção, uma gestão eficiente dos cuidados (Antunes e Moreira, 2011; Escoval, Lívio e Ribeiro, 2013; Escoval *et al.*, 2016; Santana *et al.* 2017; Rainho, Cabral e Barreira, 2021; Pereira, Fonseca e Pinho, 2021; Henriques e Gandra, 2022; Santos *et al.*, 2022).

Desde a sua criação e implementação em 2009, a RNCCI tem sido estudada e avaliada por vários autores e organismos a partir de diferentes ângulos e perspetivas. No âmbito deste trabalho, importa destacar e analisar os fatores críticos que se colocam à gestão da RNCCI.

Assim, e tendo por base as evidências apuradas em diferentes estudos, entre o período 2011-2022 (com especial foco nos últimos 5/6 anos), puderam evidenciar-se três dimensões interdependentes que decorrem da análise da realidade dos CCI em Portugal e que, no fundo, expressam o consenso das perspetivas e das preocupações em torno do desenvolvimento da RNCCI. Uma das dimensões relaciona-se com a sustentabilidade financeira, na medida em que a RNCCI incorre ser incomportável a médio-longo prazo, tendo em conta a natureza inconstante do seu financiamento e da ausência de uma estratégia que privilegie de forma equilibrada a prevalência das doenças crónicas, a complexidade da doença, os novos indicadores demográficos e o desenvolvimento de cuidados descentralizados e próximos dos cidadãos. A outra dimensão está ligada à forma como a RNCCI se ajusta às necessidades reais dos cidadãos, sendo essencial para o seu desenvolvimento e manutenção. Esta dimensão impõe um pensamento estratégico suportado por mecanismos internos de gestão para garantir a equidade e o acesso aos cuidados. Transversal às primeiras, surge ainda uma terceira dimensão, o grau de incerteza acerca do volume e do tipo de procura em serviços

de LTC, que obriga Portugal a repensar o seu modelo de organização. O que significa, alterar a distribuição e a forma como se organizam os cuidados formais e informais, no que diz respeito à procura e à sua relação com a provisão de cuidados formais e informais. Em Portugal, o que ressalta é uma elevada procura de cuidados formais, um nível médio de provisão de cuidados informais e uma escassa provisão de cuidados formais, especialmente os cuidados assentes numa resposta domiciliária de proximidade, sendo esta uma das lacunas evidenciadas na governação dos CCI e uma das prioridades políticas de âmbito nacional (Costa e Mourão, 2015; ERS, 2015; OPSS, 2022). Outros estudos focam-se na avaliação do risco e da incerteza da RNCCI (Costa e Mourão, 2015), na análise prospetiva da RNCCI (Pescada, 2017, 2019), na adequação das respostas às necessidades da população e na influência das características dos prestadores e dos utentes no consumo de recursos em unidades (Santana *et al.*, 2017), na gestão da alta hospitalar e referenciação para a RNCCI (Rainho, Carvalho e Sobral, 2020), na análise dos constrangimentos e do impacto da RNCCI na eficiência hospitalar (Escoval *et al.*, 2013), nos efeitos da referenciação na demora média dos internamentos nos hospitais (Santos *et al.*, 2022), nas implicações do cancelamento dos processos de referenciação na RNCCI (Rainho, Carvalho e Barreira, 2021) e ainda nas dificuldades sentidas pelos prestadores de CCI (Conselho Nacional de Cuidados Continuados (CNCC), 2016). Estes estudos procuraram, no fundo, responder às questões da sustentabilidade financeira, do acesso às respostas da RNCCI, da relação entre a procura e a oferta de CCI e da sua adequação às necessidades reais da população, investigando e discutindo criticamente os *outputs* compreendidos por resultados ou ganhos para a saúde.

Um estudo conduzido por Costa e Mourão (2015) sobre a RNCCI permitiu avaliar o panorama do risco desta rede em Portugal, a partir de uma abordagem de natureza qualitativa, tendo sido realizadas onze entrevistas aprofundadas a interlocutores de relevo na área da saúde, com experiência a nível nacional e internacional. Os resultados do estudo evidenciam a manutenção dos cuidados de longa duração como um dos principais temas discutidos na agenda política, podendo adotar diferentes modalidades de financiamento. Para estes autores, as representações em torno da RNCCI têm em vista a boa governação da saúde, num contexto marcado por inúmeros desafios e fatores críticos. O peso dos fatores demográficos, a prevalência das doenças crónicas, as situações de dependência, as sobrecargas familiares irão agudizar e fazer com que haja maior necessidade de cuidados, tendo sido avaliadas neste estudo como desafios e potenciais riscos à manutenção da RNCCI. A incerteza na procura e na oferta dos cuidados, sendo que a procura de CCI permanece elevada e a oferta da RNCCI não permite alcançar a cobertura dos cuidados às necessidades da população. Esta disfunção entre as necessidades e a forma como a rede cresceu e desenvolveu

obriga a uma gestão e monitorização das opções da oferta para a RNCCI em matéria de financiamento público, privado, com ou sem fins lucrativas, e setor social, na medida em que podem determinar o nível de cobertura de cuidados continuados integrados. Outro fator crítico prende-se com as lacunas ao nível da partilha de informação entre os profissionais e a população sobre “os propósitos e a existência das UCCI, levando as famílias a idealizarem estas unidades como cuidados de longa duração (lares e casas de repouso) e não como uma resposta de intermédia/de transição entre níveis de cuidados”. Este desafio implica um investimento na literacia em saúde, caso contrário estas unidades podem transformar-se em “depositárias de cuidados e que não haja diferenciação de cuidados.” (Costa e Mourão, 2015: 508). Deste modo, Costa e Mourão (2015) sugerem que, para inverter estes desequilíbrios é crucial investir numa maior eficiência económica através de incentivos e atenção às características/necessidades de cada região e localidade. As evidências deste estudo apontam, assim, para a necessidade de haver um equilíbrio entre estruturas e recursos humanos. Se alguns especialistas entrevistados apontaram para a necessidade de criar equipamentos sociais para respostas que carecem de especificidade, nomeadamente na área da saúde mental e dos cuidados paliativos, outros alegam a necessidade de aumentar o número de profissionais de diferentes áreas para dar resposta à diferenciação dos cuidados. No entanto, as afirmações dos entrevistados são consensuais ao assinalarem para uma orientação clara da procura de cuidados continuados integrados, de uma forma gradual e controlada, devido à escassez da oferta, na medida em que a RNCCI ainda não conseguiu desenvolver plenamente sua capacidade de resposta. Esta limitação em desenvolver a sua capacidade de resposta, fruto da insuficiência de recursos ou serviços disponíveis na RNCCI, impede-a de responder com eficácia às necessidades da população (Costa e Mourão, 2015).

Na realidade, a RNCCI continua em expansão e a sua implementação territorial ainda está distante de corresponder às necessidades da população, sendo que existem tipologias previstas no diploma legislativo da sua criação que não foram concretizadas, designadamente as unidades de ambulatório e o reforço dos cuidados domiciliários (ACSS, 2022; ERS, 2015, 2024; OPSS, 2011, 2022; Lopes *et al.*, 2010; Lopes e Sakellarides, 2021).

Um estudo realizado por Pescada (2017, 2019) sobre as dinâmicas passadas da RNCCI, as estratégias dos atores e os “futuros possíveis” para os CCI na região do Alentejo, permitiram revelar que a gestão estratégica dos CCI no território alentejano constitui uma tarefa complexa e que o futuro dos CCI depende quer das “estratégias dos atores” e do respetivo “jogo de forças”, quer de acontecimentos exógenos determinados (*e.g.* variáveis demográficas e epidemiológicas). Para compreender o jogo estratégico entre os atores e identificar os “futuros possíveis”, o estudo aplicou

a segunda fase do “Método de Cenários” na linha da análise prospetiva proposta Michel Godet, designadamente a análise estrutural e a análise estratégica de atores. Entre os atores mais revelantes e determinantes para o desenvolvimento estratégico a RNCCI na região do Alentejo, foram identificados os seguintes: a ARSA, enquanto entidade reguladora do sistema de saúde a nível regional com funções de gestor de resultados e auditor de respostas, no sentido da otimização dos recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade); as ECCI e as UCCI, enquanto prestadoras de cuidados aos cidadãos e aos utentes; as ECL, pelo seu papel de proximidade com os prestadores de cuidados e a comunidade local; e as IPSS, enquanto impulsionadoras de respostas diferenciadas e ajustadas às necessidades da população. No que diz respeito aos objetivos mais valorizados por estes atores, foram observadas algumas diferenças quanto à sua hierarquização em termos de priorização. A priorização nos Cuidados Paliativos, na domiciliação dos cuidados e no reforço da capacidade de resposta e desempenho da Rede, bem como como na qualificação e a formação dos profissionais foram os objetivos mais valorizados pelo conjunto dos atores. O estudo da relação de forças entre os atores revelou, ainda, que a ARSA, a Coordenação Nacional da Rede e a ECR exercem uma ação de ligação muito importante, pelo que foram identificados como atores de que quase todos os atores se sentem muito dependentes para a concretização dos objetivos, com a exceção da ECR, que, pelo seu posicionamento indica uma influência mediana (e um forte nível de dependência). Na perspetiva de Pescada (2017, 2019), estes atores assumem o papel de «integradores» do sistema, na medida em que se situam em posições de árbitro entre os interesses conflituais dos participantes e que, com a força que lhes dá essa posição, asseguram uma parte de regulação, operando os ajustamentos e os equilíbrios entre os atores, sem os quais o sistema estiolaria. Este estudo concluiu que, o futuro próximo da RNCCI na região do Alentejo deverá passar, a um nível macro, pela convergência de esforços entre a Saúde e a Segurança Social e, a um nível micro, pela efetiva articulação e coordenação entre tipologias, setores e níveis de Cuidados, assente numa lógica da cooperação e de compromisso, com o objetivo de incrementar o modelo de intervenção multisectorial. Estes resultados são reveladores das fragilidades do modelo de governação e abordagem integrada que preconiza a prestação de cuidados numa lógica continuada e integrada, cuja abordagem pressupõe a articulação, a colaboração e o compromisso de diferentes atores coletivos e individuais, e que, dada sua complexidade, precisa de algum tempo até que as potencialidades dos CCI, nos domínios da qualidade e do acesso e da participação/envolvimento de todos os intervenientes, se efetivem no território do Alentejo.

Os resultados dos estudos de Costa e Mourão (2015) e Pescada (2017, 2019), permitiram aferir que o funcionamento da Rede, tanto a nível nacional, como regional, depende fortemente da articulação e convergência de esforços, no sentido de dinamizar a implementação e a continuidade da atividade de prestação de CCI nos diferentes territórios.

A estes estudos acrescem alguns estudos de caso focalizados na articulação entre as entidades intervenientes no processo de referenciação, com o intuito de confirmar a conformidade (ou não) com os resultados nacionais e apontar ações dirigidas e ajustadas às particularidades das realidades regionais e locais (Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Fonseca-Teixeira *et al.*, 2020; Rainho, Carvalho e Barreira, 2021; Santos *et al.*, 2022).

O processo de referenciação e admissão de doentes na RNCCI tem vindo a ser revisto e ajustado, consoante as especificidades de cada tipologia de CCI. Contudo, Fonseca-Teixeira *et al.* (2020: 7) continuam a descrever o processo como “um procedimento muito burocratizado e demorado, que condiciona e atrasa, substancialmente, a acessibilidade dos pacientes à RNCCI, impedindo que os usuários tenham acesso aos cuidados em tempo útil.”

Fruto da complexidade e morosidade do processo de referenciação, surgem alguns fatores críticos que comprometem o modelo de funcionamento e a própria organização interna da RNCCI. O facto da RNCCI possuir vários níveis hierárquicos torna o processo muito burocrático e de difícil referenciação, o que leva a que muitas pessoas que necessitam de cuidados não sejam referenciadas. O processo de referenciação requer a intervenção articulada de diferentes equipas e unidades com diferentes lógicas de organização e atuação, desde as equipas que sinalizam e referenciam (as equipas multidisciplinares hospitalares e da comunidade) às equipas que validam e avaliam (ECL e ECR). Outro fator crítico prende-se com o tempo de resposta que, por norma, é elevado. Por motivos relacionados, por exemplo, com o pedido de transferência de utentes, que foram admitidos numa dada unidade para outra unidade que não têm vaga. Outro exemplo, reside na permanência de doentes nas ULDM, que muitas vezes ultrapassa o limite previsto (seis meses), uma vez que não existem respostas para admitir esses doentes. Para além destes fatores, são apontadas críticas ao nível da referenciação de utentes, em que os hospitais são forçados a referenciar para RNCCI, com vista a libertar camas doentes agudos, sem ter em conta a tipologia adequada às necessidades do doente (Escoval *et al.*, 2013; Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Henriques e Gandra, 2022; Santos *et al.*, 2022).

Na realidade, já são inúmeros os estudos que apontam diferentes motivos na demora na referenciação, nomeadamente: i) a espera pela avaliação relativa aos cuidados futuros; ii) a espera

pela intervenção dos serviços sociais; iii) a espera por tratamento pelo SNS; iv) espera por decisões de financiamento e v) espera pela escolha do próprio paciente. Além destes, existem, ainda, outros fatores com impacto na eficiência hospitalar, nomeadamente a sinalização desadequada ou excessiva, a referenciação tardia (fruto dos motivos acima exposto), os recursos humanos envolvidos, a falta de formação e interesse dos profissionais que participam no processo de sinalização e referenciação, a ausência de uniformização e consensualização de procedimentos e a ausência de comunicação entre as organizações, os serviços e as próprias equipas (Colombo *et al.*, 2011; Escoval *et al.*, 2013; Petronilho, Pereira, e Silva, 2014; Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018b; Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Rainho, Cabral e Barreira, 2021; Santos *et al.*, 2022).

O estudo realizado por Rainho, Cabral e Sobral (2020), com o objetivo de avaliar o processo de gestão de alta hospitalar e a sua articulação com as entidades envolvidas no processo de referenciação e admissão na RNCCI, evidencia uma associação positiva entre o tempo de apreciação do processo e o prolongamento do internamento hospitalar, em que o tempo médio entre a referenciação hospitalar e a admissão na RNCCI se situou nos 9,73 dias. O referido estudo teve como base uma amostra de 805 casos referenciados, em 2013, por um Hospital Central localizado no norte de Portugal, sendo que a taxa de admissão de utentes na rede foi inferior à média nacional (correspondendo a 74% face a 86%). Quase metade dos utentes foram admitidos em Unidades de Média Duração e Reabilitação (respetivamente 46,4%). Quanto à adequação da oferta da RNCCI, verificou-se, ainda, que dos utentes internados, apenas 15% permaneceram na sua área de residência. Apesar dos utentes poderem escolher três unidades preferenciais, os procedimentos de gestão de vagas e a distribuição geográfica da oferta condicionam e limitam a admissão nas unidades selecionadas como preferenciais (os utentes podem selecionar três unidades preferenciais) e próximas da área de residência dos utentes.

A gestão das altas e do processo referenciação tem impacto no acesso à RNCCI. Por esse razão, a questão do acesso potencial dos utentes à RNCCI tem sido avaliada pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS) (2013, 2015, 2022, 2024) pela sua relevância na promoção e continuação dos cuidados. Tendo em conta o perfil sociodemográfico da população e o tempo máximo de 60 minutos a percorrer em estrada até às unidades de internamento, a ERS (2022, 2024) evidenciou a existência de áreas com baixo acesso às unidades. A este défice, acresce a insuficiente oferta de camas disponíveis, ficando aquém das metas estabelecidas. A ERS (2015, 2024) apurou, ainda, que há utentes a recusar a admissão numa unidade pela distância em relação ao seu local de residência e à dos seus familiares. Os resultados apontam, assim, para a incapacidade da RNCCI responder às necessidades e às expetativas da população.

A avaliação dos efeitos do tempo de internamento tem sido, igualmente, estudada nos últimos anos. Santos *et al.* (2022) realizaram um estudo numa organização hospitalar, em Portugal, com o objetivo de avaliar o tempo de internamento e as complicações clínicas antes e após a alta hospitalar de doentes referenciados para a RNCCI. Este estudo apurou um maior tempo de espera no internamento, apesar do número de referenciações entre 2012 e 2019 não ter aumentado, revelando, por conseguinte, um elevado número de intercorrências clínicas durante o período de espera a aguardar o ingresso na RNCCI. Os resultados do estudo põem em evidência a saturação atual da RNCCI, apesar do aumento do número de equipas e unidades. Como hipótese, os autores afirmaram que a demora do internamento teve um impacto negativo no processo de reabilitação e conduz a um gasto adicional de recursos hospitalares. Os resultados apurados permitiram demonstrar que os doentes internados por patologias médicas referenciadas para a RNCCI apresentam idade avançada, múltiplas patologias, tempos de internamentos prolongados e uma elevada prevalência de intercorrências clínicas antes e após a alta hospitalar. A tipologia com maior frequência de referenciação foi a ECCI, sendo que as tipologias de internamento UMDR e UC também foram referenciadas. Este estudo revelou, ainda, a necessidade de investimento ao nível do apoio comunitário e social dos doentes referenciados. Santos *et al.* (2022) referem que é essencial estudar as repercussões do circuito de referenciação no acesso à RNCCI, para além de aumentar a capacidade de resposta da Rede, sugerindo, ainda, o estudo das intercorrências clínicas que motivaram idas ao SU após a alta hospitalar e a compreensão da proporção destas, na medida em que estas poderiam ser tratadas nas unidades ou por equipas domiciliárias da RNCCI. Estes estudos permitiam, deste modo, a melhoria dos mecanismos de assistência da Rede e a redução da sobrecarga económica dos hospitais e, conseqüentemente, do SNS. Estas questões induzem a uma reflexão atenta sobre o impacto da referenciação e dos tempos de internamento na RNCCI e, conseqüentemente, na gestão e sustentabilidade do SNS.

Perante este contexto, Rainho, Cabral e Barreira (2021) consideraram essencial estudar o impacto dos processos cancelados na RNCCI. Assim, realizaram um estudo de natureza descritiva e retrospectiva na região Norte sobre os processos de referenciação para a RNCCI, que foram cancelados após atribuição de vaga, no sentido de aferir as suas particularidades, os tempos médios de demora na atribuição de vaga, a tipologia onde ocorreram, assim como os motivos apresentados para justificar o cancelamento e as suas implicações. Num total de 9753 referenciações com vaga atribuída na RNCCI, 1058 processos foram cancelados (o que corresponde a 11%) face ao total). O estudo demonstrou que a existência de processos cancelados após atribuição de vaga contribuiu para o aumento do tempo total no processo de referenciação. Também revelou que a existência de

diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de identificação e cancelamento de vaga com o motivo de cancelamento e a tipologia das unidades da RNCCI. O principal motivo para o cancelamento foi o falecimento do utente, com cerca de 85 processos com atribuição de vaga quando o utente tinha falecido. Na perspetiva destes autores, isto significa a existência de falhas de comunicação entre as diferentes equipas (EGA, Equipa Referenciadora do Centro de Saúde e as equipas multidisciplinares que acompanham o utente), sugerindo-se uma revisão nos procedimentos de atuação da equipa EGA/ER, no sentido de supervisionar as alterações da situação clínica de utentes em processo de referenciação e uma maior integração dos sistemas informáticos (nomeadamente ao nível do acesso em tempo real à informação) das organizações envolvidas na RNCCI. Além disso, este estudo fez uma comparação com dados mais recentes, que mostram um agravamento dos tempos de atribuição de vaga em todas as tipologias da RNCCI, assim como o número de casos cancelados, tendo sido possível confirmar o impacto dos processos cancelados na RNCCI na região Norte, designadamente o aumento do tempo médio de disponibilização de vaga e, conseqüentemente, o aumento no tempo total de referenciação e no número de utentes a aguardar vaga para ingresso, com implicações para todos os intervenientes do processo (Hospital, Unidades da RNCCI e Estado), incluindo o utente. O estudo concluiu que, após cinco anos da realização deste estudo, a sua relevância permanece quanto à importância de se analisar a eficiência e eficácia da Rede.

Conforme evidenciado pelos diferentes estudos, além dos recursos humanos e económicos que a RNCCI absorve, a referenciação a partir do internamento conduz a um aumento nas demoras hospitalares com conseqüências clínicas e, conseqüentemente, a um aumento de encargos hospitalares, comprometendo o acesso e qualidade da prestação dos cuidados (Escoval *et al.*, 2013; Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Rainho, Cabral e Barreira, 2021; Henriques e Gandra, 2022; Santos *et al.*, 2022).

O previsível crescimento da RNCCI tem obrigado a intervenções cada vez mais custo-efetivas por parte dos diferentes agentes envolvidos nas políticas e gestão dos CCI. Porém, perante a inexistência de mecanismos uniformes e sistemáticos de recolha, análise e tratamento da informação dos custos em CCI em Portugal, a definição dos preços a aplicar na RNCCI refletiu a expectativa de consumo de recursos estabelecida por um conjunto de peritos em função das características estruturais dos prestadores de cuidados. A este respeito, Santana *et al.* (2017) apelam para urgente avaliação das características específicas e diferenciadoras do perfil dos utentes e a sua influência no consumo de recursos. Para o efeito, estes autores desenvolveram um estudo transversal e retrospectivo para estimar o consumo de recursos, medido através da duração de

internamento em unidades de internamento em cuidados continuados (UICC) em Portugal, e analisar a sua associação com as características biopsicossociais dos utentes e dos prestadores de cuidados através de regressão linear múltipla. Os resultados do estudo permitiram verificar que, na amostra e período considerados, o tempo médio de internamento foi de 34,2 dias nas unidades de convalescença, 84,1 dias nas unidades de média duração e reabilitação e 106 dias nas unidades de longa duração e manutenção. Verificaram, ainda, a existência de assimetrias regionais relativamente ao tempo médio de internamento, refletindo as diferenças de resposta assistencial disponível em cada região, sendo a região do Alentejo a terceira com uma duração média de internamento superior às regiões Norte e Algarve e inferior ao Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Os resultados apurados sugeriram que o tempo de internamento é influenciado sobretudo pelas características dos prestadores de cuidados e não pelas características dos utentes. A resposta a esta realidade exige um acompanhamento adequado e a consideração de ferramentas e instrumentos de gestão, como a aplicação de um novo sistema de classificação de utentes, que, além de garantir uma classificação homogénea das características dos utentes, contribuiu para um melhor entendimento sobre a distribuição do consumo de recursos, podendo ter impactos significativos em determinadas áreas como a estratificação do risco, o sistema de financiamento, a garantia da qualidade e a avaliação de desempenho das unidades (Santana *et al.*, 2017).

Questões críticas como a adequação da oferta de cuidados, a eficácia na articulação dos prestadores, o tempo de demora na referência e o tempo de permanência no internamento hospitalar e nas unidades têm impacto na gestão dos tempos de espera e das camas (hospitalares e de cuidados continuados), no consumo dos recursos, na qualidade dos cuidados prestados e na reconstrução da autonomia, comprometendo a promoção da saúde dos utentes. Para resolver estas questões, os estudos têm vindo a trazer contributos ao identificar ações de melhoria dos processos de gestão da RNCCI, nomeadamente: aumentar a interoperacionalidade entre o sistema informático da RNCCI e os aplicativos hospitalares (médicos e de enfermagem), no sentido de agilizar os procedimentos administrativos de referência previstos, no que se refere à exigência dos normativos legais e às instruções operacionais ao nível da introdução manual de informação extensa na plataforma; atualizar os regulamentos e as normas internas, em particular o regulamento da EGA; agilizar os procedimentos internos de referência e articulação com a ECL, com vista a reduzir as demoras e os eventuais prolongamentos de internamento; diminuir o número de processos cancelados através da análise dos motivos, sobretudo quando existe reserva de vaga; e avaliar a adequação dos tempos de apreciação dos pedidos às propostas de referência (Rainho, Cabral e Barreira, 2021; Santos *et al.*, 2022).

Para responder às assimetrias regionais e aos problemas de adequação da oferta à procura, são várias as recomendações elencadas pelos estudos, nomeadamente: avaliar as taxas médias de ocupação das unidades da Rede, bem como o número e o perfil dos recursos humanos necessários e tempo alocados por cada uma das entidades gestoras regionais e locais; planear a localização das unidades e a definição das tipologias, tendo por base a avaliação anteriormente feita; contratualizar previamente as camas de internamento de acordo com as necessidades, tendo em conta que a maior parte das camas é disponibilizada pelo sector social. Posto isto, o acompanhamento e a monitorização da RNCCI poderá contribuir para local e regionalmente identificar constrangimentos organizacionais que poderão ser ultrapassados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos e/ou pela articulação com as equipas de coordenação regional e local (ERS, 2015, 2024; Escoval *et al.*, 2013; OPSS, 2011, 2022; Santana *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2022).

As questões da eficiência e efetividade de uma rede prestadora de cuidados pública, como a RNCCI, colocam questões de natureza ética, mais do que somente questões orçamentais ou até económicas, pelo que ao comprometer a sua eficiência do SNS, coloca em causa os seus princípios de justiça, flexibilidade e transparência (OPSS, 2011). Neste contexto, têm surgido diferentes modelos e abordagens de organização e gestão dos CCI, que visam melhorar, entre outros aspetos, o nível da articulação da RNCCI com os restantes níveis de cuidados, bem como a sua eficiência e eficácia, fomentando, assim, a sua sustentabilidade.

5.5 Modelos e abordagens na gestão dos cuidados continuados integrados

A complexidade e a imprevisibilidade inerente às organizações de saúde conduzem à ideia de quase impossibilidade de encontrar soluções certas e ajustadas às diferentes necessidades e exigências.

Espera-se, cada vez mais, uma atitude proactiva e inovadora por parte dos gestores, onde se valorize, para além do aprofundamento dos conhecimentos técnicos, outras dimensões como: a capacidade de liderança em organizações em mudança e em cenários instáveis; a disponibilidade para estimular a colaboração dos profissionais e das equipas prestadoras; a capacidade para criar alianças que facilitem processos de integração multidisciplinar e plurinstitucional; a sensibilidade perante a relação qualidade/custo em ambientes de constrangimento financeiro e a promoção da inovação (Reis, 2004; Singh, 2018; Turner, 2018; Buljac-Samardzic, 2020).

Para tal, os responsáveis pela gestão em saúde devem adotar abordagens criativas e inovadoras, nomeadamente: incrementar o grau de interação e comunicação; estimular ambientes e experiências que possibilitem o surgimento de “padrões de atuação”; adotar métodos e ferramentas

que auxiliem na criação de ideias, na abertura e partilha de perspetivas divergentes e consensuais e na gestão e mediação de situações de conflito (Bernardino, 2022: 39).

É globalmente reconhecida a necessidade de CCI (ou LCT), ainda assim a sua oferta continua a ser insuficiente e desajustada às necessidades reais população. O acesso universal e equitativo a este tipo de cuidados constitui-se com um desafio para todos os países. Tal impõe garantir o acesso aos cuidados de qualidade a toda a população e que, acima de tudo, sejam sustentáveis (WHO, 2016, 2021; OECD, 2019). Torna-se, assim, fundamental que cada país adapte os modelos vigentes à sua população e, caso necessário, reconfigurá-los (Hogeveen e Beltzner, 2022; Lopes e Sakellarides, 2021). Criar um modelo de cuidados continuados integrados eficiente e eficaz, que responda às necessidades da sua população, garantindo a sua sustentabilidade financeira é um desafio que apela à participação conjunta e articulada de todos os atores - políticos, académicos, gestores, prestadores de cuidados formais e informais e cidadãos. Por esse motivo, é fundamental equacionar novos tipos e formas de organização dos cuidados e fomentar a cooperação entre os sistemas social e de saúde, e os setores público e privado (Lopes e Sakellarides, 2021).

Hogeveen e Beltzner (2022) apresentam um modelo de maturidade de cuidados integrados desenvolvido pelo Centro de Cuidados Integrados (CIC), no contexto do Sistema de Saúde St. Joseph em Ontário, Canadá, que se baseia em aprendizagens de uma década de trabalho com diferentes agentes envolvidos para construir um modelo sustentável de cuidados. O modelo identifica seis domínios - população de pacientes, cuidados baseados em evidências, acesso e equidade, pessoas e equipas, governação e financiamento, sistemas de dados e avaliação, visando a introdução de *insights* proveniente de diferentes versões de questionários para obter perceções diferenciadas, incluindo clientes/pacientes e famílias, membros da comunidade, prestadores de serviços, líderes de organizações/programas e profissionais de saúde e sociais, administradores e planeadores de sistemas de cuidados. Esta abordagem permite que as organizações avaliem a maturidade a partir de múltiplas perspetivas e estimular uma conversa mais aprofundada, onde as perspetivas podem divergir e/ou convergir. Na perspetiva destes autores, este modelo constitui uma ferramenta que as organizações podem usar para avaliar a sua eficácia e ajudar a determinar os próximos passos para melhorar o desempenho. Por outras palavras, o modelo permite que as organizações avaliem os seus próprios processos e identifiquem os requisitos para alcançar o próximo nível de maturidade dos cuidados integrados, capacitando-os a determinar os próximos passos e descobrir 'aceleradores' para avançar na implementação de cuidados integrados.

A implementação da mudança sistémica e estratégica é uma fonte de debate muito importante nos cuidados de saúde, uma vez que existe incerteza sobre "o que funciona". O problema do contexto

(ideologia política, grupos profissionais e complexidade organizacional) tem sido reconhecido há já algum tempo (Lopes e Sakellarides, 2021).

Para operacionalizar a mudança sistêmica, Ovretveit (2011) e Valentijn, Shepman, Opheji e Bruijnzeels (2013) indicam que é necessário criar as condições, o que significa introduzir os incentivos e os facilitadores necessários (finanças, tecnologia e avaliação) na adoção da metodologia de mudança mais adequada.

Lopes e Sakellarides (2021: 282), por sua vez, propõe “uma estratégia que congregue uma cultura de transformação ou de mudança, com uma perspectiva de *bottom-up*”, que se traduz numa mudança a partir das iniciativas dos profissionais nos seus contextos, uma vez que, por norma, são elas que respondem às suas necessidades, estimulam a sua criatividade e tendem a permanecer. Para que isso aconteça, as condições devem ser criadas localmente, com uma perspectiva estratégica assente em três dimensões: estrutural – ter em conta a natureza da cultura alvo de mudança; processual – acompanhar a forma como as culturas mudam; contextual - alinhar a cultura interna ao ambiente externo. Na visão de Lopes (2021), a criação de um novo modelo de governança da saúde requer capacidade estratégica, uma clara identificação das prioridades e da calendarização das ações e um discurso de saúde orientado por uma estratégia comunicacional.

A experiência internacional indica que não existe um modelo único de cuidados integrados, sugerindo, por sua vez, que não existe uma "abordagem" uniforme para a implementação dos cuidados integrados. O Modelo Arco-Íris de Cuidados Integrados – *Rainbow Model of Integrated Care* (RMIC) oferece uma compreensão concetual partilhada (Valentijn, 2016), enquanto o Modelo de Cuidados Integrados – *Model of Integrated Care* (DMIC) descreve a combinação de atributos e comportamentos necessários para tornar a integração funcional. O modelo de Leijten, Struckmann, Ginneken, Czypionka, Kraus, Reiss e Tsiachristas, (2018) fornece um compêndio abrangente de ingredientes-chave que são sugeridos para ajudar na concetualização, implementação e avaliação. Este modelo acrescenta uma camada de pormenor de implementação ao RMIC e ao DMIC, mas salienta que não é uma "receita para (implementação) da reforma". Valentijn *et al.* (2013) sugere que as forças normativas (dimensões culturais/ profissionais/políticas) têm um impacto profundo na implementação e sugeriu que os cuidados integrados são "uma 'forma de arte' baseada numa paleta colorida de valores e percepções provenientes de vários domínios políticos, organizacionais, profissionais e clínicos". Na sua essência, Valentijn *et al.* (2013) estavam a descrever um Sistema Adaptativo Complexo – *Complex Adaptive System* (CAS).

Harnett *et al.* (2020) propõem um modelo para a implementação de cuidados integrados para pessoas idosas, a partir de evidências empíricas que mostram a sua utilidade entre gestores e clínicos. Neste sentido, os autores apresentam uma abordagem de 10 passos para a implementação de cuidados integrados, que não só se baseia nas lições da mudança transformacional de todo o sistema, como também reconhece as dimensões culturais ocultas, nomeadamente o papel dos empresários institucionais. Estes autores sugerem, assim, a implementação de Sistema Dinâmico Adaptativo Complexo - *Dynamics of a Complex Adaptive System (Dynamics of a CAS)*, que visa contribuir a melhoria das práticas, das exigências organizacionais e do processo de integração de cuidados, com a perceção de vários atores individuais/agências profissionais. Conforme atestam Harnett *et al.* (2020), o desafio da melhoria dos cuidados integrados é crucial e, por conseguinte, requer uma mudança epistemológica que reconheça a importância da implementação de sistema adaptativo complexo. Isto exige a seleção da metodologia de mudança adequada apropriada que reconheça a importância da dinâmica social profissional, o que implica um forte envolvimento de profissionais com elevada autonomia.

Outros estudos focam-se nos fatores de sucesso e elementos-chave que contribuem para o bom funcionamento do processo de cuidados, entre eles, a visão holística do paciente, a continuidade dos cuidados, a relação entre os profissionais e o envolvimento e a satisfação dos pacientes (Czypionka *et al.*, 2020, Harnett *et al.*, 2020).

Por sua vez, Ciasullo *et al.* (2017) discutem a revolução no sistema de serviços de saúde que coloca o utente/paciente no centro da cocriação dos resultados de saúde. O cuidado centrado no paciente é associado à lógica dominante de serviço, que vê o processo de cocriação como uma integração dinâmica de recursos entre atores e sobre como múltiplos atores podem moldar colaborativamente um ecossistema de serviços de saúde. Com base nas evidências empíricas do estudo, estes autores revelam que as práticas de cocriação, envolvendo múltiplos atores de diferentes níveis do ecossistema, levaram a ajustes mútuos e mudanças contínuas, influenciando diretamente a criação de resultados de saúde.

Spurrell, Potts e Shaw (2023) propõem o *Complex Case and Recovery Management Framework (CCaRM)*, que é uma abordagem focada na prática para a construção de estratégias de cuidados centrados na pessoa, utilizando princípios-chave do pensamento em saúde baseada em valor. O CCaRM foi coproduzido com clínicos e usuários de um serviço de deficiência de aprendizagem e destaca seis temas centrados na pessoa para a construção de valor colaborativo ao longo do tempo, juntamente com a gestão de casos. As evidências empíricas permitiram indicar que o CCaRM fez sentido para os participantes e ativou tanto os utentes/pacientes dos serviços quanto os clínicos. No

entanto, os autores sugerem mais estudos que avaliem e validem empiricamente a eficácia dessa abordagem. Em resumo, o CCaRM é uma contribuição para operacionalizar o cuidado de saúde baseado em valor colaborativo para casos complexos.

Czypionka *et al.* (2020) investigaram os programas de cuidados integrados de 17 países europeu, com a finalidade de identificar os fatores de sucesso e os elementos cruciais no processo de prestação de cuidados integrados a pessoas com necessidades de saúde complexas. Para tal, usaram uma abordagem qualitativa, incluindo entrevistas semiestruturadas e análise de documentos, procurando cruzar a perspectiva dos pacientes/utentes, profissionais, prestadores de cuidados informais, gestores, promotores e pagadores. Da análise dos resultados do estudo, surgem quatro categorias centrais, nomeadamente (1) a visão holística do paciente (os programas têm em conta não só a saúde física, mas também a saúde mental e as situações sociais), (2) a continuidade dos cuidados - alcançada através de pontos de contacto únicos, alinhamento de serviços e relações fortes entre pacientes e profissionais; (3) as relações baseadas na confiança, onde os profissionais criam confiança através de uma comunicação contínua, e (4) o envolvimento do pacientes/utente, na medida em que participam ativamente na definição de objetivos e na tomada de decisões. As estratégias apontadas pelo estudo visam contribuir para a eficácia ao nível da prestação de cuidados integrados a pessoas com necessidades de saúde complexas, dando ênfase a abordagens centradas no paciente/utente com recurso a uma gestão de recursos alinhada com as suas características e necessidades.

Harnett *et al.* (2020) abordam os desafios da prestação de cuidados de saúde eficazes a pessoas idosas. Estes autores afirmam que o envelhecimento da população apresenta necessidades únicas em termos de cuidados de saúde e sociais, cujas multimorbilidades aumentam com a idade, levando a um maior consumo de recursos. A abordagem dos cuidados a estas pessoas deve assentar na prestação de serviços holísticos e coordenados, na organização de equipas multidisciplinares baseadas na comunidade e próximas do domicílio. Embora existam exemplos de sucesso em regiões mais pequenas (por exemplo, Catalunha, Escócia, Singapura), a expansão dos cuidados continuados integrados continua a ser um desafio, na medida em que os profissionais envolvidos no seu planeamento e organização carecem de suporte. O estudo de Harnett *et al.* (2020) sugere a utilidade de ferramentas de apoio aos gestores e clínicos, com vista a fornecer orientações para a criação de modelos de cuidados eficazes, centrados no paciente e eficientes em termos de gestão de recursos.

Conforme evidenciado por diferentes estudos, a domiciliação de cuidados (cuidar em casa) pode potencializar e incrementar a satisfação com os cuidados, promover o envelhecimento e, desta

forma, contribuir para alcançar melhores indicadores de qualidade de vida e de saúde. São, também, apontadas como potencialidades na promoção deste tipo de cuidados, a redução dos gastos em saúde, em particular se usufruir das vantagens das tecnologias de informação e comunicação, devidamente integradas num modelo de cuidados (Fonseca-Teixeira *et al.*, 2019; Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018b; Caldeira, 2021; Alonso, Olmeda e Murillo, 2021; OPSS, 2022).

Neste sentido, Campbell *et al.* (2016) e Spasova *et al.* (2018b) sugerem medidas para a redução dos cuidados de institucionalização e necessária promoção dos cuidados domiciliários. Como resposta ou antecipação às eventuais consequências previstas para os CCI, os autores propõem direcionar estes cuidados, de forma mais restrita, para os pacientes com maiores necessidades de cuidados e reduzir a procura de cuidados através de abordagens preventivas, aumento da autogestão dos cuidados e investimento nos cuidadores informais, devidamente acompanhados e formados. Os CCI têm de ser geridos de forma proactiva, antecipando consequências sociais, morais, éticas, económicas e financeiras.

Considerando a realidade dos CCI em Portugal, no último relatório primavera do OPSS (2022), são estabelecidas um conjunto de recomendações que vão além de uma visão política estratégica que defina e regule o processo a partir de uma multiplicidade de perspetivas, isto é, a definição de um modelo de cuidados, integrados e contínuos, que garanta a centralidade dos cuidados na pessoa e na sua família. Importa, assim, destacar as seguintes recomendações da OPSS: i) Uma orientação política estratégica clara e integrada para a domiciliação de cuidados, para além da resposta de hospitalização domiciliar, onde sejam formuladas soluções de continuidade e integração, permitindo a participação do doente e cuidador no processo; ii) resolver a sobreposição e a desarticulação entre os diferentes tipos de resposta de diferentes níveis de cuidados e de diferentes sectores (nomeadamente, no que diz respeito à coexistência de respostas domiciliárias prestadas por diferentes equipas nos Cuidados de Saúde Primários, cuja intervenção não está coordenada; além da ausência de integração de cuidados entre a saúde e as respostas sociais, que denota falta de orientação estratégica com impactos para os utentes); iii) delinear um sistema de monitorização e de avaliação das respostas de domiciliação de cuidados existentes e, por conseguinte, definir e construir indicadores de resultados e de custos destes cuidados que permitam aferir e acompanhar continuamente a relação custo-benefício; iv) definir normas de qualidade em saúde, pelo que as que existem para a prestação de cuidados noutros contextos, não podem ser replicáveis no domicílio, dada a natureza do contexto e do processo serem diferentes; v) Corrigir a desigual distribuição de respostas, uma vez que a mesma está relacionada mais com a capacidade das organizações do que com as necessidades das pessoas.

No domínio da organização interna dos serviços e unidades prestadoras de cuidados integrados, salientam-se algumas práticas, com resultados positivos, desenvolvidas por alguns países europeus. As autoridades governamentais britânicas desenvolveram os cuidados intermédios e redefiniram um planeamento estratégico das capacidades desejáveis. Para as causas de ineficiência no funcionamento interno, atualizaram as *guidelines* de alta hospitalar e respetivos processos de atuação, e definiram estratégias de prevenção de atrasos com a disponibilização de medicamentos e transportes. Para as questões inter-unidades, foram desenvolvidos modelos de protocolos e um sistema de partilha de informação. Outra medida desenvolvida, por referência a um modelo implementado na Suécia (*Community Care Delayed Discharges*) foi a introdução de um esquema de reembolsos nas situações de atrasos das altas hospitalares. Foram estabelecidos protocolos entre os hospitais e as unidades de cuidados e implementadas melhorias no sistema de comunicação (os hospitais assumiram o compromisso de comunicar às unidades de cuidados a previsão da alta hospitalar com, pelo menos, três dias de antecedência). Estas unidades puderam cobrar às autoridades locais pelos atrasos sob a sua responsabilidade. Outras diretrizes surgiram ao nível da informação disponibilizada quanto aos direitos e responsabilidades do paciente no internamento hospitalar. Os pacientes passaram a poder escolher o prestador de cuidados pós-alta e tomar conhecimento da sua disponibilidade e da impossibilidade de permanência indefinida no hospital. Os sistemas nacionais de saúde na Europa ainda abordam as necessidades complexas de cuidados de saúde e sociais dos doentes com MM através de abordagens e programas tradicionais de cuidados orientados para uma única doença, funcionando sobretudo a nível local e sem uma coordenação mais alargada. Nesta perspetiva, Onder, Palmer, Navickas, Jurevičienė, Mammarella, Strandzheva, Mannucci, Pecorelli, Marengoni (2015), Marengoni, Melis, Prados Torres e Onder (2016), Nielsen Halling e Andersen-Ranberg, (2017), Guerra, Berbiche e Vasiliadis, (2019) apelam para a necessidade de uma nova organização dos cuidados para enfrentar adequadamente o desafio das MM, que requer iniciativas integradas proativas.

A introdução das tecnologias da informação e da comunicação (TIC), através de soluções inovadoras, no sector dos cuidados de saúde, permite fornecer serviços de cuidados integrados adaptados aos doentes com MM, apoiando-se em abordagens centradas no doente, autogestão e cuidados multidisciplinares (European Commission, 2019). Alguns autores salientaram que a MM está associada a uma utilização mais intensa dos serviços de saúde (Melchiorre *et al.* 2018, Van Zaaen *et al.*, 2018; Scott e Mars, 2019; Melchiorre *et al.*, 2020). Neste sentido, a adoção de ferramentas de saúde digital– *eHealth*, nos sistemas de saúde permitem uma gestão de cuidados mais eficientes e eficazes, na medida em que podem facilitar a partilha de informações entre os

profissionais, proporcionar novas oportunidades de tratamento, reabilitação e manutenção de estilos de vida saudáveis e bem-estar e, ainda, inovar a prestação de cuidados à distância, especialmente útil para as pessoas que se encontram na comunidade e nos espaços domiciliares.

O estudo de Melchiorre *et al.* (2020) procurou explorar a adoção de ferramentas de saúde digital em programas de cuidados integrados para pessoas com MM nos países europeus. A investigação foi realizada no âmbito do projeto ICARE4EU, em que organizações especializadas de 24 países europeus identificaram 101 programas de cuidados integrados. Os gestores destes programas preencheram um questionário sobre várias dimensões, incluindo a utilização da e Saúde (igualmente designado por *eHealth* na sua tradução para inglês). O estudo concluiu que 85 dos 101 programas adotaram pelo menos uma ferramenta de saúde digital, sendo que 42 destes estavam direcionados para os cuidados de pessoas idosas. Na maioria dos casos, foram utilizados registos de saúde eletrónicos (RSE). Surgiram alguns benefícios, como a melhoria da gestão e da integração dos cuidados, embora os mecanismos de financiamento inadequados tenham representado um obstáculo importante. A análise por características do sistema de saúde mostrou uma maior adoção de aplicações de saúde eletrónica em países descentralizados, em países com um modelo de Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em países com um nível forte/médio de desenvolvimento dos cuidados primários. Os autores indicam uma relação entre a implementação de programas de cuidados com recurso a ferramentas de saúde digital e as características básicas dos sistemas de saúde. No entanto, admitem serem necessárias adaptações dos sistemas de saúde europeus, a fim de proporcionar cuidados mais inovadores e integrados.

Mello *et al.* (2023) desenvolveu um estudo com foco na implementação de sistemas de informação integrados em saúde com recurso a ferramentas digitais – a última geração de instrumentos *interRAI Suite*, que fornece instrumentos com um conjunto de avaliações normalizadas e baseadas em evidências, validadas para diferentes contextos de prestação de cuidados. O sistema *interRAI* permite a transferência eletrónica de informações entre contextos de prestação de cuidados, possibilitando a integração dos cuidados e fornecendo apoio ao planeamento dos cuidados e à monitorização da qualidade. O estudo aplicou uma metodologia de estudo de casos, centrando-se nas estratégias de implementação em sete países: Bélgica, Suíça, França, Irlanda, Islândia, Finlândia e Nova Zelândia. Esta investigação discute as vantagens e os obstáculos na implementação das ferramentas *interRAI* e propõe abordagens para ultrapassar as dificuldades. Os resultados do estudo confirmaram que as ferramentas digitais têm um grande potencial para melhorar a multi e interdisciplinaridade e a qualidade dos cuidados e, ainda, permitir a transferência de dados centrados no cliente entre os prestadores de cuidados. No entanto, a implementação de

tecnologias da informação constitui um processo gradual e longo, que também tem de contar com a confiança e a aceitabilidade dos prestadores de cuidados para trabalharem com a nova plataforma informática. Os utilizadores devem estar convencidos de que a plataforma é segura e que as avaliações eletrónicas podem contribuir para a qualidade dos cuidados, com benefícios práticos. A existência de pessoal adequado, as tecnologias de informação apropriadas, a disponibilidade de hardware, a colaboração profissional e formação contínua são considerados fatores importantes para a implementação destas ferramentas interRAI. O estudo conclui que a implementação de sistemas de informação em saúde é um processo que exige uma mudança cultural dos decisores políticos e dos profissionais de saúde a todos os níveis e setores da política de saúde e da prestação de serviços.

Um estudo realizado por Van Der Woerd *et al.* (2022) analisou a função e a utilidade de uma plataforma de rede chamada "BeterKeten" (BK) para os profissionais. A pesquisa foi realizada numa região hospitalar urbanizada na Holanda e incluiu 17 entrevistas com médicos hospitalares, diretores e pessoal de apoio envolvidos. Os resultados mostraram que os profissionais atribuem diferentes funções e propósitos à BK, como facilitar e legitimar comunidades profissionais (de aprendizagem), adaptar-se a um contexto político em mudança, ampliar o círculo de influência dos profissionais e das redes, e estender as possibilidades de governança. Os autores sugerem que as plataformas de rede são uma estratégia promissora para governar, facilitar e alimentar a construção de redes para aprimorar os cuidados integrados, oferecendo novas formas de trabalho para lidar com sua natureza multinível. Contudo, as dinâmicas da plataforma de rede envolvem a mudança de práticas de gestão, a incorporação de uma rede BK numa rede parceira e o alinhamento de plataformas de rede.

Estes modelos e abordagens de gestão dos cuidados de saúde introduzem novas formas de gerir a mudança, que requerem da governação da saúde uma análise estratégica, com uma clara identificação de prioridades e calendários de ação e um discurso para a saúde associado a uma estratégia comunicacional. Tais modelos e abordagens impõem, ainda, dos sistemas de saúde uma mudança adaptativa de proximidade entre as equipas locais e as pessoas, o alinhamento organizacional e de recursos, a promoção da inovação, bem como o investimento nas arquiteturas, processos e instrumentos colaborativos. Ao nível local, a mudança passa por redesenhar as interfaces entre as pessoas, os profissionais e o sistema de informação, com vista a potenciar a qualidade dos cuidados, bem como organizar os cuidados de proximidade por via de uma “contratualização de proximidade” assente na autonomia e responsabilização das decisões locais, integrando indicadores quantitativos com expectativas qualitativas (Lopes e Sakellarides, 2021).

O modelo organizacional da RNCCI deve, no fundo, privilegiar uma “cultura amiga da mudança”, onde é crucial alinhar a gestão dos recursos, da informação e da formação com os referidos processos de mudança. Neste sentido, torna-se essencial um novo modelo de governação centrado na gestão do conhecimento. Neste domínio, existem três aspetos fundamentais a envolver: 1) as bases do conhecimento (os conteúdos mais relevantes) e a sua produção e síntese; 2) os atores sociais que produzem e utilizam as bases do conhecimento para tomar as decisões que necessitam, entre os quais se destacam os agentes políticos, socioeconómicos e de Saúde Pública, as organizações prestadoras de cuidados de saúde e os seus gestores, as profissões da saúde, os investigadores-formadores, as pessoas e as suas organizações cívicas e culturais; 3) a forma como o conhecimento é distribuído pelos atores sociais (interação comunicacional), quais os resultados dessa distribuição e que organizações são capazes de o fazer (Lopes e Sakellarides, 2021).

Contudo, no domínio da gestão do conhecimento há questões que importa avaliar. Primeiramente, a produção e a distribuição do conhecimento envolvem uma multiplicidade de atores com competências, interesses e objetivos diferentes. Segundo, existe um grande desequilíbrio entre o desenvolvimento acelerado das tecnologias biomédicas e das tecnologias de informação e comunicação (Inteligência Artificial, *Advanced Analytics*, Internet das Coisas, entre outros) e a evolução lenta da governação, gestão e organização do sistema de saúde. Por último, a quase inexistência (ou até ausência) de gestão de conhecimento na governação da saúde (Lopes e Sakellarides, 2021).

Neste contexto, uma das abordagens e mudanças incide num novo modelo de governação em saúde (central e local) centrado na gestão do conhecimento e baseado na inteligência colaborativa (Lopes e Sakellarides, 2021).

O conceito de inteligência colaborativa emerge como “uma forma de inteligência coletiva focada em desafios concretos cuja resposta beneficia da ação convergente de múltiplos atores.” Esta noção tem sido aplicada ao desenvolvimento de sistemas de saúde, em “*Health Systems at the stage of complexity – the need for collaborative intelligence*”, com o objetivo de “partilhar ativamente conhecimento com a intenção de convergir na realização de objetivos comuns e aprender conjuntamente com a experiência.” (Lopes e Sakellarides, 2021: 263).

Contudo, atualmente existe uma segunda dimensão da aplicação da noção de inteligência colaborativa em saúde, que reflete não apenas entre pessoas, mas entre estas e os algoritmos da Inteligência Artificial (IA) (Lopes e Sakellarides, 2021).

Em jeito de síntese, estas abordagens e modelos apelam, acima de tudo, a uma transformação da cultura de prestação de cuidados. Nesta cultura de transformação, um dos elementos fulcrais passa pelas lideranças intermédias. Neste sentido, torna-se necessário remodelar os processos de trabalho e, para tal, são essenciais profissionais com competências de gestão, com uma visão estruturada em planeamento, focada nas necessidades e nos resultados e com critérios de avaliação. Mas, para que isso aconteça, é fundamental envolver os profissionais através de uma partilha transparente da informação, no sentido da convergência de objetivos comuns e aprendizagens mútuas, isto é, através da inteligência colaborativa (Lopes e Sakellarides, 2021).

Capítulo 6. METODOLOGIA

“...multiple ways of seeing and hearing, multiple ways of making sense of the social world, and multiple standpoints on what is important and to be valued and cherished” (Greene, 2007: 20)

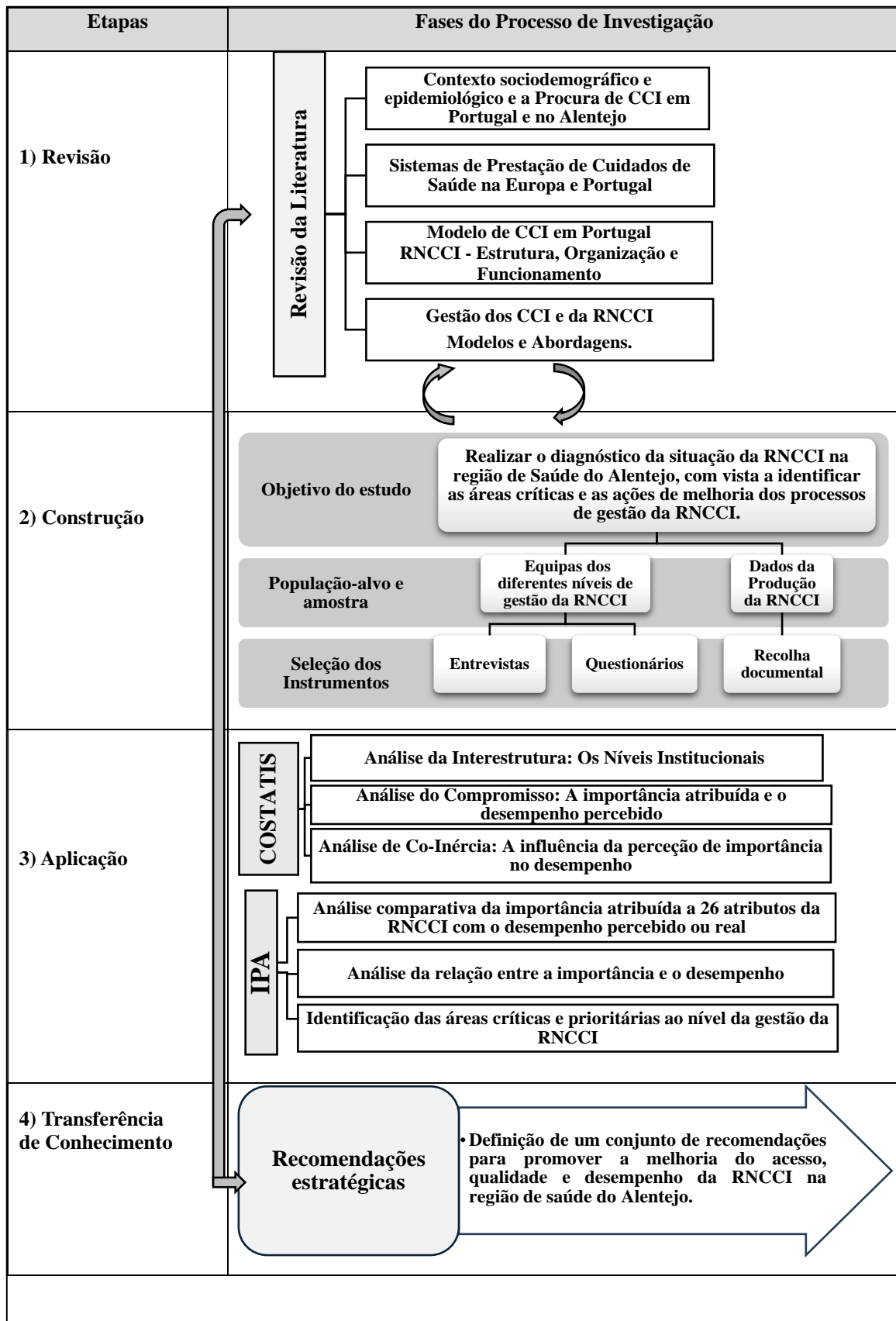
6.1 Nota introdutória

O presente capítulo é dedicado à metodologia do estudo. É neste espaço onde são explicitadas as principais etapas do processo de investigação e fundamentadas as abordagens metodológicas, nomeadamente no que diz respeito ao desenho de investigação. A seguir, apresenta-se o modelo do estudo e os objetivos, caracteriza-se a população-alvo e amostra, as técnicas de recolha de dados e os procedimentos utilizados aquando da sua aplicação. Outro ponto fundamental centra-se na descrição dos métodos de análise de dados. Finaliza-se com as questões éticas do estudo e com uma nota conclusiva, onde se discutem as limitações e as potencialidades da metodologia adotada.

6.2. Processo de investigação

O presente trabalho desdobrou-se em quatro etapas principais, conforme representado na Figura 6.1. A primeira Etapa – Revisão, foi crucial para identificar os principais eixos temáticos em torno dos quais foi elaborada a revisão da literatura. Nesta etapa, procurou-se traçar o perfil da população alentejana, onde foi realizada uma aproximação às necessidades de cuidados decorrentes das alterações demográficas, do padrão epidemiológico e da estrutura socioeconómica da população alentejana. Foi, igualmente, importante caracterizar os sistemas de prestação de cuidados de saúde nos contextos Europeu e Português, para melhor situar e enquadrar a RNCCI enquanto modelo de CCI. Finaliza-se a etapa com o eixo alusivo à gestão dos sistemas de prestação de cuidados e, em especial, da RNCCI no que diz respeito os seus desafios, fatores críticos, modelos e abordagens. Segue-se a Construção, uma das etapas cruciais no processo, onde foi traçado o objetivo central da investigação, definida a população-alvo e amostra e os instrumentos de recolha e tratamento de dados adequados aos propósitos do estudo. Com base nos dados recolhidos, concretizou-se a terceira etapa - Aplicação dos métodos e das técnicas de análise, cuja combinação permitiu extrair informações úteis e valiosas para o conhecimento da RNCCI-Alentejo. O processo de investigação culmina com a Transferência do Conhecimento, isto é, a formulação de recomendações estratégicas, onde se identificam prioridades estratégicas e sugerem-se ações de melhoria para a gestão da RNCCI.

Figura 6.1: Principais etapas e fases do processo de investigação



Fonte: Elaboração própria

6.3. Desenho do estudo

O propósito deste ponto consiste em explicar o desenho de investigação seguido pelo estudo, o qual baseou-se numa metodologia mista, sequencial e exploratória.

No âmbito da realização de pesquisas, a visão tradicional é manter-se dentro dos limites dos paradigmas (por exemplo: positivismo, fenomenologia, etnometodologia) e não combinar dados quantitativos e qualitativos na pesquisa (Bryman, 2012, Sarantakos, 2013). O argumento é que cada paradigma está associado às suas próprias suposições. A metodologia quantitativa está associada ao positivismo, onde a verdade e a realidade existem e podem ser medidas. Assume que as pessoas são racionais, não há livre arbítrio e os pensamentos e opiniões podem ser medidos de forma realista (Sarantakos, 2013). No entanto, medir e comparar resultados pode ser subjetivo, pois cada pessoa tem um contexto, experiência e compreensão diferentes da realidade social, e raramente consegue dar um relato completo do que experienciou. Dado que o mundo social é subjetivo, coloca-se um desafio à investigação social de como medir e comparar as percepções e interpretações sobre a realidade social. Contudo, essas percepções e pensamentos são valorizadas nas pesquisas quantitativas e qualitativas (Johnson e Onwuegbuzie, 2004; Creswell, 2014; Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

A abordagem mista ganhou maior aceitação na investigação social no final da década de 80, sendo considerada um meio legítimo de investigar no contexto das ciências sociais e humanas, não limitando o investigador a paradigmas específicos, conforme acontecia tradicionalmente (Creswell e Clark, 2011; Bryman, 2012; Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

Alguns dos investigadores que utilizaram a metodologia mista nas últimas décadas caracterizam-na como híbrida, combinada e multimétodo (Ivankova, Creswell e Stick, 2006; Creswell e Clark, 2011; Creswell, 2014). Por norma, usa dados quantitativos e/ou qualitativos combinados dentro de um único estudo, complementando-se ao integrar as suas potencialidades (Morse e Niehaus, 2016). Além disso, a abordagem quanto à ordem de recolha de dados pode variar, sendo que as fases quantitativas e/ou qualitativas podem ser concorrentes ou sequenciais (Johnson, Onwuegbuzi e Turner, 2007; Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

A metodologia mista é descrita por Johnson e Onwuegbuzie (2004:15) como “*the third paradigm*” e por Teddlie e Tashakkori (2009: 3) como “*third methodological movement*”, uma vez que integra as abordagens quantitativas e/ou qualitativas (Morse e Niehaus, 2016). Ambas as abordagens podem ser utilizadas com qualquer paradigma, interligando o propósito (objetivos de investigação)

aos procedimentos (métodos de investigação) (Ivankova, Creswell e Stick, 2006; Morgan, 2014; Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

A metodologia mista permite abordar questões mais amplas, proporcionando uma abordagem mais expansiva e criativa à investigação, adicionando *insights* que, de outra forma, poderiam ter sido perdidos. Além disso, pode ajudar a entender as questões em maior profundidade, ainda que a sua aplicação possa ser demorada dada a sua exigência no processo de colheita e análise de dados (Creswell, 2014; Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

Ao usar uma abordagem de métodos mistos, a mesma possibilita que o investigador adote múltiplas estratégias, ao incorporar no seu processo metodológico uma abordagem sistemática e planeada em duas fases (Creswell, 2014; Flick, 2011). No caso da presente pesquisa, a abordagem qualitativa foi realizada numa primeira fase, seguida pela abordagem quantitativa, sendo que, numa terceira fase, foram triangulados os dados qualitativos e quantitativos. Os resultados dessa triangulação contribuíram para contextualizar e enriquecer os dados, aumentar a validade na interpretação dos dados e gerar novos conhecimentos (Bryman, 2012).

Contudo, existem limitações identificadas no âmbito da utilização de uma metodologia mista que importa esclarecer. Uma das limitações está relacionada com o facto de serem utilizadas amostras, métodos e instrumentos diferentes em investigações anteriores, pelo que se torna difícil comparar e contrastar os resultados. Outra limitação prende-se com a combinação de diferentes fontes de dados e métodos para os analisar, o que coloca um desafio à triangulação, tendo em conta o uso de unidades temporais e amostras distintas. Ainda assim, este estudo procura combinar as potencialidades da pesquisa quantitativa e qualitativa, ligando conceitos e opiniões e comparando resultados com dados de diferentes situações e tempos (Ivankova, Creswell e Stick, 2006; Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

Da diversidade de abordagens e categorias identificadas na literatura, a metodologia mista sequencial e explicativa é considerada uma das abordagens mais usadas, ainda que não seja fácil de implementar (Ivankova, Creswell e Stick, 2016). Entre as principais categorias, surgem o *design* de métodos mistos, que mistura os métodos e o *design* de modelo misto, que mistura as diferentes etapas da pesquisa (Tashakkori e Teddlie, 2003). Leech e Onwuegbuzie (2009) desenvolveram ainda mais três categorias para realizar uma pesquisa com recurso a métodos mistos, designadamente: a) design parcialmente/completamente misto; c) *status* igual/dominante dos dados quantitativos e qualitativos; e b) design concorrente/sequencial (Bowen, Rose e Pilkington, 2017). Entre as múltiplas possibilidades de *design* e abordagens, este estudo adota o *design* de métodos

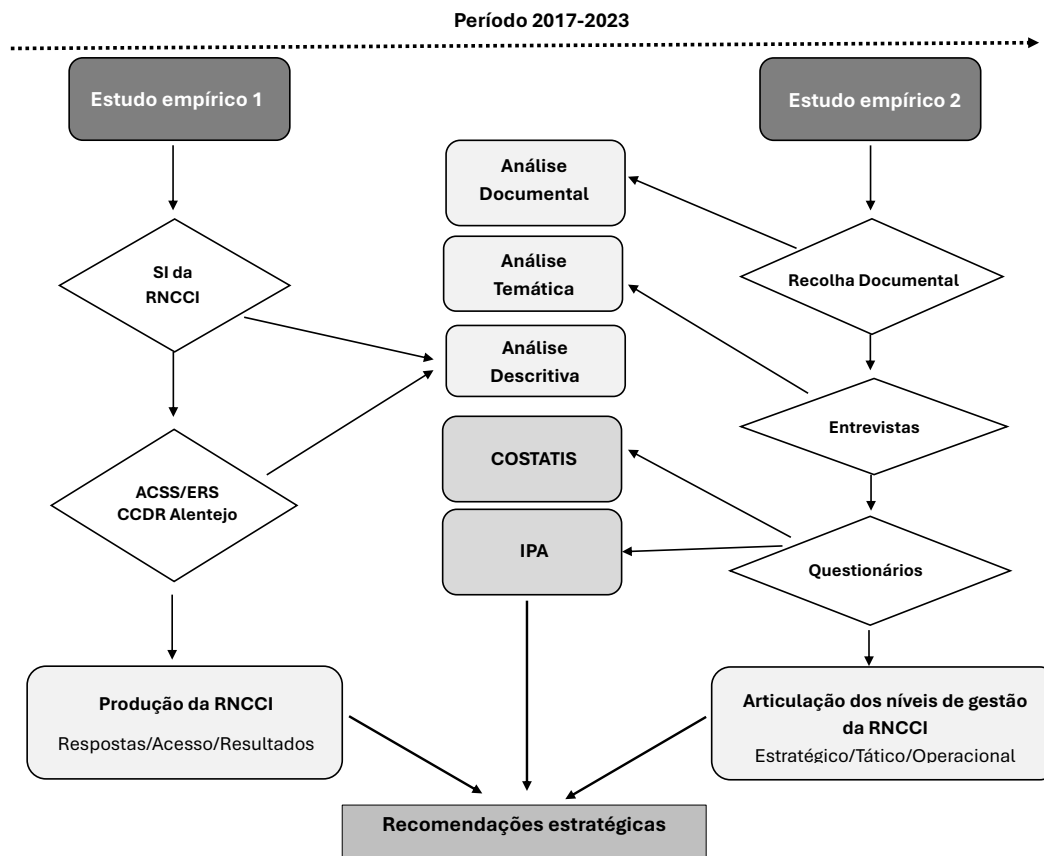
mistos, pelo que combina diferentes métodos, com *status* dominante nos métodos e dados quantitativos, utilizando a abordagem sequencial e exploratória.

A abordagem é sequencial, uma vez que começa com uma fase qualitativa (coleta e análise de conteúdo extraído das entrevistas e documentos), cujos resultados informam a próxima etapa quantitativa (coleta e análise de dados quantitativos). A sequência é importante para entender como os dados se interligam (Bowen, Rose e Pilkington, 2017).

O estudo é exploratório, na medida em que a sua aplicação teve por finalidade a elaboração de um instrumento de pesquisa adequado à realidade da RNCCI-Alentejo. Quanto se pretende realizar uma investigação social, com foco em fatores humanos, é recomendado que, na fase inicial do trabalho de pesquisa, seja realizado um estudo prévio da realidade. Para a elaboração do inquérito, o estudo teve em consideração as experiências, a gramática e o contexto real dos sujeitos, com vista a contextualizar a realidade (Ivankova, Creswell e Stick, 2006). No caso de investigações no campo da saúde e dos serviços de saúde públicos, que dependem do comportamento e das interações sociais, torna-se crucial conhecer previamente o contexto e as formas de pensar das pessoas que interferem e atuam nesse campo.

A Figura 6.2. ilustra o *design* e a abordagem adotada pelo estudo. Assim, com o objetivo de, por um lado, analisar a produção da RNCCI na região de Saúde do Alentejo e, por outro, analisar a articulação entre os níveis hierárquicos da RNCCI, foram desenvolvidos dois estudos distintos: 1) o estudo empírico 1, que teve por base os dados extraídos de diferentes bases de dados; 2) O estudo empírico 2, sustentado pelos dados recolhidos a partir da recolha documental e da realização de entrevistas, cujo conteúdo extraído permitiu identificar as áreas temáticas chave que serviram de base para a elaboração do questionário.

Figura 6.2: Fluxograma metodológico



Fonte: elaboração própria

A Figura 6.2 representa, no fundo, o processo de triangulação realizado no âmbito deste estudo, tendo sido concretizada após a análise e a avaliação dos dados quantitativos e qualitativos. A triangulação consiste na combinação de duas ou mais fontes e o exame de fenómenos, cujo objetivo é comparar e contrastar os resultados, procurando contradições, convergências e complementaridades, aumentando a compreensão dos fenómenos (Robinson, David, e Hill, 2016). A triangulação ajuda a fornecer significado, obtendo uma compreensão mais ampla e mais precisa do que utilizar apenas um método ou uma fonte de dados (Wald, 2014). No caso do presente estudo permitiu o alcance de resultados com valiosos contributos e implicações para a gestão da RNCCI-Alentejo através da formulação de recomendações estratégicas. Neste sentido, a triangulação ajudou a reforçar o rigor da investigação e a aumentar a validade, reduzindo possíveis vieses e limitações, gerando novos conhecimentos.

A Tabela 6.1 apresenta uma síntese do *design* da investigação e das abordagens adotadas.

Tabela 6.1: Design da investigação

<i>Design</i>	<i>Abordagem</i>
Paradigma Teórico	Abordagem mista, sequencial e exploratória. Abordagem Quantitativa, com recurso a inquéritos por questionário e análise estatística de dados. Abordagem Qualitativa, com recurso à realização de entrevistas e análise temática.
Metodologia	Métodos mistos: Entrevistas semiestruturadas com recurso a guião; Recolha Documental; Questionário.
Participantes	Elementos da coordenação nacional e regional e profissionais das equipas e unidades da RNCCI-Alentejo.
Método de Coleta de Dados	Questionário online (via <i>google forms</i>). Entrevistas realizadas presencialmente e online
Fatores Éticos	A proteção de dados garantida e asseguradas (Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto, relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados). Autorizações das comissões de Ética da Universidade do Algarve e da ARS Alentejo
Métodos e Técnicas de Análise de Dados	Questionário analisado e avaliado usando o <i>Statistical Package for Social Sciences</i> (SPSS) e o pacote informático ADE-4 do programa R. Os dados recolhidos a partir dos questionários foram analisados com base no COSTATIS e na IPA. Análise temática dos dados qualitativos recolhidos a partir das entrevistas, analisados e avaliados com recurso a sinopses e grelhas de análise de conteúdo.
Validade e Fiabilidade	Teste de medida da consistência interna do instrumento para garantir que a pesquisa fosse o mais válida e fiável possível.
Limitações	Limitações identificadas e reconhecidas.

Fonte: Adaptado de Bryman (2016) e Bowen, Rose e Pilkington (2017)

6.4. Objetivos e modelo do estudo.

Como objetivo central, o presente trabalho realizou um diagnóstico da situação da RNCCI na região de Saúde do Alentejo, a fim de identificar as áreas críticas e as ações de melhoria dos processos de gestão da RNCCI. Para concretizar este objetivo, formularam-se dois objetivos gerais:

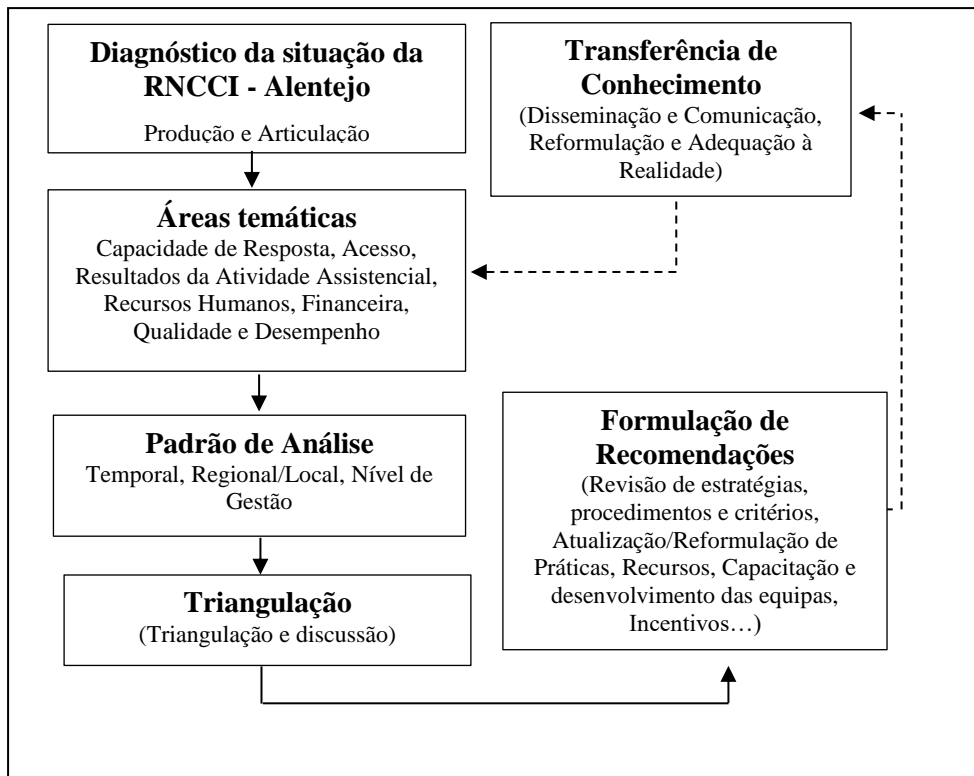
1. Analisar a articulação entre os três níveis hierárquicos da Rede, nas quatro sub-regiões do Alentejo, no que diz respeito às avaliações sobre a importância atribuída e ao desempenho percebido em torno de diferentes atributos, características e processos da RNCCI;
2. Identificar as principais áreas críticas e estratégias orientadoras que serviram de base para elencar um conjunto de recomendações de ações de gestão que permitam revelar *insights* importantes para orientar futuras decisões ao nível da gestão da RNCCI na região de saúde do Alentejo.

No que respeita ao diagnóstico de situação, centrado sobretudo na realidade alentejana, foram concretizados quatro objetivos específicos:

1. Analisar, para o período 2017-2023, um conjunto de indicadores associados à produção da RNCCI na região de saúde do Alentejo, sobretudo no que diz respeito à capacidade, ao acesso e aos resultados da atividade assistencial da RNCCI;
2. Analisar a influência das avaliações sobre a importância atribuída a um conjunto de descritores no desempenho percebido ao nível da gestão da RNCCI, nas quatro sub-regiões do Alentejo. Pretende-se compreender as relações triádicas, na perspetiva dos três níveis institucionais, isto é, analisar a inter-relação entre três conjuntos de dados distintos, com vista a identificar padrões de associação, proximidade e dissociação entre esses conjuntos de dados, nomeadamente: (1) as avaliações sobre a importância atribuída e sobre o desempenho percebido na RNCCI, (2) a qualificação atribuída pelos elementos das equipas nas 4 sub-regiões do Alentejo e (3) os três níveis institucionais que compõem a hierarquia da RNCCI;
3. Analisar e comparar a importância atribuída aos diferentes atributos, características e processos da RNCCI com o seu desempenho percebido;
4. Identificar ações e estratégias de gestão direcionadas para as áreas de maior importância e de baixo desempenho, visando o alinhamento do desempenho com as expectativas e as prioridades ao nível da gestão da RNCCI na região do Alentejo.

A Figura 6.3 representa o modelo desta investigação, que se pretende exploratório e mais compreensivo. Acredita-se que a combinação de diferentes elementos e dados extraídos de diferentes fontes, consegue fazer uma leitura e um diagnóstico mais amplo da RNCCI na região de saúde do Alentejo. Com base nas principais áreas temáticas identificadas para diagnosticar a RNCCI - Capacidade de Resposta, Acesso, Resultados da Atividade Assistencial, Recursos Humanos, Financeira, Qualidade e Desempenho do Processo de Referenciação, foi definido um conjunto de itens (atributos), que permitiram observar e analisar o comportamento da RNCCI, a partir da recolha sistematizada de informação em função de um padrão de análise temporal (2017-2023), geográfico (nacional, regional e local) e institucional. Tais informações foram trianguladas e interpretadas com vista à formulação de recomendações de ações (revisão de estratégias, procedimentos e critérios, atualização/reformulação de práticas, recursos, capacitação e desenvolvimento das equipas, Incentivos, entre outras). Estas ações serão, posteriormente, alvo de disseminação e Comunicação, Reformulação e Adequação à realidade, com vista a manter e/ou melhorar os processos de gestão da Rede.

Figura 6.3: Modelo do Estudo



Fonte: elaboração própria

6.5. População e amostra do estudo

O local onde incidiu a presente pesquisa foi a região de saúde do Alentejo, designadamente as quatro sub-regiões do Alentejo – Baixo Alentejo, Litoral Alentejano, Alentejo Central e Norte Alentejo, e as respetivas áreas concelhias onde intervém a Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Foram convocadas a participar neste estudo as diferentes equipas e unidades que integram a RNCCI na região Alentejo, não fazendo parte da população-alvo os utentes, assim como os seus familiares.

A presente pesquisa adotou como modalidade de amostragem, a amostragem por caso único, que consiste na seleção de uma situação ou local para fazer uma análise mais intensiva – a RNCCI na região de Saúde do Alentejo. A opção por uma investigação com foco num caso específico, além das suas características únicas, resulta sobretudo de motivações relacionados com o tempo e o custo.

A decisão sobre a seleção do local e do tamanho da amostra não é simples, pois depende de uma série de considerações e não existe uma resposta definitiva. Além disso, no caso desta pesquisa, as decisões sobre o tamanho da amostra foram afetadas por considerações de tempo e custo. Por conseguinte, invariavelmente as decisões sobre a dimensão da amostra representam um

compromisso entre os condicionalismos de tempo e custo, a necessidade de precisão e, ainda, outros critérios de seleção que serão abordados a seguir (Bryman, 2012).

Para a seleção da amostra da população-alvo do estudo foi usada a amostragem intencional ou racional. A amostragem intencional (ou racional), também conhecida como amostragem por julgamento ou amostragem criteriosa, é uma técnica de seleção de participantes baseada em critérios específicos definidos pelo investigador. No contexto desta investigação, esta abordagem envolveu a escolha deliberada de indivíduos com características ou experiências particulares relevantes para o objetivo do estudo. Em resumo, a amostragem intencional/racional consiste numa abordagem estratégica na qual os participantes são escolhidos de maneira criteriosa para garantir que a amostra seja informativa e relevante para os objetivos específicos do estudo (Creswell, 2014; Patton, 2015).

No caso dos participantes selecionados para as entrevistas, o objetivo principal passou por garantir que os mesmos fossem selecionados tendo em consideração a função e a responsabilidade estratégica, assim como o seu conhecimento ou experiência no âmbito da RNCCI. Neste sentido foram entrevistados três elementos das equipas da coordenação nacional e regional da RNCCI. A seleção dos entrevistados incluiu elementos das áreas saúde e social, pertencentes aos MS e MTSS, com funções de coordenação/gestão. Na Tabela 6.2. abaixo, encontra-se uma síntese do perfil dos entrevistados.

Tabela 6.2: Perfil dos Entrevistados

Entrevistado	Entidade	Faixa etária	Nível de Escolaridade	Formação profissional	Função/cargo	Tempo de experiência na RNCCI
E1	CNRNCCI -ISS/MTSS	51-60	Licenciatura	Serviço Social	Coordenação /gestão	14 anos
E2	CNRNCCI – ACSS/MS	51-60	Mestrado	Enfermagem	Coordenação /gestão	14 anos
E3	ECR – ARSA	Mais de 60	Licenciatura	Enfermagem	Coordenação /gestão	13 anos

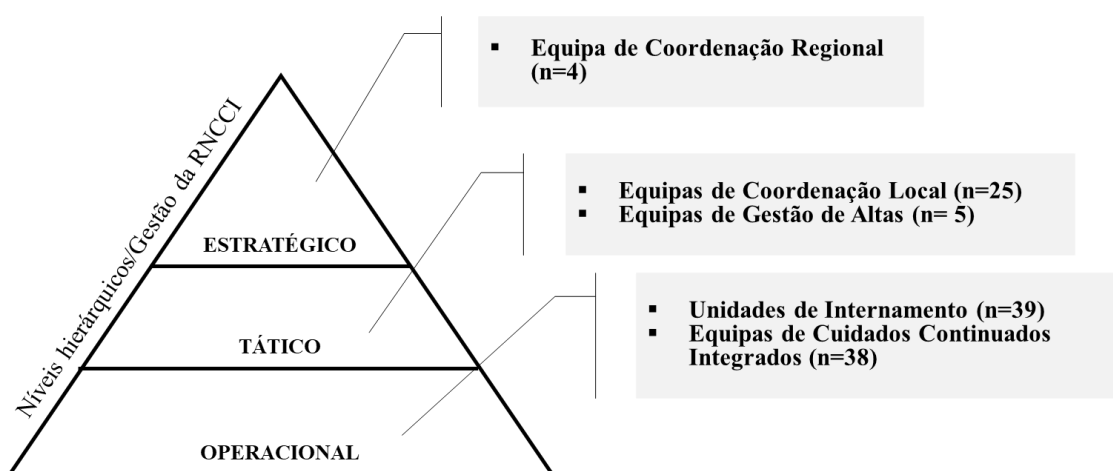
Fonte: elaboração própria com base no conteúdo das entrevistas

Para participar nos questionários, os participantes foram escolhidos com base em critérios pré-estabelecidos que incluíram aspetos relacionados com as características profissionais, geográficas e o nível institucional/hierárquico. Deste modo, foram definidos como critérios de inclusão: a abrangência geográfica da rede (Alto e Baixo Alentejo, Alentejo Central e Litoral); a função/cargo ocupado nos diferentes níveis de gestão - estratégico, tático e operacional; a função/cargo de direção e coordenação das equipas e unidades de internamento. Foram, assim, excluídos todos os

profissionais que não exercem a função de coordenação/direção das equipas e unidades, os utentes e as suas respetivas famílias.

Com base nestes critérios foram convidados a responder aos questionários os seguintes grupos de participantes: 1) Elementos da Equipa de Coordenação Regional; 2) Elementos das equipas de referenciação e coordenação local (Equipas de Gestão de Altas e Equipas de Coordenação Local); 3) Elementos das equipas prestadoras de cuidados (UCCI e ECCI). Na Figura 6.4 estão representadas as equipas e unidades que foram convocadas a responder ao questionário, distribuídas (n) por tipologia e nível estratégico.

Figura 6.4: Distribuição das equipas e unidades da RNCCI-Alentejo, por nível hierárquico



Fonte: elaboração própria.

Quando se realiza um inquérito por questionário de autopreenchimento, é inevitável que algumas pessoas da amostra se recusem a participar (referido como não-resposta). A taxa de resposta refere-se à percentagem de uma amostra que, de facto, concorda em participar, que neste estudo correspondeu a 60%. Na Tabela 6.3. apresentam-se as respostas e as não respostas face ao número de total de participantes que integraram a amostra.

Tabela 6.3: Distribuição da amostra, respostas e não respostas

	Estratégico	Tático N=29		Operacional N=77		TOTAL	
		ECL	EGA	ECCI	UI	N	%
Participantes convocados	4	25	5	38	39	110	100%
Respondentes	4	17	3	22	20	66	60%
Não respostas	0	8	2	16	19	44	40%

Fonte: elaboração própria com base nas respostas obtidas através do questionário

Em relação à caracterização dos inquiridos, do total de respostas (N = 66), 55 são mulheres, sendo que 40 têm idades acima dos 41 anos, 36 possuem o grau académico de licenciatura e 17 de mestrado. Os restantes 11 são homens, com idades superiores a 31 anos e com o grau académico ao nível de mestrado (n=7) e licenciatura (n=4). Quanto à formação profissional, 49 são formados em Enfermagem, 13 em Serviço Social, 2 em Medicina e 2 em gestão. O contexto da atividade profissional varia em função da tipologia da equipa e da sub-região onde estão inseridos (ARS, CDISS, ULS, ACES/Centro de Saúde, IPSS, Unidade Hospitalar).

No que diz respeito ao processo de recrutamento dos participantes, com o apoio dos “elos de ligação”, a investigadora avançou com o processo de forma informal, contactando-os telefónica ou pessoalmente, com o intuito de apresentar o projeto e solicitar a participação no estudo. Após contacto informal, procedeu-se à formalização do pedido de participação, por meio de uma carta convite, onde os participantes tiveram acesso ao consentimento informado, documento que oficializou a aceitação da participação. Da mesma forma, foi formalizado o pedido de participação dos “Elos de Ligação” aos respetivos conselhos de administração e diretor executivo das ULS e ACES.

6.6 A recolha de dados

De forma a viabilizar o estudo e a alcançar os objetivos propostos, a presente investigação utilizou duas fontes de dados: primária e secundária; cuja recolha foi operacionalizada a partir de três técnicas principais: 1) Recolha Documental, 2) Entrevista Semiestruturada; e 3) Questionário.

A fonte secundária incidu em dois tipos de dados: 1) os dados extraídos de diferentes sistemas de informação; 2) os dados extraídos de documentos oficiais relativos à RNCCI. A fonte primária incidu nos dados extraídos das entrevistas e inquéritos por questionário a elementos das equipas e unidades que integram a RNCCI na região de saúde do Alentejo. O período de recolha de dados decorreu entre os meses de junho de 2021 a abril de 2023.

Considerou-se, assim, fundamental a combinação de três técnicas de recolha de dados, designadamente: a recolha e análise documental; a entrevista na modalidade semiestruturada; e o inquérito por questionário. A entrevista semiestruturada foi dirigida a elementos da coordenação nacional e regional da Rede (elementos da tutela). O questionário foi aplicado aos elementos responsáveis (com funções de coordenação e direção) pelas equipas de gestão de altas e de coordenação local e pelas equipas prestadoras de cuidados, designadamente as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

6.6.1 Recolha documental

A recolha documental incidiu na leitura e análise de documentos oficiais das políticas sociais e de saúde da UE e do Estado português (especificamente no domínio dos cuidados continuados integrados), com especial atenção para os documentos relativos à RNCCI, nomeadamente: o Plano de Recuperação e Resiliência; o Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, os Relatórios de Monitorização da Rede, a legislação, as normas e as diretivas técnicas da RNCCI e os Planos Estratégicos e de Atividades da região de saúde do Alentejo no que diz respeito à intervenção da RNCCI (Tabela 6.4).

Tabela 6.4: Principais documentos analisados: âmbito, nível e período de referência

Tipo de Documento	Âmbito/Nível	Período de Referência
Plano de Recuperação e Resiliência	Nacional/Estratégico	2021
Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019	Nacional/Estratégico	2016-2019
Plano Estratégico e de Atividades da região do Alentejo	Regional/Estratégico	2017-2019
Plano de Atividades da região do Alentejo	Regional/Tático e Operacional	2017, 2018, 2019 e 2020

Fonte: elaboração própria

Os dados recolhidos, não só possibilitaram conhecer a RNCCI, como também serviram de suporte para a elaboração dos instrumentos de recolha de dados, designadamente o guião de entrevista e o questionário.

Foram, ainda, extraídos dados de diferentes sistemas de informação: o sistema de registos do aplicativo de monitorização da RNCCI (SI) - uma plataforma exclusiva da Rede; o Portal de Transparência do SNS - regulada e monitorizada pela ACSS e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS); e o Portal da ERS e da CCDR Alentejo.

O período de incidência da recolha dos dados foi 2017-2023, os quais reportaram-se a um conjunto de variáveis e indicadores relativos à produção da RNCCI (Conforme Tabela 6.5), desagregados por região, sub-região e tipologia. Considerando a relevância da rede de cuidados de saúde primários e hospitalares para o funcionamento da RNCCI, acresce informação relativa à cobertura destes níveis de cuidados de saúde na região de Saúde do Alentejo referente ao período 2018-2020.

Tabela 6.5: Variáveis e indicadores relativos à Produção da RNCCI

Variáveis	Indicadores
Cobertura da rede de cuidados de saúde primários e hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> • Número de hospitais e de camas, em 2020. • Camas por 1000 habitantes e Taxa de Ocupação das Camas no Continente e na Região de Saúde do Alentejo, 2018-2020. • Número de utentes inscritos nos CSP com médico de família atribuído face à população residente, em 2019; • % de internamentos por 1000 habitantes, em 2018 e 2020. • Número de consultas médicas nos centros de saúde, entre 2018 e 2020. • Número de consultas não programadas realizadas a pessoas com 65 ou mais anos, 2018 e 2020. • Número de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes, em 2020.
Capacidade da RNCCI	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de estruturas (equipas e unidades). • Nº de Unidades por tipologia (UC, ULDM e UMDR). • Nº de camas de internamento em atividade, por região de saúde, 2019. • Nº de lugares domiciliários em funcionamento, 2019. • Nº de lugares contratados, por tipologia, 2021-2022. • Grau de cobertura populacional, por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, 2021. • Dotação relativa de vagas nas quatro sub-regiões do Alentejo (rácios de vagas, por 1.000 habitantes com mais de 65 anos), 2023.
Acesso à RNCCI	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de utentes referenciados e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Nº de utentes colocados e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Nº de utentes Referenciados e Colocados, por Entidade Referenciadora 2017-2018 e 2019-2020. • Nº de utentes Referenciados, a Transferir e Colocados, por tipologia, 2017-2018 e 2019-2020. • Tempo Médio de espera para identificação de vaga na ECR e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Mediana do tempo desde a referenciação até à identificação de vaga (em dias), por tipologia, entre 2020-2022. • Nº de cancelamentos de episódios a aguardar vaga na ECR e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Taxa de Ocupação (%), por tipologia, e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Taxa de Ocupação (%), por tipo de resposta, 2022. • Duração média de internamento, por tipologia, entre 2020-2022.
Resultados da Atividade Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de agudizações por tipologia e variação 2017-2018 * 2019-2020 • Nº de altas por tipologia e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Nº de altas por óbito por tipologia e variação 2017-2018 * 2019-2020. • Custos com Funcionamento das unidades (Diária, Medicamentos, Remunerações adicionais). • Custos com transporte de utentes da RNCCI Alentejo.

Fonte: elaboração própria com base na recolha de dados

6.6.2 Entrevista semiestruturada

O objetivo deste estudo passou por realizar entrevistas para descobrir, através das percepções e das experiências e conhecimentos dos entrevistados, temas que ajudassem a construir o questionário e a consolidar os dados extraídos a partir da recolha e análise dos documentos estratégicos da RNCCI.

As entrevistas permitiram explorar mais profundamente sobre o que os responsáveis das equipas de coordenação regional e nacional (nível estratégico) da RNCCI pensam sobre o seu desenvolvimento e como têm vindo a experienciar a implementação e a execução das ações de gestão e coordenação da Rede. Neste sentido, as entrevistas foram essenciais, uma vez que proporcionam conhecimento a respeito do funcionamento da RNCCI. A partir do conteúdo das entrevistas, emergiram temas, proporcionando uma descrição mais detalhada e rica da informação (Flick, 2005; Bryman, 2012).

Optou-se pela entrevista na modalidade semiestruturada, pelo que as entrevistas estruturadas não permitiriam flexibilidade suficiente. As entrevistas semiestruturadas combinam características de entrevistas formais e informais, focando-se na experiência individual dos entrevistados (Flick, 2005). As entrevistas foram, deste modo, conduzidas mediante um guião *semiestruturado*, organizado por temas centrais e questões orientadoras, com vista a obter informação sobre o desenvolvimento da RNCCI (Apêndice 3). Os principais temas que orientaram a entrevista foram os seguintes: 1) problemas/desafios da gestão da Rede; 2) implementação/execução das ações definidas no Plano de Desenvolvimento da Rede relativo ao período 2016-2019; e 3) Ações de mudança. A entrevista seguiu um roteiro de questões, conforme apresentado na Tabela 6.6.

Tabela 6.6: Roteiro da Entrevista

Temas	Questões orientadoras
1 - Problemas/Desafios da RNCCI	Q1: Quais os Problemas/Desafios mais significativos que se colocam ao nível da gestão da RNCCI?
2- Avaliação das ações estratégicas definidas no Plano de Desenvolvimento da Rede 2016-2019	Q2: Qual o estado atual das ações estratégicas definidas no Plano de Desenvolvimento da Rede? Q3: Qual o âmbito de competência/nível de atuação e responsabilidade na execução/implementação dessas ações? Q4: Como avalia as ações, quanto à sua implementação/execução?
3- Ações de mudança	Q5: Para além das ações descritas, acrescente outra (s) que considere relevantes para o desenvolvimento/mudança da Rede?

Fonte: elaboração própria

Os dados recolhidos a partir das entrevistas permitiram a elaborar um diagnóstico da situação da RNCCI na região de saúde do Alentejo, com vista a identificar áreas temáticas críticas e chave da

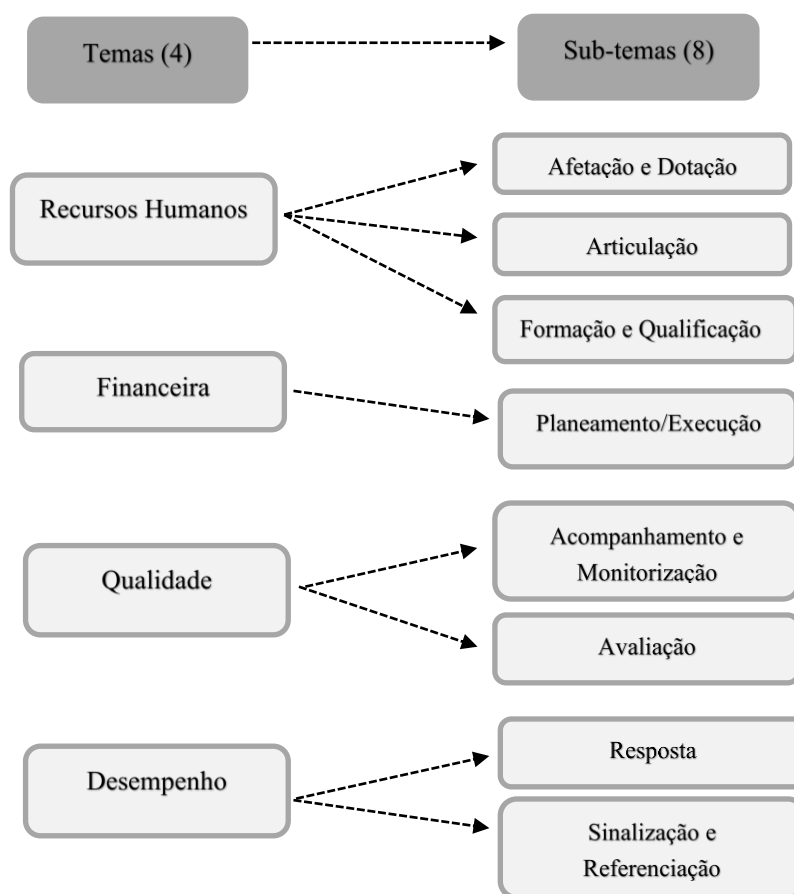
gestão da Rede na região do Alentejo, que serviram de base para a elaboração do questionário (Apêndice 4).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas durante os meses de junho e julho de 2021. As duas primeiras entrevistas foram realizadas, em dois momentos distintos, através da Plataforma *Teams*, pois permitiu que as entrevistas fossem conduzidas em diferentes áreas geográficas. A terceira entrevista foi realizada pessoalmente, nas instalações da ARSA. Foram utilizadas gravações de áudio com recurso a dispositivos distintos. Cada gravação foi transcrita e, posteriormente, analisada e sujeita a sinopses.

Para analisar o conteúdo das entrevistas, procedeu-se à Análise Temática (AT), que consiste num processo onde são identificadas palavras e frases e padrões, conduzindo, posteriormente, à organização dos resultados em temas (Namey, Guest, Thairu e Johnson, 2008). A principal vantagem da utilização da análise temática reside no facto de ser flexível e de poder ser utilizada em diferentes circunstâncias. Além disso, pode fornecer significados ao resumir e organizar os resultados de grandes volumes de dados. No entanto, uma limitação da utilização da análise temática é o facto de não conduzir necessariamente à produção de uma teoria, conduzindo a conclusões óbvias (Silverman, 2005; Bryman, 2012).

Este estudo identificou temas comuns (repetição), onde foram identificadas semelhanças/diferenças (Ryan e Bernard, 2003). A análise inicial realizada identificou temas amplos (nós livres), que posteriormente foram desenvolvidos e refinados para produzir subtemas (refinação do tema, incluindo elementos específicos que ilustram o tema central), os quais forneceram uma categorização hierárquica dos temas amplos. Foi desenvolvido um diagrama (Figura 6.5) para identificar possíveis associações e ligações. No caso do presente estudo, a análise temática foi *top-down* (orientada pelos objetivos e foco do estudo) e *bottom-up* (orientada pelos dados extraídos dos documentos estratégicos da RNCCI).

Figura 6.5: Temas e subtemas da análise temática



Fonte: elaboração própria com base no resultado da análise documental e conteúdo das entrevistas

6.6.3 Inquérito por questionário

Por fim, o estudo usou o inquérito por questionário enquanto instrumento de recolha de dados quantitativos, cuja finalidade foi captar as perceções das equipas e unidades da RNCCI-Alentejo sobre a importância e o desempenho em relação a um conjunto de atributos, características e processo de gestão da Rede.

Foi utilizado o *google forms*, enquanto ferramenta online, para aplicação dos questionários, o que permitiu reduzir o tempo e o custo do manuseio manual dos dados (Flick, 2011). O questionário possibilitou alcançar um grupo populacional mais amplo e diversificado, sendo mais difícil de alcançar com abordagens tradicionais de recolha de dados (Bryman, 2012).

O questionário foi elaborado com base nos temas e subtemas identificados na fase anterior (Apêndice 5). No seu conjunto, o questionário é composto por 26 questões, organizadas por 4 temas e 8 subtemas, cuja finalidade foi aferir a perceção/opinião sobre um conjunto de aspetos associados a quatro áreas-chave relativas à gestão nacional e regional (nível estratégico) da RNCCI: Recursos

Humanos; Financeira; Qualidade; e Desempenho. Para cada questão, solicitou-se que o inquirido se manifestasse quanto à importância e ao desempenho, de acordo com a seguinte escala de Likert: 1 - Muito Reduzida; 2 – Reduzida; 3 – Elevada; 4 - Muito Elevada.

Os questionários foram enviados, via endereço eletrônico, a partir de um *link*, respeitando sempre a disponibilidade dos inquiridos. No cabeçalho do questionário, foi colocada uma pergunta pedindo ao participante que confirmasse que a sua participação e, como tal, o participante teve a capacidade de tomar a sua própria decisão sobre se gostaria ou não de participar.

No entanto, o questionário ao ser administrado em formato online, não permitiu esclarecer as respostas diretamente com o participante, não sendo possível adicionar ou alterar as perguntas. Responder a questionários depende da honestidade do participante e da sua capacidade para responder com clareza às questões formuladas, fornecendo uma avaliação verdadeira e real. Uma limitação adicional é que os participantes podem ter perspectivas, pensamentos e compreensões diferentes da escala de Likert usada no questionário/inquérito (uma que afere a importância e outra o desempenho). Além disso, não foi possível determinar o nível de conhecimento de cada participante em relação aos temas aprofundados, o que poderia influenciar as respostas, análises e avaliações. Colocam-se, também, desafios na generalização dos resultados. Neste estudo, as amostras consideradas podem não ser razoáveis, tendo em conta que apenas refletem as percepções e opiniões de um grupo restrito de participantes. Portanto, considera-se pertinente estender este estudo a outras populações e a amostras maiores (diferentes regiões e áreas concelhias onde a RNCCI intervém), a partir da qual se poderiam fazer generalizações mais abrangentes para informar e contribuir para a teoria e futuras pesquisas.

Inicialmente, procedeu-se à aplicação de questionários piloto para testar as perguntas, permitindo revisões e *feedback* antes de serem aplicadas formalmente aos participantes. Foi uma estratégia importante, no sentido em que permitiu afinar o conteúdo do questionário, ajustando-o à realidade e à população-alvo.

6.7 Fiabilidade e validade

No decorrer do processo de investigação, uma das principais preocupações do investigador é garantir que a investigação por ele produzida assenta em critérios de qualidade. Bryman (2012) define três critérios fundamentais para avaliar a qualidade da investigação, designadamente a confiabilidade, a replicabilidade e a validade.

A fiabilidade é o grau de consistência ou de fidelidade dos resultados da medição e é medida pela consistência interna. A fiabilidade da consistência interna é utilizada principalmente para avaliar a

homogeneidade entre os indicadores internos de uma escala. Ou seja, se os indicadores que compõem a escala são consistentes e precisos, pelo que quanto mais consistentes forem os indicadores, menor será o erro aleatório de toda a escala. Por outras palavras, avalia se as pontuações dos inquiridos em qualquer indicador, tendem a estar relacionadas com as suas pontuações nos restantes indicadores (Bryman, 2012).

Atualmente, a maioria dos académicos utiliza o alfa de Cronbach (coeficiente) para medir a o grau de consistência interna das escalas. Se o alfa de Cronbach for superior a 0,5, inferior ou igual a 0,7, o indicador é pouco aceitável; se for superior a 0,7, inferior ou igual a 0,9, o indicador é credível; se for superior a 0,9, o indicador é muito credível. Este estudo analisou a fiabilidade da escala de medida dos 26 itens utilizados para avaliar a RNCCI, utilizando o software estatístico IBM SPSS *Statistic 29.0.10*, cujo resultados encontram-se apresentados em Apêndice 6.

Para a análise da consistência interna ou confiabilidade da escala utilizada procedeu-se à determinação e análise do coeficiente Alfa de Cronbach, tendo em consideração os 26 itens da escala para medir a importância e o desempenho. Na Tabela 6.7, apresentam-se os valores do alfa de Cronbach obtidos para a medição da Importância (0.944) e do Desempenho (0.954), o que significa que o instrumento utilizado na colheita de dados apresenta uma boa consistência (Hair, Hult, Ringle, e Sarstedt, 2017; Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 6.7: Coeficiente alfa de Cronbach

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
Importância	,944	,948	26
Desempenho	,954	,954	

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

A confiabilidade significa, ainda, que os procedimentos utilizados num estudo podem ser repetidos, obtendo-se resultados similares. Souza *et al.* (2017: 649) acrescentam que a “confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço”. Neste sentido, a replicabilidade, no contexto da presente investigação, é garantida, no sentido em que são fornecidas informações úteis que podem ser replicadas noutros estudos (Bryman, 2012).

A validade também foi considerada no contexto deste estudo. Coolican (2014:109) define a validade externa como uma investigação que pode ser “generalizada além do contexto experimental exato”. Ameaças à validade podem ter ocorrido neste estudo. Por exemplo, ocorreu um atrito quando 110 indivíduos foram convidados a participar no questionário, dos quais 66 realmente

participaram. A passagem do tempo é outro exemplo que pode afetar a forma como um participante vê uma determinada experiência. Confia-se na pessoa para ser capaz de recordar eventos, experiências e como se sentiu. No entanto, pode lembrar-se de forma diferente do que foi experienciado na altura. As experiências mais recentes do participante também podem influenciar a forma como vê experiências anteriores. Isto é reconhecido como um desafio ao se realizar uma investigação social.

6.8 Métodos de análise de dados

Para analisar os dados extraído dos questionários, foram aplicados dois métodos de análise:

- i. O método COSTATIS (Thioulouse, 2011) que inicialmente capta a estabilidade de cada um dos dois cubos contruídos pelas duas sequências de matrizes, em k ocasiões, e que termina com a análise da relação entre as estabilidades dos dois cubos de dados.
- ii. Análise da Importância - Desempenho (IPA) (Martilla e James, 1977; Oh, 2001) para os atributos e dimensões (ou seja, constructos) evidenciados a partir do COSTATIS.

6.8.1 Os Métodos de Análise Multivariada de Dados

6.8.1.1 Introdução

Os métodos estatísticos tradicionais, ao estudar fenómenos reais de natureza multivariada e dinâmica, muitas vezes não conseguem capturar mudanças simultâneas que ocorrem no comportamento das variáveis analisadas. Neste contexto, os métodos de Análise Multivariada de Dados (AMD) têm introduzindo desenvolvimentos no estudo evolutivo dos fenómenos, possibilitando o estudo de estruturas multidimensionais presentes em múltiplos conjuntos de dados.

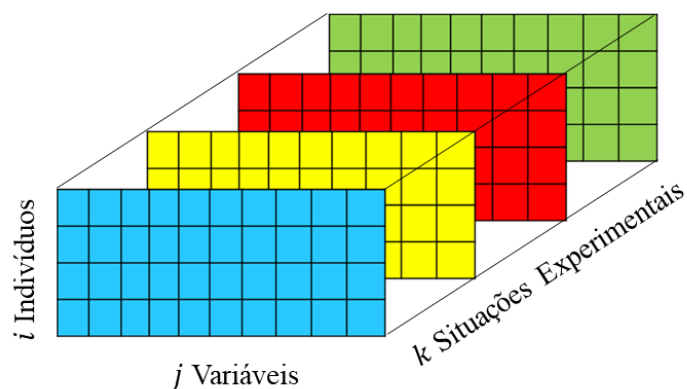
Não obstante, os fenómenos reais são, de um modo geral, de carácter multivariado e traduzem-se, genericamente, de forma dinâmica. Por outro lado, os métodos de análise de dados tradicionais usualmente utilizam tratamentos de cariz estático e não conseguem, na maioria das vezes, captar potenciais dinâmicas subjacentes à movimentação simultânea das variáveis envolvidas. De facto, uma compreensão profunda de um determinado fenómeno não se limita à sua perceção num único momento, mas sim no decorrer de determinado período e/ou ocasiões experimentais.

Nesta linha, a AMD introduziu alguma dinâmica no estudo evolutivo de fenómenos, possibilitando, assim, a análise de estruturas multidimensionais de múltiplos conjuntos de dados, que denominou de Análise Simultânea de k matrizes, comumente conhecida como Análise de Dados de Três-Vias.

6.8.1.2 Análise simultânea de k matrizes de dados

Efetivamente, a análise simultânea de k matrizes de dados sugere a medição de uma variável sobre um conjunto de indivíduos, que corresponde do ponto de vista estatístico à situação mais simples, o que permite construir um vetor de observações com uma entrada ou via: indivíduos. Se, além disso, for considerado um conjunto de variáveis, a informação pode ser organizada como uma matriz de dados e são obtidas duas vias, uma para os indivíduos e outra para as variáveis. No entanto se, para cada matriz anterior, for realizada uma medida de repetição em diferentes ocasiões ou condições, esta-se perante uma estrutura de dados tridimensional, ou, em outras palavras, de três vias: indivíduos, variáveis e ocasiões ou condições, em k matrizes. Segundo Kiers (1988, 1991) estas estruturas correspondem, geralmente, a um tipo de organização dos dados. Isto é, Dados Cúbicos ou Triádico (Análise de Dados de Três-Vias) para observações sobre o mesmo conjunto de indivíduos, para os quais se mediu o mesmo conjunto de variáveis em diferentes ocasiões (Figura 6.6).

Figura 6.6: Dados cúbicos ou triádicos



Fonte: Elaboração Própria

A Análise de Dados de Três-Vias tem como finalidade detetar semelhanças e/ou diferenças observadas em várias ocasiões, nas configurações das trajetórias dos indivíduos e das variáveis. Esta abordagem permite estudar simultaneamente diversas matrizes de dados, onde se captam a estabilidade ou a instabilidade, bem como as mudanças nas estruturas internas dos “cubos” de dados. Isto é, esta análise permite detetar padrões comportamentais.

Assim, na génese dos métodos Três-Vias, foram desenvolvidos vários estudos a partir de duas escolas/abordagens distintas:

1. Da escola anglo-saxónica realçam-se os numerosos trabalhos sobre Análise Conjunta de Quadros de Dados, nomeadamente, a família de modelos de Tucker (1966), o modelo

PARAFAC (*Parallell Factor Analysis*) de Harshman (1970), o modelo CANDECOMP (*Canonical Decomposition*) de Carrol e Chang (1970) e os modelos Tuckals 2 e Tuckals 3 de Kroonenberg e Leeuw (1980);

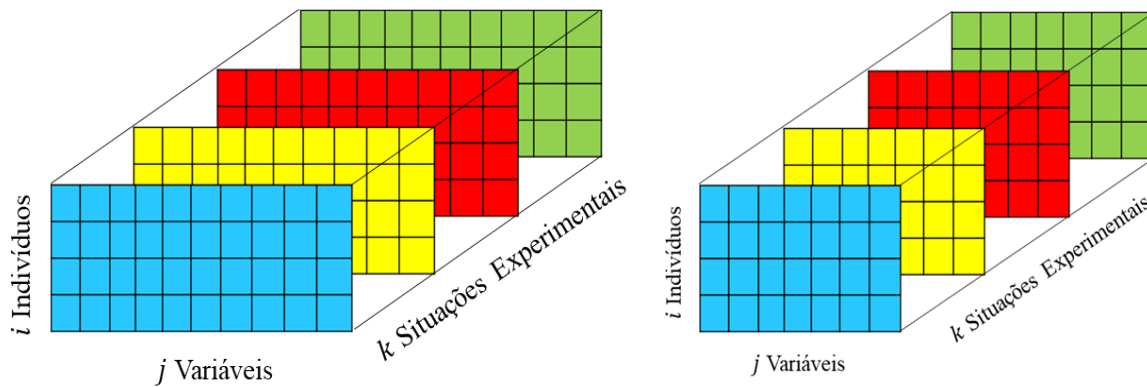
2. Da escola francesa, nas décadas de 70 e 80, no contexto dos métodos de tratamento de tabelas multidimensionais, destacaram-se métodos como a Dupla Análise em Componentes Principais (DACP) de Bouroche (1975), o método STATIS e o método STATIS Dual (Escoufier, 1973; L'Hermier des Plantes, 1976; Lavit, 1988; Lavit, Escoufier, Sabatier e Traissac, 1994) e a Análise Fatorial Múltipla (AFM) de Escoufier e Pagès (1985). O presente estudo enquadra-se nesta última abordagem.

6.8.1.3 Análise simultânea de 2 blocos de k matrizes de dados

Os métodos AMD de Três-Vias, ao tratarem também a terceira via, geram análises mais completas e, neste contexto, assumem principal relevância ao possibilitarem a análise simultânea de diversas tabelas de dados, proporcionando uma análise que possibilita o entendimento de fenômenos e, essencialmente, captam estabilidade ou mudanças nas estruturas internas dos cubos de dados (Thioulouse, 2011).

Porém e, independentemente das estruturas de Três-Vias, normalmente incidirem numa organização mais clássica dos dados para observações sobre o mesmo conjunto de indivíduos, para os quais se mediu o mesmo conjunto de variáveis em diferentes ocasiões existentes, aparecem situações que apelam a uma análise simultânea de conjuntos múltiplos de dados. A AMD sobre múltiplos conjuntos (por exemplo, a análise simultânea de 2 blocos de k matrizes de dados) ocorre quando se pretende estudar e interpretar as relações entre as estruturas de duas séries de tabelas de dados. Essas duas séries, para os mesmos indivíduos podem ser, por exemplo: a) - uma série de tabelas de dados de contagem ou abundância e, b) - uma série de tabelas de parâmetros ambientais. Neste caso, é possível ter observações dos mesmos indivíduos em diferentes conjuntos de variáveis, em diferentes ocasiões (Simier, Blanc, Pellegrin e Nandris, 1999) (Figura 6.7).

Figura 6.7: Conjuntos múltiplos de dados com indivíduos fixos



Fonte: Elaboração Própria

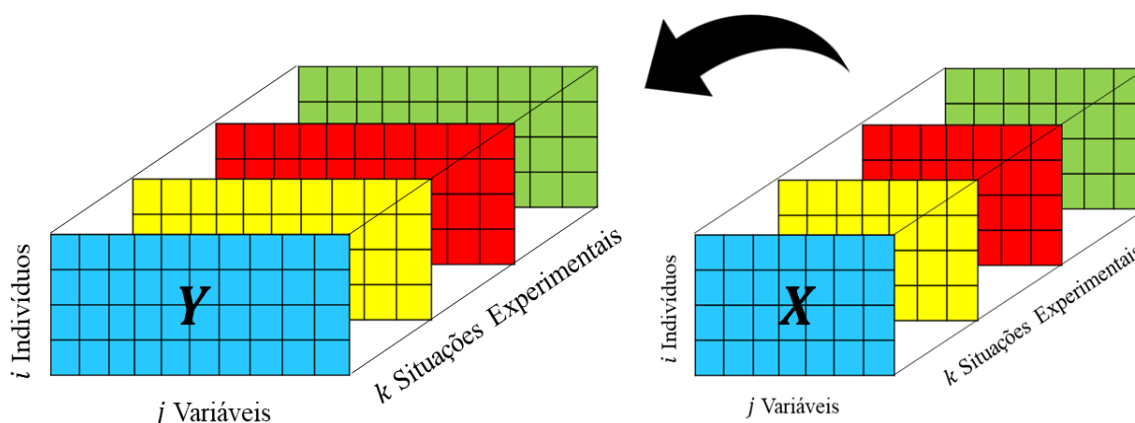
Com efeito, os métodos de AMD de Três-Vias fornecem uma forma de analisar uma série de matrizes de dados como um todo e, em presença de múltiplos conjuntos de matrizes de dados, revelam-se extremamente úteis no fornecimento de informações sobre a estabilidade ou a diversidade ou mesmo sobre as diferenças ou as coincidências das estruturas comuns das duas séries de matrizes em estudo. Neste contexto de análise, foi desenvolvido o método COSTATIS (Thioulouse, 2011).

6.8.1.4 Método COSTATIS

Trata-se de um método exploratório simétrico de Análise de Dados de Três-Vias para analisar as relações entre as estruturas de duas séries de matrizes de dados, como um todo. O nome COSTATIS significa "CO-inércia e STATIS". STATIS é uma abreviatura francesa de "Structuration des Tableaux à Trois Indices de la Statistique" (organização de tabelas de três vias em estatística) (Stanimirova, Walczak, Massart, Simeonovc, Sabyd e di Crescenzo, 2004; Thioulouse, 2011;).

O método COSTATIS (Thioulouse, 2011) é suportado pela aplicação de dois procedimentos de AMD, a Análise Parcial Triádica (PTA) (Thioulouse e Chessel, 1987; Kroonenberg, 1989; Thioulouse, 2011) e a Análise de Co-Inércia (COIA) (Dolédec e Chessel, 1994; Dray *et al.*, 2003). Desta forma, o COSTATIS beneficia das vantagens dos dois métodos, analisa a estabilidade ou diversidade de cada uma das duas fontes de informação em períodos temporais, espaços ou ocasiões diferentes através da PTA e, através da COIA, mede os níveis de influência entre as duas fontes de informação (Figura 6.8).

Figura 6.8: COSTATIS



Fonte: Elaboração Própria

6.8.1.4.1 Análise Parcial Triádica

A PTA (Thioulouse e Chessel, 1987; Kroonenberg, 1989; Thioulouse, 2011) consiste num método exploratório de Análise de Dados de Três-Vias, que tem por objetivo explorar as relações de estabilidade ou de instabilidade entre a informação existente em k matrizes de dados. Tal como o STATIS (Escoufier, 1973; L'Hermier des Plantes, 1976; Lavit, 1988; Lavit *et al.*, 1994) baseia-se em espaços vetoriais euclidianos e compara configurações de indivíduos ou de variáveis, em diferentes ocasiões temporais ou espaciais, por forma a detetar uma estrutura comum, estável e representativa de todas as matrizes de dados, a matriz compromisso. No caso da PTA, os dados apresentam-se normalmente através de k matrizes em diferentes ocasiões ou situações, sobre os mesmos n indivíduos, em que as p ou q variáveis são as mesmas ao longo das k ocasiões de cada série de matrizes.

6.8.1.4.2 Análise de Co-Inércia

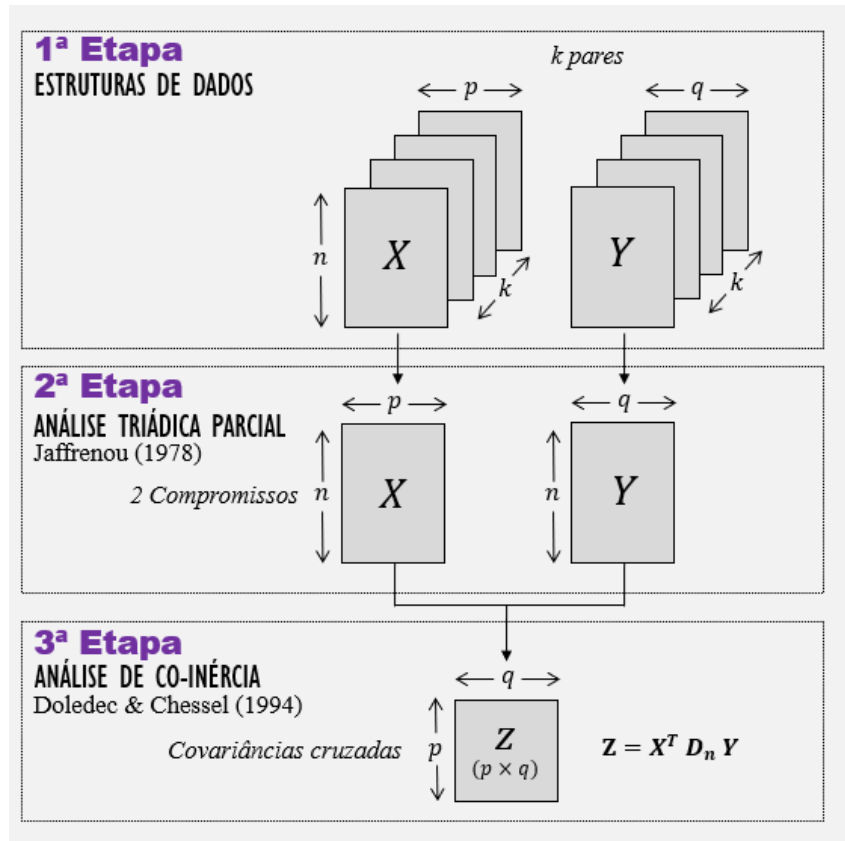
A Análise de Co-Inércia (COIA) (Dolédec e Chessel, 1994; Dray *et al.*, 2003) é um procedimento estatístico de acoplamento de informação existente entre duas matrizes de dados. Trata-se igualmente de uma metodologia exploratória que tem por finalidade estudar a inter-relação entre duas matrizes de dados, como, por exemplo, medir as discrepâncias ou as coincidências entre as duas fontes de informação, que se supõem relacionadas.

6.8.1.4.3 Operacionalização do COSTATIS

O COSTATIS pode ser descrito como uma COIA de duas matrizes compromisso obtidas mediante uma PTA para cada uma de duas séries de matrizes de dados, separadamente.

A operacionalização do método COSTATIS desdobra-se em três etapas, como descreve a Figura 6.9.

Figura 6.9: Etapas do Método COSTATIS



Fonte: Adaptado de Jaffrenou (1978), Doledec e Chessel (1994) e Thioulouse (2011)

O método COSTATIS segue três grandes etapas: 1) Estruturação de dados; 2) Análise Triádica Parcial; 3) Análise de Co-Inércia (Figura 6.9).

A ETAPA 1: consiste em preparar individualmente duas estruturas tridimensionais de dados (X e Y) para uma posterior análise simultânea de duas sequências de matrizes, com as mesmas p ou q variáveis, para todas as k repetições e com os mesmos n indivíduos, em ambas séries;

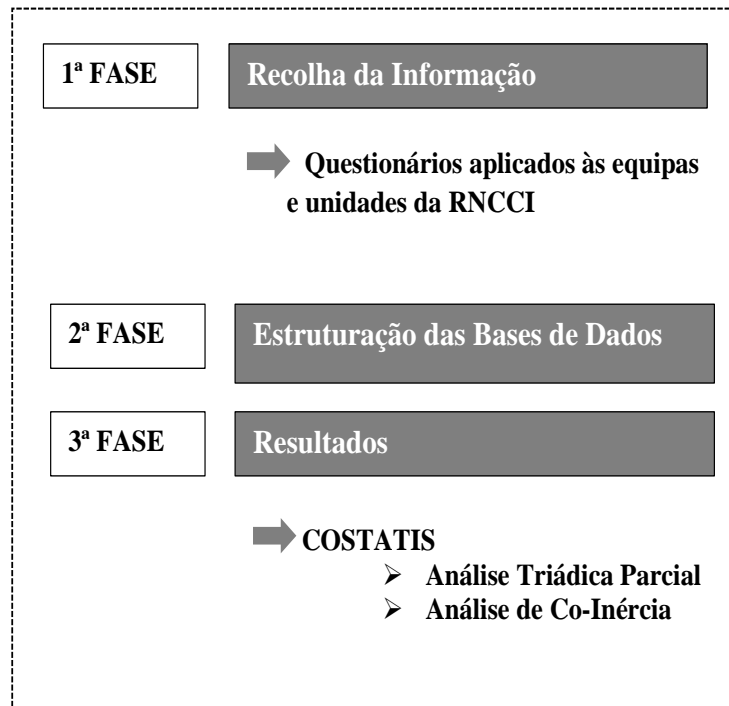
A ETAPA 2: consiste em usar duas PTA simultaneamente para calcular duas matrizes compromisso, relativamente a X e Y . Ou seja, analisa-se a estabilidade ou a instabilidade nas duas fontes de informação;

A ETAPA 3: por último, os dois compromissos são “acoplados” mediante uma Análise de Co-Inércia que produz uma imagem média da co-estrutura existente. Isto é, através da matriz de covariâncias cruzadas (Z) analisa-se a inter-relação entre esses dois compromissos, por forma a medir as diferenças ou as semelhanças.

6.8.1.4.4 Procedimento metodológico

A Figura 6.10 descreve o procedimento adotado na aplicação do método COSTATIS no contexto da presente investigação, o qual foi operacionalizado em três fases principais.

Figura 6.10: Esquema metodológico



Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito à primeira fase – Recolha da informação, foram considerados 26 descritores (Tabela 6.8), sobre os quais os inquiridos, que integram as equipas e unidades dos diferentes níveis de gestão, se posicionaram relativamente à importância atribuída e ao desempenho percebido na RNCCI.

Tabela 6.8: Descritores do Questionário

Nº Questão	Descrição
Q1	Funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação face às necessidades da Rede.
Q2	Articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede.
Q3	Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior
Q4	Desenvolvimento de ações de formação dirigidas a todas equipas e unidades
Q5	Desenvolvimento de planos de formação.
Q6	Diagnóstico e levantamento das necessidades formativas.
Q7	Elaboração dos Planos Individuais de Intervenção de uma forma sistematizada e integrada.
Q8	Planeamento financeiro da Rede.
Q9	Coordenação e controlo da execução dos planos e orçamentos.
Q10	Ações de monitorização e acompanhamento às Unidades e Equipas
Q11	Revisão e propostas de melhoria às grelhas de acompanhamento e avaliação às equipas e unidades.
Q12	Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades.
Q13	Sistema de registos no Aplicativo de Monitorização da RNCCI – SI.
Q14	Gestão das exposições relativas aos utentes internados nas unidades da RNCCI.
Q15	Controlo de resultados de execução dos contratos para a prestação dos cuidados
Q16	Medidas corretivas para o bom funcionamento das unidades e equipas.
Q17	Desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus-tratos nas unidades através da definição de indicadores base.
Q18	Realização de auditorias internas no cumprimento das regras definidas.
Q19	Indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados.
Q20	Planeamento das respostas necessárias para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades
Q21	Divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das unidades e equipas da Rede.
Q22	Processo de sinalização e referenciação que garantam maior equidade e sejam mais simples.
Q23	Gestão da colocação dos utentes em unidades e equipas da Rede, obedecendo aos critérios de referenciação e de priorização
Q24	Monitorização dos utentes internados em unidades com feridas e úlceras por pressão.
Q25	Divulgação da informação sobre a Rede e os circuitos de sinalização e referenciação.
Q26	Acompanhamento do processo de referenciação
Q22	Processo de sinalização e referenciação que garantam maior equidade e sejam mais simples.
Q23	Gestão da colocação dos utentes em unidades e equipas da Rede, obedecendo aos critérios de referenciação e de priorização
Q24	Monitorização dos utentes internados em unidades com feridas e úlceras por pressão.
Q25	Divulgação da informação sobre a Rede e circuitos de sinalização e referenciação.
Q26	Acompanhamento do processo de referenciação

Fonte: Elaboração Própria

Conforme apresentado nas Tabelas 6.9 e 6.10, foram considerados os dados provenientes de duas fontes, nomeadamente: 1) os três níveis institucionais; 2) as quatro sub-regiões do Alentejo.

Tabela 6.9: Níveis Institucionais da RNCCI

Níveis Institucionais	Código
Equipas de Coordenação Regional (ECR)	Estratégico
Equipas de Coordenação Local (ECL)	Tático
Equipas de Gestão de Altas (EGA)	
Unidades de Internamento (UI)	Operacional UI
Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Operacional ECCI

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 6.10: Sub-regiões do Alentejo

Sub-regiões	Código
Alentejo Central	AC
Baixo Alentejo	BA
Litoral Alentejano	LA
Norte Alentejo	NA

Fonte: Elaboração Própria

Na segunda fase - Estruturação das Bases de Dados, organizaram-se três pares de estruturas tridimensionais, com vista a analisar a estrutura da informação proveniente de três conjuntos de dados distintos: (1) as avaliações sobre a importância atribuída e o desempenho percebido na rede relativamente aos 26 descritores; (2) a qualificação atribuída pelos inquiridos nas 4 sub-regiões do Alentejo; (3) os 3 níveis institucionais que compõem a hierarquia da RNCCI.

A terceira fase – COSTATIS, desdobra-se nas seguintes análises: 1) a Análise Triádica Parcial, a qual procura analisar a estabilidade da relação entre os 3 níveis hierárquicos da RNCCI-Alentejo, nas 4 sub-regiões; 2) a Análise de Co-Inércia, a qual procura analisar a influência da Importância atribuída no Desempenho percebido pelos três níveis institucionais, nas quatro sub-regiões do Alentejo.

A decisão de utilizar, nesta investigação, o método COSTATIS, prende-se com a necessidade de estudar a articulação entre os níveis de gestão estratégica (Equipa de Coordenação Regional) e a gestão tática (Equipas de Coordenação Local e Equipas de Referência) com a gestão operacional da RNCCI (as unidades e equipas prestadoras de cuidados), por forma a detetar discrepâncias ou coincidências que são particularmente valiosas para a gestão da RNCCI.

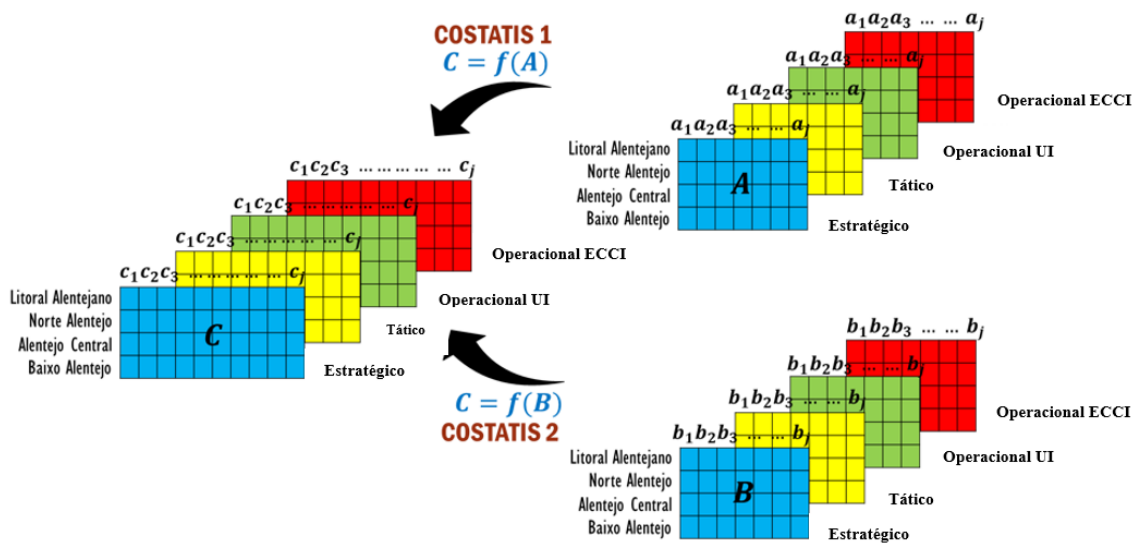
De modo sintético e, como descreve a Figura 6.11, pretende-se com a aplicação deste método.

- 1) Analisar as relações triádicas, na perspetiva dos três níveis institucionais, com a finalidade de compreender a inter-relação entre três conjuntos de dados distintos, com vista a identificar padrões de associação, proximidade e dissociação entre esses conjuntos de dados, nomeadamente: (1) as avaliações sobre a importância atribuída e sobre o

Desempenho percebido na RNCCI; (2) a qualificação atribuída pelos elementos das equipas nas 4 sub-regiões do Alentejo; e (3) os três níveis institucionais que compõem a hierarquia da RNCCI. Posteriormente, analisaram-se, para as quatro sub-regiões em estudo, as principais semelhanças e/ou diferenças nos níveis de importância e desempenho manifestados pelos inquiridos dos três níveis institucionais da RNCCI;

- 2) Analisar a influência da percepção da importância no desempenho, isto é, mediante a análise de Co-Inércia, exploram-se as relações de influência entre pares de matrizes de dados com o objetivo de medir as discrepâncias e/ou similaridades entre duas fontes de dados. No contexto desta investigação, uma matriz de covariâncias cruzadas informará sobre a inter-relação detetada entre 2 matrizes compromisso: uma que descreve a Importância atribuída e outra que regista o Desempenho percebido.

Figura 6.11: Articulação entre os níveis estratégico (A) tático (B) e operacional da RNCCI (C), nas quatro sub-regiões do Alentejo



Fonte: Elaboração Própria

6.8.1.4.5 Potencialidades e limites na aplicação do COSTATIS

O COSTATIS, ao ser utilizado para analisar o mesmo conjunto de dados com uma estrutura clara, pode ter vantagens e desvantagens. Thioulouse (2011) apresenta, resumidamente, as vantagens deste método.

O COSTATIS é a análise de co-inércia de dois compromissos, pelo que procura analisar as relações entre duas estruturas estáveis. Neste sentido, o COSTATIS beneficia das vantagens do STATICO: otimização dos compromissos da análise triádica parcial, facilidade de utilização, simplicidade dos resultados gráficos da análise de co-inércia. (Thioulouse *et al.*, 2004; Thioulouse, 2011).

Os dois métodos podem também ser comparados do ponto de vista dos possíveis objetivos de uma estratégia de acoplamento de cubos de dados. O primeiro objetivo é encontrar um "consenso" nas relações entre as espécies e o ambiente. Este consenso deve ser independente das repetições (tempo ou espaço), sendo que os dois métodos alcançam-no de formas diferentes (Thioulouse *et al.*, 2004; Thioulouse, 2011).

Os condicionalismos relativos às espécies e às variáveis ambientais decorrem da escolha da análise da tabela k no COSTATIS e no STATICO (uma Análise Triádica Parcial). O inconveniente comum destes métodos é a relativa complexidade da análise exploratória de dados multivariados. Neste domínio, o pacote "ADE4" para o ambiente R (R Development Core Team, 2009) permite facilitar o trabalho de análise. No contexto desta investigação, os cálculos e os gráficos apresentados foram realizados com recurso ao pacote informático ADE-4 do programa R (Thioulouse *et al.*, 2004; Thioulouse, 2011).

O COSTATIS permite analisar conjuntos de dados como uma organização complexa, como pares de cubos de dados, o que permite ter em conta a complexidade da organização e analisar os conjuntos de dados globalmente. No entanto, explorar as relações espécie-ambiente não é uma tarefa fácil e adicionar influências espaciais e temporais torna-a ainda mais difícil. Mas, conforme defende Thioulouse (2011), a sua aplicação torna-se necessária para a compreensão do funcionamento de um determinada ecossistema.

6.8.1.4.6 Aplicação do COSTATIS no contexto da saúde

A aplicação dos métodos de AMD de Três-Vias, designadamente o COSTATIS no contexto das organizações da saúde ainda é limitada.

Cardoso (2017) realizou um estudo, onde procurou avaliar a articulação entre as Equipas de Gestão de Altas (EGA's) e os Serviços de Internamento de um Hospital de Agudos, com vista a promover

melhorias na gestão das altas hospitalares. Esta investigação recorreu ao método COSTATIS, numa análise simultânea de dados relativos a uma unidade hospitalar e a quatro unidades da RNCCI, para o período 2014-2016. A informação recolhida viabilizou a construção de duas séries de dados com os internamentos nas referidas unidades. O estudo das relações entre a EGA e as quatro unidades da RNCCI, relativamente à referenciação para as unidades de cinco patologias sinalizadas, para os três anos em análise, permitiu, numa primeira fase, avaliar a estabilidade da relação da unidade hospitalar com as quatro unidades da RNCCI, em matéria de internamentos e, posteriormente, medir as discrepâncias entre os processos. Os resultados do estudo evidenciaram discrepâncias nos processos de sinalização, referenciação e ingresso dos utentes nas unidades da RNCCI.

Numa pesquisa realizada por Santos, Silva Castela e Vale (2019), com base em dados de 2014 a 2017 de um laboratório clínico privado no Algarve, foi aplicado o método COSTATIS, com o objetivo de investigar duas estruturas de informação inter-relacionadas, especificamente 14 locais de coleta e os 10 exames clínicos mais faturados em 2017. A utilização do método COSTATIS permitiu identificar uma co-estrutura comum ao examinar a estabilidade ou a instabilidade das duas estruturas de dados. Um método exploratório de multiblocos em três vias ressaltou as relações entre as duas estruturas de dados como um todo. Portanto, entender como a produção de testes clínicos influencia o desempenho dos locais de coleta permitiu descobrir discrepâncias ou coincidências que são particularmente valiosas para a gestão.

6.8.2 Análise importância-performance

6.8.2.1 Descrição da IPA

Após a aplicação do método COSTATIS, foi aplicada a Análise Importância - Desempenho (IPA) para os atributos e dimensões (ou seja, constructos) confirmados a partir destes dois métodos.

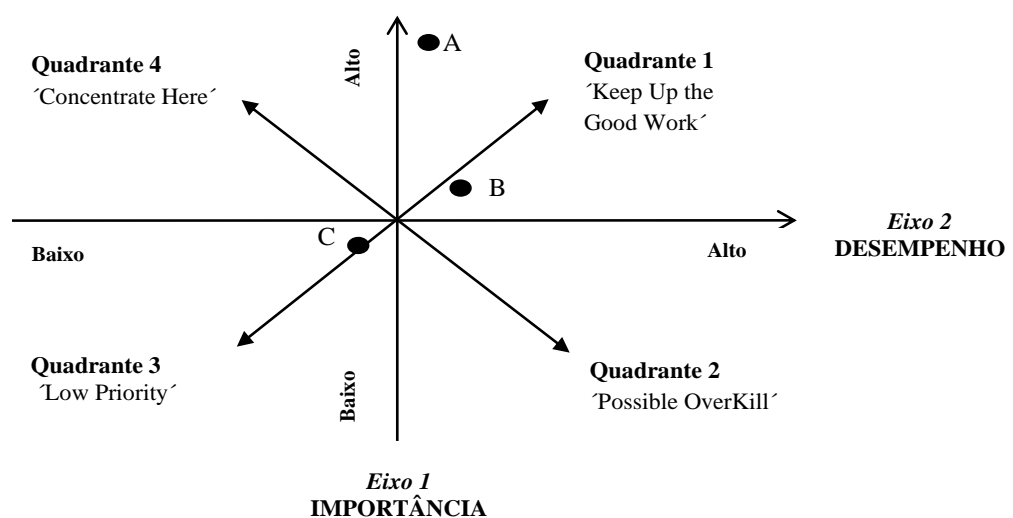
A IPA foi proposta pela primeira vez, em 1977, por Martilla e James (1977) para introduzir uma técnica para tomar decisões de planeamento e marketing. Desde essa altura, a técnica IPA ganhou popularidade entre os investigadores em diferentes áreas de pesquisa como a hospitalidade e o turismo, o lazer e a recreação, a educação, o marketing em cuidados de saúde e a qualidade dos serviços (Dolinsky, 1991; Dolinsky e Caputo, 1991; Oh, 2001; Aghajanzadeh, Aghabayk, Esmailpour e Gruyter, 2022).

Martilla e James (1977) introduziram a Análise de Importância-Performance (IPA) como uma ferramenta para desenvolver estratégias de gestão empresarial. Essencialmente, a IPA utiliza uma grelha bidimensional que combina medidas de importância e desempenho de atributos, facilitando a interpretação dos dados e fornecendo sugestões práticas. Segundo esta técnica, cria-se um

conjunto de atributos-chave de um produto ou serviço e os avaliadores classificam cada atributo quanto à sua importância numa decisão de aquisição. Estes autores sugerem que, idealmente, deve-se medir a importância dos atributos antes de uma experiência de compra real, pois a IPA visa entender o impacto dos atributos selecionados na decisão de uma aquisição/compra. Por sua vez, o desempenho é medido com o mesmo conjunto de atributos, permitindo uma comparação direta de importância e desempenho nos mesmos atributos através da grelha IPA. Para o efeito, utilizam-se os valores médios das pontuações de importância e desempenho como ponto de interseção na grelha (Martilla e James, 1977).

O principal objetivo da IPA é de natureza diagnóstica, uma vez que visa facilitar a identificação dos atributos para os quais, dada a sua importância, o produto ou serviço tem um desempenho inferior ou superior. Para o efeito, a interpretação do IPA é apresentada graficamente numa grelha dividida em quatro quadrantes. A Figura 6.12 ilustra a grelha IPA. O eixo 1 indica a importância percebida pelos clientes/utilizadores relativamente a atributos selecionados e o eixo 2 mostra o desempenho do produto (ou serviço) em relação a esses atributos. Os quatro quadrantes identificáveis são: *'Keep Up the Good Work'*; *'Possible OverKill'*; *'Concentrate Here'*; *'Low Priority'* e *'Concentrate Here'*. Por conseguinte, a IPA fornece um guia útil e facilmente compreensível para identificar os atributos mais cruciais do produto ou serviço em termos da sua necessidade de ação de gestão e, conseqüentemente, para desenvolver programas de gestão bem-sucedidos para alcançar uma vantagem competitiva.

Figura 6.12: Gráfico padrão Importância-Performance



Fonte: Adaptado de Oh (2001) e Martilla e James (1977)

Conforme se pode observar na Figura 6.12, a interpretação do gráfico IPA é simples, sendo que o mesmo gera quatro sugestões diferentes com base em medidas de importância-desempenho. As interpretações seguem a combinação das pontuações de importância e desempenho de cada atributo. O primeiro quadrante, *'keep up the good work'*, capta os atributos considerados importantes para a decisão e nos quais também se considera que a empresa/organização (ou produto/serviço) tem um bom desempenho. Da mesma forma, *"Possible OverKill"* no Quadrante 2 indica que os atributos que se enquadram neste quadrante são relativamente menos importantes, mas a empresa/organização tem um bom desempenho nos atributos. Alguns atributos podem se situar no terceiro quadrante, *"Low Priority"*, porque tanto a importância e o desempenho do atributo são inferiores à média. Esses atributos são suscetíveis de receber uma baixa prioridade nas decisões de afetação de recursos. Os atributos que são importantes para as decisões, mas a respeito dos quais a empresa/organização não tem um bom desempenho são classificados no Quadrante 4, *"Concentrate Here"*. A empresa/organização deve, portanto, concentrar-se na melhoria do seu desempenho nesses atributos (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).

Neste sentido, a IPA fornece uma imagem atrativa da forma como a empresa/organização responde às preocupações importantes aos atributos selecionados e, ao mesmo tempo, oferece orientações para as futuras decisões de afetação de recursos da empresa/organizações (Oh, 2001; Aghajanzadeh *et al.*, 2022).

Os quadrantes do gráfico IPA foram determinados utilizando a abordagem dos quadrantes centrados nos dados, em que os limiares dos quadrantes são a média geral das pontuações de importância e desempenho dos utilizadores. Além disso, para priorizar os atributos localizados em cada quadrante do gráfico IPA é calculada a diferença entre a pontuação de importância e desempenho, sendo que quanto maior a diferença, maior a prioridade. O *gap* é calculado de acordo com a seguinte fórmula (Aghajanzadeh *et al.*, 2022):

$$Gap = Performance\ score - Importance\ score$$

Tendo em linha de conta as pontuações de importância e desempenho atribuídas a cada atributo identificadas nos respetivos quadrantes, a IPA possibilita a definição de um conjunto de orientações e sugestões estratégicas ao nível da gestão. A IPA consiste, assim, num método analítico fundamental utilizado pelos decisores políticos e investigadores de diferentes áreas de pesquisa, pelo que fornece um gráfico com quatro quadrantes e permite sugerir onde dirigir as ações de gestão de acordo com as pontuações de desempenho e importância atribuídas a cada atributo relacionado com a empresa/organização (Martilla e James, 1977; Oh, 2001; Aghajanzadeh *et al.*, 2022).

Conforme enfatizaram Martilla e James (1977), a facilidade de aplicação da IPA e os métodos apelativos de apresentação de dados e sugestões estratégicas constituem, entre outros, os fatores que contribuem para a sua ampla aceitação.

Conforme exposto por Martilla e James (1977), a importância está intimamente relacionada com as expectativas, de tal forma que ambos os conceitos são antecedentes das percepções de desempenho. Além disso, estudos anteriores indicaram que a importância pode ser utilizada como uma variável de ponderação do desempenho. Isso implica que a importância pode ter efeitos adicionais e/ou interativos nas avaliações de desempenho. Por outras palavras, é possível que as avaliações de desempenho de um atributo específico sejam influenciadas pelo quanto esse atributo é considerado importante (Oh, 2001).

A relação causal possível entre a importância e as percepções de desempenho pode ser teoricamente justificada para além da relação refletida na grelha IPA. A teoria da desconfirmação das expectativas sugere que a importância está positivamente relacionada com o desempenho; ou seja, quanto mais importante for o atributo para o utilizador, maior é a probabilidade de ele perceber o desempenho do atributo de forma favorável, resultando numa maior satisfação (Oliver, 1980; Oh, 2001; Hjortskoc, 2020).

O modelo de desconfirmação de expectativas é frequentemente associado a Oliver (1980), tendo sido um dos primeiros autores a incluir a desconfirmação de expectativas no modelo de satisfação do cliente. Além disso, Johnson *et al.* (1995) também contribuíram para o uso da desconfirmação como um antecedente da satisfação, enfatizando o grau com que o desempenho percebido confirma ou não as expectativas. Estes autores propuseram que a satisfação depende da comparação entre as expectativas (previsões ou desejos) e o desempenho real de um produto ou serviço.

No caso do presente estudo, a teoria desconfirmação pode ser utilizada para compreender como as percepções de importância e desempenho são formadas como base na comparação entre o importante (o esperado) e o real. A partir da avaliação de atributos específicos da RNCCI, foi possível comparar as suas expectativas (a importância atribuída) e o desempenho real.

A teoria da desconfirmação das expectativas é uma teoria que explora como as pessoas avaliam a sua satisfação com produtos ou serviços com base na comparação entre as suas expectativas e o desempenho real e explica como as percepções são formadas com base nessa comparação. A formação de expectativas surge antes de utilizar um produto ou serviço. Essas expectativas podem ser influenciadas por informações anteriores, opiniões de outras pessoas e experiências pessoais. As expectativas podem, também, variar de acordo com o contexto e as necessidades individuais. A

desconfirmação surge quando se compara o desempenho real com as expectativas. Existem três cenários possíveis: 1) Desempenho igual às expectativas: não há desconfirmação significativa e a satisfação permanece estável; 2) Desempenho melhor do que esperado: gera satisfação e pode até superar as expectativas; 3) Desempenho pior do que esperado: resulta em desconfirmação negativa e pode levar à insatisfação (Oliver, 1980).

A teoria da desconfirmação das expectativas (Oliver, 1980) afirma que, seguindo essa comparação cognitiva, o desempenho ou atende às expectativas, o que resulta na satisfação do utilizador; ou o desempenho não atende às expectativas, o que resulta na insatisfação do utilizador; ou ainda o desempenho excede inesperadamente as expectativas, o que resulta na satisfação do utilizador (Hjortskoc, 2020).

Neste contexto, tendo em conta a relação causal entre importância e desempenho, a grelha IPA tradicional pode fornecer informações, dependendo da natureza e da magnitude da relação. Matematicamente, uma correlação positiva elevada fará com que os atributos se espalhem ao longo da linha que atravessa os quadrantes 1 e 3, como ilustrado na Figura 6.12, enquanto uma correlação negativa elevada entre as duas variáveis faz com que os atributos se dispersem ao longo da linha. Este facto sugere que uma correlação positiva entre as duas variáveis tende a resultar na indicação de mais sugestões de "*Keep up the Good Work*" (Quadrante 1) ou '*Low Priority*' (Quadrante 3). Em contrapartida, uma correlação negativa tende a provocar um excesso de recomendações de '*Possible Overkill*' (Quadrante 2) ou '*Concentrate Here*' (Quadrante 4) (Oh, 2001).

Além da correlação entre conceitos, as correlações entre atributos, tanto em importância quanto em desempenho, podem contribuir para a dispersão padronizada dos atributos na matriz IPA. Embora a maioria dos estudos de IPA meça a importância e o desempenho de cada atributo de forma independente, alguns atributos tendem a se correlacionar entre si (Oh, 2001).

6.8.2.2 Limitações e críticas à IPA

Contudo, na perspectiva de Oh (2001), embora a facilidade de aplicação ou a simplicidade possam ser um critério importante para a aceitação de um método de investigação como a IPA, não deve ser interpretado como um indicador de validade do método que se sobrepõe às justificações lógicas. Na realidade, antes do trabalho de Oh (2001), poucos estudos consideraram de forma crítica a validade concetual da IPA. Oh (2001) revisitou várias questões concetuais e metodológicas inerentes à IPA, mas frequentemente negligenciadas na sua utilização. Este autor fez uma revisão crítica de estudos anteriores, reanalisou os dados publicados para levantar questões e desenvolveu sugestões para futuras pesquisas para melhorar as utilidades do IPA. O objetivo desta revisão foi

estimular a discussão e a investigação sobre a validade e a fiabilidade da análise importância-desempenho amplamente adotada em diferentes estudos.

Por outro lado, muitos dos estudos realizados com recurso ao IPA não consideraram as relações potenciais entre importância e desempenho. Embora o método de construção da grelha IPA, como visualizado na Figura 6.12, sugira uma relação estatística (ou seja, pelo menos uma correlação) entre os dois conceitos, poucos estudos da IPA tentaram examinar as implicações dessa relação potencial (Oh, 2001).

O nível de abstração na determinação de um conjunto de atributos de medição pode tornar-se complexo ao aplicar a IPA. Um estudo típico de IPA inicia com um número considerável de atributos para avaliar a importância e o desempenho. Contudo, a maioria dos pesquisadores reduz inicialmente o número de atributos na fase de pré-teste para criar um modelo de investigação mais simples e minimizar redundâncias, no sentido de manter o equilíbrio entre a exaustividade e a praticidade de um modelo de investigação. Porém, este problema pode ser mitigado utilizando um nível de abstração adequado na preparação da lista de atributos, em detrimento da especificidade (Oh, 2001).

A grelha IPA tradicional oferece um entendimento limitado sobre o desempenho do serviço/produto. Embora a grelha IPA classifique todos os atributos emparelhados com o PI (Importance-Performance) num dos quatro quadrantes, esta categorização pode resultar em sérias desinformações. Ao se observar novamente a Figura 6.12, que mostra os atributos hipotéticos A, B e C, percebe-se que, pela abordagem IPA, os atributos A e B são agrupados na mesma categoria, sugerindo *'Keep Up the Good work'*, enquanto o atributo C é classificado diferentemente, podendo receber *'Low Priority'* futuramente. Contudo, ironicamente, os atributos A e B apresentam uma distância psicométrica (e.g. euclidiana) maior que entre B e C. Portanto, é muito provável que técnicas estatísticas comuns, como a análise fatorial e a análise de clusters, coloquem os atributos B e C no mesmo grupo ou categoria, ao invés de A e B. Além disso, extrair sugestões de gestão idênticas para os atributos A e B pode resultar na perda de informações específicas de cada um, o que pode não ser uma interpretação válida dos dados. Este problema de categorização indica que a IPA pode não ser suficientemente sofisticada para representar com precisão a estrutura dos dados. É, deste modo, crucial que a IPA seja sensível às áreas problemáticas para maximizar sua eficácia (Oh, 2001).

Na perspetiva de Oh (2001), o objetivo do IPA não é coerente com a filosofia estratégica da maioria das empresas/organizações, uma vez que estas procuram fornecer não só produtos e serviços, mas

também alta qualidade e satisfação do cliente/utente. Contudo, a IPA considera o desempenho das empresas/organizações melhor do que o desejado como ‘*Overkill*’. Além disso, de um ponto de vista prático, é difícil para uma empresa/organização ter sempre um desempenho exatamente ao nível de importância do atributo, de modo a evitar possíveis excessos ou reduzir a necessidade de afetar recursos adicionais a esse atributo. O desempenho que excede o nível de importância pode ser desejável, em particular no setor da saúde, contudo torna-se necessário rever as prioridades e os recursos alocados, mantendo um padrão de desempenho aceitável.

Em síntese, em concordância com a revisão de Oh (2001), destacam-se aqui as seguintes críticas à IPA: (1) A falta de uma definição clara do conceito de importância; (2) O uso misto de importância e expectativa; (3) A falta de investigação sobre a importância absoluta em contraste com a importância relativa; (4) As implicações das relações entre importância e desempenho, bem como entre os atributos; (5) A ausência de diretrizes para o desenvolvimento de um conjunto de atributos a serem utilizados; (6) Potenciais erros de classificação dos atributos na grelha IPA; (10) Uma questão filosófica relacionada com as sugestões estratégicas.

6.8.2.3 Aplicação da IPA ao contexto da saúde

Apesar das limitações e críticas discutidas no ponto anterior, a IPA continua a desempenhar um papel importante na investigação em setores como a saúde, onde a gestão das expectativas e dos recursos é fundamental. Neste sentido, a IPA tem sido aplicada no domínio da saúde e da priorização de políticas e medidas em diferentes contextos organizacionais, com especial ênfase nas organizações hospitalares (Miranda, Chamorro, Murillo e Veja, 2010; Gonçalves, Pinto, Batista, Pereira e Ambrosano, 2014; Chen *et al.*, 2019; Lu, Kao, Chang, Gong, Liu, Ku e Jerng, 2020; Aini e Rosa, 2023).

Além disso, a IPA tem sido aplicada conjuntamente com outras ferramentas de análise, como a SERVQUAL, no sector dos cuidados de saúde (Yin *et al.*, 2016; Shieh, Huang e Wu, 2019), o que evidencia uma tendência para uma maior orientação no utente/paciente.

Miranda *et al.* (2010) utilizaram a IPA para estudar as perceções dos utilizadores (utentes) e dos gestores de centros de saúde relativamente a 25 atributos da qualidade dos serviços de saúde. O estudo contou com 2556 respostas de utilizadores e 88 respostas de diretores dos centros de saúde de centros de saúde da Estremadura. O questionário aplicado foi estruturado de forma que cada atributo do centro de saúde fosse pontuado numa escala de Likert de 7 pontos, variando de 1 (menos importante) a 7 (mais importante) na parte da Importância, e de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) na parte do Desempenho. Esta análise permitiu comparar as perceções dos

pacientes e dos gestores dos centros de saúde ao identificar os pontos fortes e fracos do serviço prestado, considerando a importância e o desempenho que os utilizadores atribuem a diferentes aspetos do serviço. Os resultados mostraram diferenças significativas nas perceções dos pacientes e dos gestores relativamente a todos os atributos de qualidade do serviço. Além disso, forneceu uma nova perspectiva sobre a compreensão e a melhoria da qualidade dos serviços com base nas perceções das diferentes partes interessadas.

No âmbito da investigação em LTC, Chen *et al.* (2019) desenvolveram um estudo que integra o modelo de importância-satisfação (I-S) e a matriz de desempenho da qualidade do serviço (SQPM) para examinar as exigências dos serviços de cuidados continuados (LTC) e a melhoria da satisfação. Com base em sessões de discussão e consulta a peritos e a utilizadores de serviços de LTC, foram estabelecidos os atributos de qualidade da procura serviços de LTC. O questionário final foi dividido em três partes: um inquérito sobre a procura, um inquérito sobre a satisfação e um inquérito demográfico, tendo sido recolhidos 292 questionários válidos. Os itens do questionário foram resumidos com médias e desvios-padrão. Neste estudo, a utilização dos dois métodos permitiu identificar sete elementos deste serviço a melhorar. O estudo concluiu que, quando o tempo e os recursos são limitados, não é possível ter em conta a exaustividade e a multiplicidade de áreas a melhorar, uma vez que impossível implementá-los ao mesmo tempo, sendo necessário definir prioridades de melhoria. Este estudo concluiu que Taiwan carece de recursos suficientes para o investimento nos cuidados de longa duração, pelo que é impossível fornecer recursos suficientes a todos os que necessitam de cuidados.

Shieh, Huang e Wu (2019) desenvolveram um estudo que combina o modelo de qualidade do serviço (SERVQUAL) e a análise Importância-Desempenho para avaliar a qualidade do serviço de um centro de cuidados geriátricos de longa duração. Os resultados mostraram que três atributos pertencem a pontos fracos importantes, que devem ser tratados imediatamente para reduzir as deficiências. Em contraste com os principais pontos fracos, foram evidenciados seis atributos classificados como principais pontos fortes, que devem ser mantidos para proporcionar a excelência do serviço deste centro, com vista a estabelecer relações mais próximas e duradouras com os pacientes numa perspectiva de longa duração.

Para compreender a qualidade do serviço prestado numa unidade de cuidados intensivos (UCI), Lu *et al.* (2020) investigaram a qualidade esperada e percebida dos cuidados prestados numa UCI de um centro médico afiliado à universidade em Taiwan. Os pacientes admitidos e os seus familiares responderam a um questionário com base no instrumento SERVQUAL, composto por 22 itens em cinco dimensões. O questionário foi aplicado na admissão na UCI para avaliar a expectativa e antes

da alta da UCI para analisar a percepção quanto ao desempenho do serviço prestado. Para analisar as lacunas ao nível da qualidade do serviço, o estudo aplicou a IPA, sendo que a interpretação dos resultados do IPA apenas se limitou a comparar a expectativa e a percepção expressas pelos inquiridos no inquérito SERVQUAL. No caso do contexto da UCI estudado, os serviços descritos nos itens incluídos no questionário do inquérito eram uma mistura de serviços de cuidados de saúde e administrativos, sendo que os doentes poderiam ser mais propensos a responder à expectativa de cuidados e à experiência dos cuidados recebidos, enquanto os familiares inquiridos poderiam ser mais propensos a dar opiniões sobre os serviços administrativos. Os autores concluíram, ainda, que os inquiridos mais velhos (idade > 65 anos) tendem a dar uma pontuação mais elevada na dimensão tangível (e.g. equipamentos e instalações físicas da UCI). Contudo, verificou-se que a dimensão "tangíveis" foi a única a apresentar uma lacuna significativa. O facto do défice de qualidade detetado pelo SERVQUAL não se situar no quadrante superior esquerdo (*Concentrate Here*) nem no quadrante inferior direito (*Possible Overkill*) do IPA, Lu *et al.* (2020) sugerem que estes dois instrumentos podem servir como medidas complementares para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde. Uma compreensão pormenorizada das necessidades não satisfeitas, tal como expressas pelos doentes e pelas suas famílias, foi identificada como uma oportunidade para se concentrar em estratégias importantes para melhorar a qualidade dos serviços. Contudo, o estudo não avaliou as correlações entre as lacunas e o nível de satisfação relativamente a todas as dimensões da qualidade dos serviços de saúde.

Aini e Rosa (2023) realizaram um estudo cujo objetivo foi determinar o desempenho e o nível de satisfação dos doentes num dos hospitais públicos da Indonésia utilizando a técnica IPA e os dados de um inquérito de satisfação aplicados a um total de 572 doentes. Os resultados mostraram que os aspetos dos serviços administrativos das unidades de urgência, maternidade, radiologia e de reabilitação precisavam de melhorar a satisfação dos serviços com os requisitos e procedimentos de tratamento. Os resultados, também, indicaram um bom nível de desempenho dos serviços da globalidade das unidades do hospital.

A Tabela 6.11 apresenta uma síntese dos estudos acima descritos onde a IPA foi aplicada.

Tabela 6.11: Aplicações da IPA em Serviços de Saúde

Autores	Descrição/objetivo
Miranda, Chamorro, Murillo e Veja (2010)	A IPA foi utilizada para estudar e comparar as percepções dos utilizadores (utentes) e dos gestores de centros de saúde relativamente a 25 atributos da qualidade dos serviços de saúde.
Gonçalves, Pinto, Batista, Pereira e Ambrosano (2014)	A IPA foi utilizada como uma ferramenta de gestão para medir a qualidade de serviços de medicina dentária de quatro empresas no Brasil.
Chen, Pai e Yeh (2019)	O estudo integrou o modelo de importância-satisfação (I-S) e a matriz de desempenho da qualidade do serviço (SQPM) para examinar as exigências dos serviços de cuidados continuados (LTC) e a melhoria da satisfação.
Shieh, Huang e Wu (2019)	O estudo combinou o modelo de qualidade do serviço (SERVQUAL) e a análise importância-desempenho para avaliar a qualidade do serviço de um centro de cuidados geriátricos de longa duração.
Lu, Kao, Chang, Gong, Liu, Ku e Jerng (2020)	Para compreender a qualidade do serviço prestado numa unidade de cuidados intensivos (UCI), e tendo por base o instrumento SERVQUAL, os autores utilizaram a IPA para avaliar a qualidade esperada e percebida dos cuidados prestados numa UCI de um centro médico afiliado à universidade em Taiwan.
Aini e Rosa (2023)	O objetivo foi determinar o desempenho e o nível de satisfação dos doentes num dos hospitais públicos da Indonésia utilizando o método IPA e os dados de um inquérito de satisfação aplicados a doentes.

Fonte: Elaboração própria com base na revisão da literatura

Concluiu-se, assim, que a IPA pode revelar-se uma ferramenta eficaz para os gestores e os investigadores no domínio da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que permite destacar os pontos críticos a melhorar. No entanto, são necessários mais estudos para investigar e comparar as implicações práticas desta técnica de análise, a fim de compreender as lacunas na qualidade dos serviços de saúde (Lu *et al.*, 2020).

6.9 Questões éticas do estudo

As características da presente investigação requereram uma atenção especial à ética. Para que a investigação avançasse, houve a necessidade de ajustar a conduta de investigador com os requisitos e as exigências normativas e morais definidas pela ética.

Para responder a esses quesitos, o estudo foi alvo de avaliação crítica por parte de Comissões de Ética de duas instituições distintas – a Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) e a Universidade do Algarve. Ambas tiveram por missão avaliar o projeto de investigação em causa mediante a análise de um protocolo de investigação concebido para o efeito.

Salvaguardando os princípios éticos de uma investigação social, e após avaliação dos protocolos de investigação submetidos, reconheceram a sua pertinência e utilidade, tendo-se obtido as devidas autorizações (Anexo 1).

Toda a informação recolhida neste estudo foi de carácter confidencial e anónimo, sendo processada para efeitos exclusivamente estatísticos e agregados, de acordo com a Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto, relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, não sendo utilizada para outros meios fins, que não os do estudo em causa e a divulgação dos seus resultados.

6.10 Nota conclusiva

Ainda são poucas as pesquisas sobre a gestão da RNCCI com recurso a abordagens mistas. O uso de uma metodologia mista ajudou a reduzir possíveis limitações, cujos resultados das entrevistas foram usados para a elaboração e sustentação dos questionários. Os resultados seriam mais dificilmente alcançados, caso se usasse apenas uma única abordagem. Além disso, realizar o estudo sequencialmente foi considerado um método sensato e prático, pelo que permitiu clareza na coleta, na análise e na interpretação dos dados.

Ao seguir esta metodologia e abordagem, o que se pretendeu com este estudo foi alcançar um maior conhecimento sobre a realidade da RNCCI. Ainda assim, as limitações são inevitáveis quando se realizam pesquisas com pessoas.

Capítulo 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

7.1 Nota introdutória

O capítulo 7 tem como principal preocupação analisar e discutir os resultados do estudo, estando organizado em quatro seções. Na primeira seção - Estudo Empírico I, apresentam-se os resultados relativos à atividade assistencial da RNCCI na região do Alentejo, entre o período 2017-2020. Foi, ainda, considerado o período 2021-2023 para analisar indicadores relacionados com a cobertura e o acesso à Rede. A seção seguinte remete para o Estudo Empírico II, que decorre de quatro análises distintas: 1) a inter-relação entre as avaliações sobre a importância e o desempenho percebido na RNCCI, a qualificação atribuída pelos inquiridos, das quatro sub-regiões do Alentejo, e os três níveis institucionais que compõem a hierarquia da RNCCI (Análise da Interestrutura); 2) a associação entre a importância atribuída e o desempenho percebido pelos inquiridos, com vista a aferir as principais semelhanças e/ou diferenças (Análise do Compromisso); 3) a influência da perceção da importância no desempenho alcançado pela RNCCI no que se refere às variáveis analisadas (Análise de Co-Inércia); 4) a comparação entre a importância atribuída aos diferentes atributos, características ou processos com o seu desempenho percebido, com a finalidade de identificar ações e estratégias de gestão direcionadas para as áreas de maior importância e de baixo desempenho, visando o alinhamento do desempenho com as expectativas e as prioridades da RNCCI na região do Alentejo (IPA). A terceira, e última, seção visa interpretar o significado dos resultados dos dois estudos empíricos, para, numa fase posterior, discutir criticamente os dados devidamente fundamentados e suportados com a literatura revista.

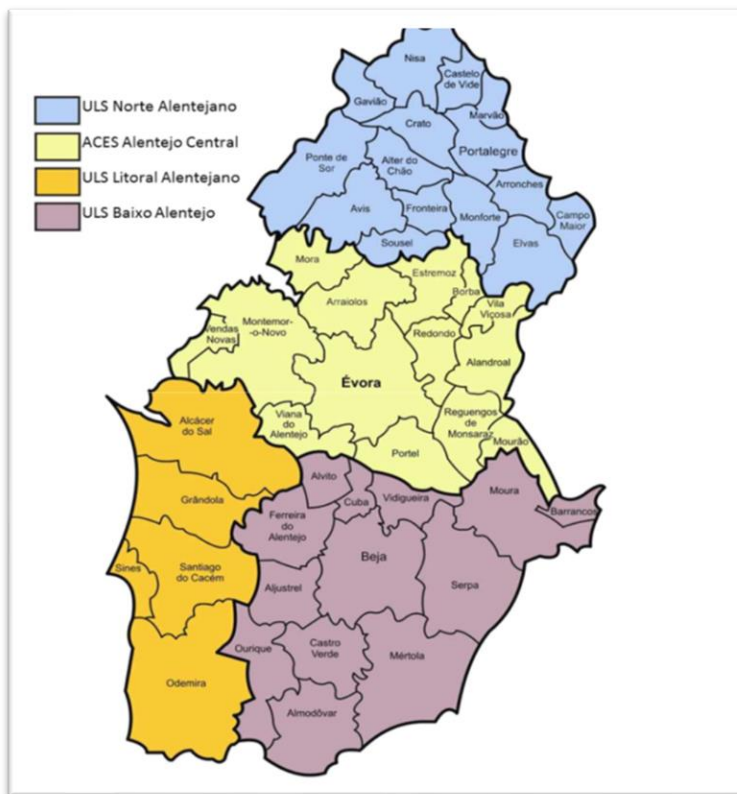
7.2 Estudo Empírico I: A Rede de Cuidados Continuados Integrados na Região de Saúde do Alentejo

7.2.1 A Cobertura da rede de cuidados de saúde primários e hospitalares na região de saúde do Alentejo

Em matéria de distribuição da rede de cuidados de saúde, a região de saúde do Alentejo possui uma rede de cuidados de saúde primários (constituída pelos Centros de Saúde e Extensões), sendo complementada pelas Unidades de Saúde Móveis (USM), que prestam cuidados de saúde às populações residentes nas zonas mais despovoadas e afastadas das sedes de freguesia (ARSA, 2019).

Conforme representado na Figura 7.1, a organização administrativa da região de saúde do Alentejo, até ao dia 1 de janeiro de 2024, compreendia 1 Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e 3 Unidades Locais de Saúde (ULS)⁴, abrangendo 47 concelhos.

Figura 7.1: Organização Administrativa da Região de Saúde do Alentejo



Fonte: ARSA (2019)

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma diminuição do número de Centros de Saúde e de unidades de cuidados de saúde primários até mesmo à sua extinção. Atualmente, na região do Alentejo funcionam 4 agrupamentos de centros de saúde, distribuídos pelas NUTS III (Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo), os quais são constituídos pelas seguintes unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde

⁴ A reorganização do SNS, que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2024, conduziu à generalização das Unidades Locais de Saúde (ULS), organismos que integram hospitais e centros de saúde numa mesma instituição e gestão. No caso da Região do Alentejo, esta passou de três ULS para quatro, sendo esta última a ULS do Alentejo Central, que passou a integrar o Hospital do Espírito de Santo de Évora o ACeS Alentejo Central e respetivos Centros de Saúde. A sua área de influência direta abrange o distrito de Évora, num total de 14 concelhos. A sua área de influência indireta correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33 concelhos (15 do distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral) (Decreto-Lei n.º 102/2023 de 11 de julho).

Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (ARSA, 2023).

De acordo com os últimos dados disponíveis relativos a 2023, existem 8 unidades móveis, sendo que algumas abrangem todo o ACES (o caso do Alentejo Central) e outras servem concelhos ou freguesias específicas (Borba, Évora, Montemor-o-Novo, Odemira, Vila Nova de Santo André, Ourique, Almodôvar, Gavião e Nisa), muitas delas em parceria com os respetivos municípios). A região possui, ainda, 6 Serviços de Urgência Básica (ARSA, 2023).

Em relação à rede de cuidados hospitalares, a região de saúde do Alentejo possui 11 hospitais oficiais e 5 privados, perfazendo, em 2020, um total de 1502 camas. Esta rede encontra-se distribuída pelas quatro unidades territoriais, conforme apresentado na Tabela 7.1 (CCDR Alentejo, 2023).

Tabela 7.1: Número de hospitais e de camas na Região de Saúde do Alentejo, em 2020

Unidades Territoriais	Nº de Hospitais		Nº de Camas
	Nº de hospitais oficiais	Nº de hospitais privados	
Alentejo Litoral	1	0	133
Baixo Alentejo	1	0	208
Alto Alentejo	2	1	N/A
Alentejo Central	1	2	N/A

Fonte: Elaboração própria com base nos dados extraídos do observatório da CCDR Alentejo (2023)

No que se refere à dotação de camas hospitalares na região do Alentejo (Tabela 7.2), este indicador sofreu uma ligeira quebra entre 2018 e 2020 (2,2 e 2,1 camas por 1.000 habitantes, respetivamente), registando valores inferiores ao Continente (3,3 camas). O mesmo se observou na taxa de ocupação das camas hospitalares, que, em 2020, rondava os 78,4%, verificando-se uma descida em relação ao ano anterior (CCDR Alentejo, 2023).

Tabela 7.2: Camas por 1000 habitantes e Taxa de Ocupação das Camas no Continente e na Região de Saúde do Alentejo, 2018-2020

Unidades Territoriais	Camas por 1000 hab.			Taxa de ocupação das camas (%)		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Continente	3,3	3,3	3,3	79,5	78,5	70,4
Alentejo	2,2	2,2	2,1	81,8	83,3	78,4
Alentejo Litoral	1,2	1,2	1,4	91,9	90,1	73,8
Baixo Alentejo	1,8	1,8	1,8	78	76,7	71,3
Alto Alentejo	a)	a)	a)	a)	a)	a)
Alentejo Central	a)	a)	a)	a)	a)	a)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados extraídos do observatório da CCDR Alentejo (2023).

A realidade mostra, ainda, um fraco acesso à rede de equipamento de cuidados de saúde primários, constituindo este o principal obstáculo vivenciado pelas populações que têm de percorrer longas distâncias para recorrerem aos serviços de saúde, sendo que, também, os cuidados hospitalares se situam, na generalidade, apenas nos principais centros urbanos (CCDR Alentejo, 2023).

No que se refere à cobertura da rede de cuidados de saúde primários, a região de saúde do Alentejo apresentava um valor de 93,9%. É ainda de referir que, no mesmo indicador, a mesma registou uma diminuição de -1,6 p.p. face a 2018. Considerando os utentes inscritos nos CSP com médico de família atribuído face à população residente por ARS, a região do Alentejo, à semelhança das regiões Norte e Centro, apresentava em 2019 uma cobertura superior a 100%, sendo que as regiões do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo mantiveram os valores acima dos 96% e 88%, respetivamente (ACSS, 2019).

Entre 2018 e 2020, o número de consultas por habitante na região de saúde do Alentejo registou um decréscimo, passando de 1,1 para 0,9, respetivamente. De facto, a procura de consultas médicas nos centros de saúde neste período diminuiu, tendo atingido um total de 1 824 248 consultas em 2020 comparativamente com 2018, em que foram registadas 1 970 477 consultas. Por outro lado, em relação ao número de consultas não programadas realizadas a pessoas com 65 ou mais anos, verificou-se um crescimento (500 486, em 2020, face a 478 158, em 2018) (ACSS, 2023; CCDR Alentejo, 2023).

No que se refere aos internamentos por 1000 habitantes, em 2020, registaram-se 65,1%, menos do que em 2018 (73,3%).

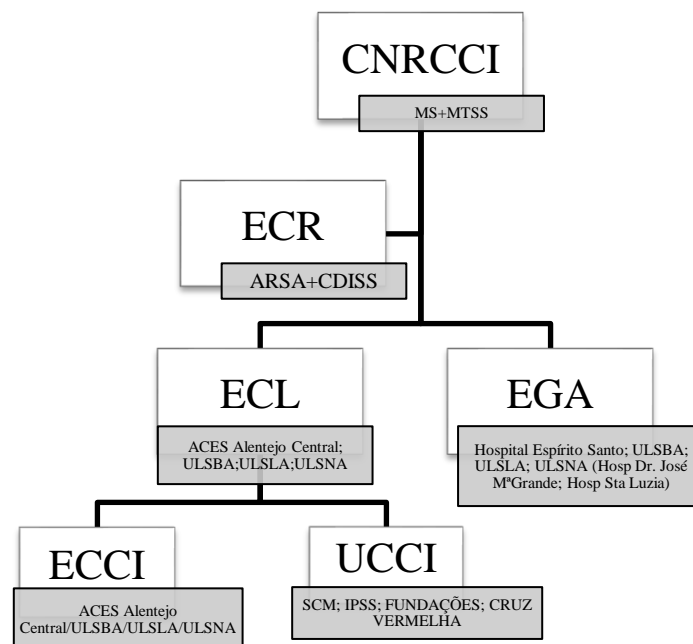
No que se refere ao número de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes, no Alentejo existiam, em 2020, 3,1 médicos e 6,6 enfermeiros por 1000 habitantes. Ao analisar este indicador pelas diferentes unidades territoriais da região, verificou-se que, no mesmo ano, o Alentejo Litoral registou o número mais baixo de médicos e enfermeiros, respetivamente 2,1 e 4,8. Os valores mais altos foram registados no Alentejo Central, com 4,4 médicos, e no Alto Alentejo, com 8,6 enfermeiros (CCDR Alentejo, 2023).

Após a análise destes e outros indicadores anteriormente mencionados, é possível constatar que na Região Alentejo persistem alguns problemas, em especial ao nível da dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde capaz de satisfazer os níveis de procura dos serviços e cuidados de saúde, com vista à melhoria dos níveis de saúde da população (CCDR Alentejo, 2023).

7.2.2 Estrutura organizacional da RNCCI na região de saúde do Alentejo

No Alentejo, tal como nas restantes regiões, a coordenação da RNCCI é assegurada através de três níveis territoriais: nacional, regional e local (Figura 7.2). Em Apêndice 7 apresenta-se a constituição das equipas e unidades da Rede.

Figura 7.2: Estrutura organizacional da RNCCI na Região de Saúde do Alentejo



Fonte: elaboração própria

A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por uma equipa constituída, de modo multidisciplinar, por representantes da ARSA e dos CDSS (Beja, Évora, Portalegre e Setúbal). A nível local, as ECL integram elementos das UCC integradas nos Centros de Saúde, geograficamente distribuídas pelas quatro sub-regiões do Alentejo. No total, existem vinte e cinco

equipas na região constituídas de modo multidisciplinar e com desempenho interdisciplinar, integrando, do sector da saúde, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), e do setor da segurança social, um(a) assistente social. Contudo, em determinadas equipas é possível encontrar mais do que um enfermeiro, havendo apenas uma equipa com um(a) administrativo (a) (ACSS, 2023).

Em relação às Equipas de Referência, existem na região de saúde do Alentejo cinco EGA sediadas em hospitais de agudos integrados nas ULS do Baixo Alentejo, Litoral e Alto Alentejo e no Hospital Espírito Santo de Évora localizado no Alentejo Central, assim como as equipas de saúde das unidades funcionais (médico de família, enfermeiro e assistente social) (ACSS, 2023).

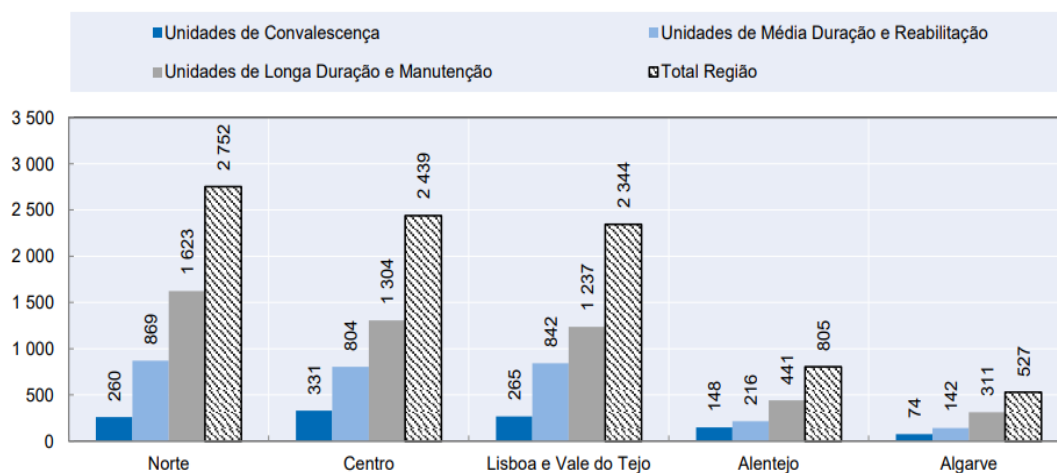
No que diz respeito às equipas prestadoras de cuidados, até à data de 2023, a região de saúde do Alentejo tinha 38 ECCI e 36 UI, distribuídas pelas seguintes tipologias: 7 Unidades de Convalescência (UC); 13 Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); 19 Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) (ACSS, 2023).

7.2.3 Capacidade da RNCCI

No que diz respeito às respostas de cuidados continuados integrados, os dados referentes a 2019 indicam que o número de camas de internamento na RNCCI aumentou em 5,4%, em relação a 2018, contabilizando um total de 9.013 camas de internamento, divididas entre 8.867 das tipologias UC, UMDR e ULDM. A Figura 7.3 permite observar que o número de camas de internamento em atividade, em 2019, na região do Alentejo foi de 805, sendo a ULDM a tipologia com maior número de camas (441) (ACSS, 2019).

Figura 7.3: Número de camas de internamento em atividade por região de saúde

(a 31 de dezembro 2019)



Fonte: ACSS (2019)

Relativamente às ECCI, o número de lugares em funcionamento em 2019 era de 286, com 5.651 lugares domiciliários, cerca de 39% da totalidade dos lugares da rede nacional. Entre 2010 e 2019 verificou-se um crescimento no número de ECCI (+23), totalizando, em 2019, as 38 ECCI (ACSS, 2019).

No que se refere à capacidade da Rede na região de saúde do Alentejo, entre o período 2021-2022, o número de lugares contratados por tipologia diminuiu, devendo essa diminuição às tipologias ULDM (443-419) e ECCI (518-508). O número de lugares contratados nas tipologias UC e UMDR manteve-se (154 e 228, respetivamente).

As assimetrias na oferta da RNCCI em Portugal continuam a persistir, onde Lisboa e Vale do Tejo (LVT) surge, em 2021, como a região com o menor grau de cobertura. A região de saúde do Alentejo, a seguir ao Algarve (1 275 lugares), foi a segunda região com maior cobertura populacional (1 102 por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos) (Conselho das Finanças Públicas, 2022; ERS, 2022).

No entanto, dados relativos a 2023 apontam para a existência de heterogeneidade ao nível da dotação relativa de vagas nas quatro sub-regiões do Alentejo. No que diz respeito à tipologia UC, no Alentejo Litoral não existia qualquer oferta. No extremo oposto, encontram-se o Baixo Alentejo, Alto Alentejo e Alentejo Central, com rácios de vagas, por 1.000 habitantes com mais de 65 anos, mais altos. Em relação às ULDM, o Alto Alentejo apresentou valores mais elevados (4,46). Quanto às UMDR, os rácios de vagas mais altos situam-se no Baixo Alentejo (1,96) e Alentejo Litoral (1,90). Nas ECCI⁵ o Alto Alentejo apresentou o maior rácio de vagas (4,62) (ERS, 2024).

7.2.4. Acesso à RNCCI

Os dados que a seguir se apresentam apenas fazem referência à população com idade igual ou superior a 65 anos, por se considerar que a RNCCI é dirigida a pessoas com dependência, e esta ser uma condição mais acentuada na população com a idade referida. O período de análise do presente estudo incidiu entre 2017-2023, não tendo sido consideradas nesta análise as tipologias pediátricas e as de saúde mental.⁶

A ERS tem vindo a acompanhar a evolução da RNCCI, onde analisou, em várias vertentes, o nível de acesso pelas populações aos cuidados prestados por esta rede. Fruto da sua atividade de

⁵ Ao contrário das unidades de internamento, o número de vagas não corresponde ao número de camas.

⁶ No que se refere às tipologias pediátricas, estas são inexistentes na região de saúde do Alentejo. Quanto às tipologias de saúde mental, a sua implementação apenas decorreu a partir de 2019 através de experiências piloto.

supervisão, a ERS tem apurado, em algumas regiões do país, dificuldades de acesso à RNCCI e de eventuais ineficiências na gestão da rede (ERS, 2013, 2015, 2022, 2024). Neste contexto, afigura-se pertinente realizar uma análise do nível de acesso aos cuidados continuados na região alvo de estudo – a região de saúde do Alentejo, com vista a conhecer e a analisar a evolução da atividade assistencial entre 2017 e 2020. Considerou-se, igualmente, relevante analisar dados posteriores a 2020, designadamente entre o período 2021-2023.

Segundo os dados do SI, disponibilizados pela ECR da região de saúde do Alentejo, encontram-se a aguardar vaga na RNCCI, em 31 de dezembro de 2018, 4 352 utentes, mais 3,3% do que o ano anterior, e menos que -7,7 % do que no final de 2020. A entidade que mais referenciou foi o Hospital, tendo-se verificado, entre 2017-2020, um aumento gradual de referências provenientes do Hospital (2 350 - 2 494) e uma diminuição de referências do ACES (1 863 - 1 524). No que diz respeito aos utentes colocados na rede, observou-se um aumento entre 2017 e 2018, mais 3,8%, e uma diminuição de 13,2% entre 2018-2020. Entre os utentes referenciados e colocados, as mulheres foram sempre as mais representativas (Tabela 7.3).

Tabela 7.3: Utentes Referenciados e Colocados e Entidade Referenciadora 2017-2018 e 2019-2020

Dezembro (Valores Acumulados)	2017			2018			Var Absl.	Var Rel
	H	M	HM	H	M	HM		
Utentes								
Utentes referenciados	1 967	2 246	4 213	2 015	2 337	4 352	139	+3,3 %
Utentes colocados	1 775	2 115	3 890	1 843	2 194	4 037	147	+3,8 %
Entidade referenciadora								
Hospital	1 135	1 215	2 350	1 196	1 248	2 444	94	+4,0 %
ACES	832	1 031	1 863	819	1 089	1 908	45	+2,4 %
Dezembro (Valores Acumulados)	2019			2020			Var Absl	Var Rel
	H	M	HM	H	M	HM		
Utentes								
Utentes referenciados	2 015	2 337	4 352	1 834	2 184	4 018	-334	-7,7 %
Utentes colocados	1 843	2 194	4 037	1 602	1 901	3 503	-534	-13,2 %
Entidade referenciadora								
Hospital	1 196	1 248	2 444	1 192	1 302	2 494	50	+2,0 %
ACES	819	1 089	1 908	642	882	1 524	-384	-20,1 %

Fonte: Dados do SI disponibilizados pela ECR Alentejo

Entre 2017 e 2018, verificou-se um aumento de utentes referenciados nas quatro tipologias, contrariamente ao observado entre 2019 e 2020, em que o número de utentes referenciados reduziu com exceção da tipologia UC. Quanto ao número de utentes colocados, entre 2017 e 2018, houve um ligeiro aumento nas tipologias UC, ULDM e ECCI. O mesmo não se verificou entre 2019 e 2020, cujo número de colocados nas quatro tipologias decresceu. No período em análise, o diferencial entre utentes referenciados e colocados foi maior nas tipologias UMDR e ULDM, o que significa que estas tipologias tiveram o maior número de utentes a aguardar vaga (Tabela 7.4).

Desta análise, destaca-se um decréscimo ao nível das referências e da colocação de utentes, entre 2019 e 2020, em todas as tipologias à exceção da UC, em que se verificou um aumento de utentes referenciados, apesar do número de utentes colocados ter diminuído.

Tabela 7.4: Utentes Referenciados, a Transferir e Colocados, por tipologia, 2017-2018 e 2019-2020

Dezembro (Valores Acumulados)	Utentes referenciados						Utentes colocados	
	Referenciados		A transferir		Outras Regiões			
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
UC	953	999	101	107	3	2	877	991
UMDR	1 022	1 030	360	370	6	13	948	942
ULDMD	1 024	1 042	405	425	1	14	868	872
ECCI	996	1 034	88	166	-	-	1 027	1 062
Dezembro (Valores Acumulados)	Utentes referenciados						Utentes colocados	
	Referenciados		A transferir		Outras Regiões			
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
UC	999	1 053	107	76	2	4	991	912
UMDR	1 030	940	370	340	13	13	942	800
ULDMD	1 042	838	425	389	14	10	872	666
ECCI	1 034	952	166	74	-	-	1 062	980

Fonte: Dados do SI disponibilizados pela ECR Alentejo

Com vista a analisar o desempenho da Rede na região de saúde do Alentejo em relação ao acesso, foram considerados o tempo médio de espera até obtenção de vaga, os cancelamentos e a taxa de ocupação, por tipologia. Como se pode observar nas Tabelas 7.5 e 7.6, o maior tempo médio de espera até à identificação de vaga, entre 2017 e 2020, verificou-se nas ULDM, apesar de ter diminuído entre 2019 e 2020. O mesmo se verificou em relação ao cancelamento de episódios. As UMDR foram a segunda tipologia com maior tempo médio de espera desde a referenciação até à identificação de vaga, ainda que apresentasse uma ligeira diminuição entre 2017 e 2018. Quanto às UC, observou-se uma redução, quer no tempo médio de espera, quer nos cancelamentos de episódios a aguardar vaga. Por fim, para acesso a uma ECCI, o tempo médio de espera sofreu um aumento entre 2019 e 2020, apesar da diminuição verificada entre 2017 e 2018.

Importa salientar que o maior tempo médio de espera até à identificação da vaga verificou-se nas ULDM – a tipologia que também apresentou a maior taxa de ocupação entre 2017-2020 (Tabelas 7.5 e 7.6).

Tabela 7.5: Tempo Médio de Espera e Cancelamentos de episódios até obtenção de vaga e Taxa de Ocupação, por tipologia, entre 2017-2018

Dezembro (Valores Acumulados)	Tempo Médio de espera para identificação de vaga na ECR			Cancelamentos de episódios a aguardar vaga na ECR			Taxa de Ocupação		
	2017	2018	Var %	2017	2018	Var %	2017	2018	Var %
UC	329	289	-12,2%	58	53	-8,6%	84,0%	89,0%	6,0%
UMDR	443	415	-6,3%	94	87	-7,4%	93,0%	93,0%	0,0%
ULDM	590	808	36,9%	86	112	30,2%	95,0%	96,0%	1,1%
ECCI	50	27	-46,0%	16	8	-50,0%	68,0%	70,0%	2,9%

Fonte: Dados do SI disponibilizados pela ECR Alentejo

Tabela 7.6: Tempo Médio de Espera e Cancelamentos de episódios até obtenção de vaga e Taxa de Ocupação, por tipologia, entre 2019-2020

Dezembro (Valores Acumulados)	Tempo Médio de espera para identificação de vaga na ECR			Cancelamentos de episódios a aguardar vaga na ECR			Taxa de Ocupação		
	2019	2020	Var %	2019	2020	Var %	2019	2020	Var %
UC	289	277	-4,2%	53	45	-15,1%	89,0%	72,0%	-19,1%
UMDR	415	429	3,4%	87	78	-10,3%	93,0%	85,0%	-8,6%
ULDM	808	911	12,7%	112	77	-31,3%	96,0%	91,0%	-5,2%
ECCI	27	56	107,4%	8	16	100,0%	70,0%	69,0%	-1,4%

Fonte: Dados do SI disponibilizados pela ECR Alentejo

Na análise da mediana do tempo, desde a referenciação até à identificação de vaga (em dias), o maior tempo de espera, em 2022, continua a verificar-se nas ULDM, agravando-se em relação a 2021, atingindo os 51 dias. A UMDR foi a segunda tipologia com maior mediana do tempo, com cerca de 38 dias de espera, pese embora a sua redução em relação a 2020. Nas UC a mediana de tempo de espera por uma vaga apresentou uma redução em 2022 (13,3 dias) face aos anos anteriores. No acesso à ECCI, a mediana do tempo de espera diminui cerca de 4% face a 2021, apesar da diminuição do número de lugares contratados na região de saúde do Alentejo (Tabela 7.7).

Tabela 7.7: Mediana do tempo desde a referenciação até à identificação de vaga (em dias), por tipologia, entre 2020-2022

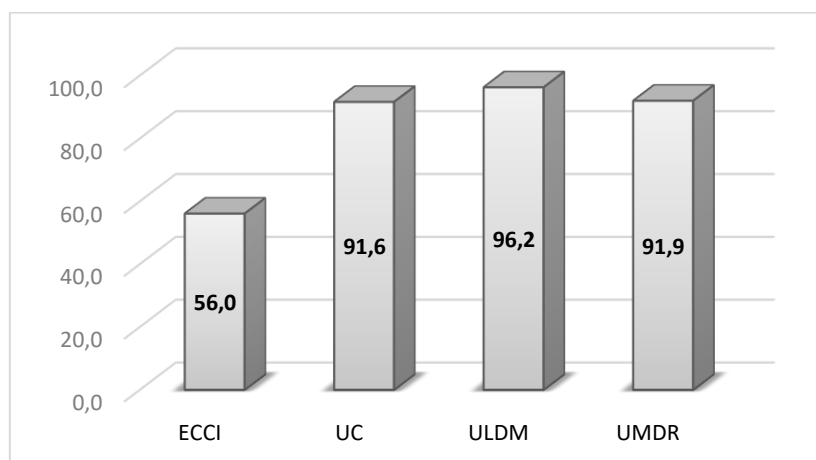
Tipologia	2020	2021	2022	Var. % 21/22
UC	21,30	22,10	13,30	-39,8%
UMDR	48,20	35,20	38,10	8,2%
ULDM	110,20	44,30	51,20	15,6%
ECCI	8,00	8,10	7,80	-3,7%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

Dados relativos a 2022 mostram um aumento das taxas de ocupação em todas as tipologias, exceto nas ECCI. Na Figura 7.4 pode-se observar o nível da taxa de ocupação, por tipo de resposta, tendo-se verificado que, a 31 de dezembro de 2022, a maior taxa foi registada na tipologia ULDM (96,2%), seguida das tipologias UMDR (91,9%) e UC (91,6%), contrariamente às ECCI, cuja taxa de ocupação foi de 56% (ACSS, 2023). Estes dados mostram que as ULDM têm sido, ao longo do período em análise (2017-), as tipologias com maiores taxas de ocupação.

Figura 7.4: Taxa de Ocupação (%), por tipo de resposta, na região de Saúde do Alentejo

(a 31 de dezembro 2022)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

Da análise do número médio de dias internamento⁷ (Tabela 7.8), por tipologia, constata-se que, entre 2020-2022, as UC apresentaram um tempo de internamento médio superior ao previsível para esta tipologia (que por definição corresponde a 30 dias), tendo atingido o maior valor em 2020 (68 dias), o que corresponde ao dobro do tempo previsível. Contudo, o tempo de internamento diminuiu

⁷ Nas unidades de internamento a duração média corresponde ao número médio de dias de internamento e nas ECCI corresponde à duração do acompanhamento dos utentes com alta da rede.

em 2022 face a 2021 (-6,7%). Nas UMDR, cujo internamento tem duração previsível entre 30 e 90 dias, a duração média foi superior a 90 dias, com 106 dias em 2022, apesar da ligeira quebra face a 2021 (-3,6%). Em relação às ULDM, observa-se que, face a 2021, a duração média de internamento diminuiu (280 dias, em 2022), registando uma quebra de -11,7%. Nas ECCI, é possível observar uma tendência de diminuição da duração do acompanhamento, com uma duração média de 137 dias, em 2022.

Tabela 7.8: Duração média de internamento, por tipologia, entre 2020-2022

Tipologia	2020	2021	2022	Var. % 21/22
UC	68	60	56	-6,7%
UMDR	115	110	106	-3,6%
ULDM	239	317	280	-11,7%
ECCI	143	156	137	-12,2%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

7.2.5. Resultados da atividade assistencial

No que diz respeito aos resultados da atividade assistencial nas unidades e equipas da Rede (Tabela 7.9), consideraram-se os números de agudizações e altas na Rede, por tipologia. Estes indicadores permitem aferir os resultados dos cuidados e serviços prestados na recuperação ou na agudização da situação de saúde dos utentes. Da análise da Tabela 7.9 observa-se que, entre 2017 e 2018, o maior número de agudizações se verificou nas ULDM, contrariamente a 2020 (-46,6% face a 2019). Por outro lado, o número de altas de utentes é mais elevado nas ECCI, apesar do aumento verificado nas UC (13,4% face a 2018). Nas UMDR observou-se uma tendência para a redução de agudizações (-46,6%).

Tabela 7.9: Número de agudizações e de altas, por tipologia, entre 2017-2020

Dezembro (Valores Acumulados)	Número de agudizações			Número de altas		
	2017	2018	Var %	2017	2018	Var %
UC	567	607	7,1%	610	692	13,4%
UMDR	573	602	5,1%	720	692	-3,9%
ULDM	773	802	3,8%	619	660	6,6%
ECCI	237	250	5,5%	977	986	0,9%
Dezembro (Valores Acumulados)	Número de agudizações			Número de altas		
	2019	2020	Var %	2019	2020	Var %
UC	607	564	-7,1%	692	683	-1,3%
UMDR	602	348	-42,2%	692	577	-16,6%
ULDM	802	428	-46,6%	660	450	-31,8%
ECCI	250	260	4,0%	986	922	-6,5%

Fonte: Dados do SI disponibilizados pela ECR Alentejo

Em matéria de custos com o funcionamento das Unidades, é notório o aumento dos custos, entre 2017 e 2020, nas três tipologias da Rede – UC, UMDR e ULDM, nomeadamente no que se refere à diária, aos medicamentos e à remuneração adicional. Apesar da diminuição de custos com a remuneração adicional verificada na UMDR. Os custos com os transportes de utentes da RNCCI na região de saúde do Alentejo também aumentaram entre 2017 e 2020 (Tabela 7.10).

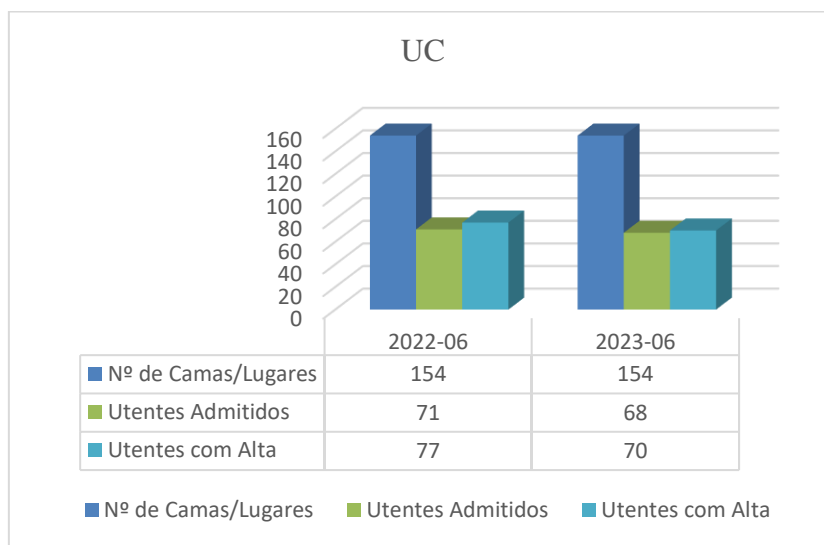
Tabela 7.10: Custos com o funcionamento das Unidades – UC, UMDR e ULDM, e com os transportes de utentes da RNCCI na região de saúde do Alentejo, entre 2017-2020

Custos com Funcionamento das unidades	UC	UMDR	ULDM
Diária			
2017	3 315 539,92 €	3 427 900,25 €	2 737 310,62 €
2020	3 729 821,12 €	4 076 270,84 €	2 934 431,96 €
Medicamentos			
2017	556 020,00 €	729 341,75 €	1 467 848,83 €
2020	623 733,08 €	888 942,67 €	1 541 322,61 €
Remuneração adicional			
2017	350 803,88 €	301 739,60 €	108 310,75 €
2020	357 660,65 €	270 308,22 €	146 191,68 €
Custos com Transportes (Transporte de utentes da RNCCI)			
2017	28 683,88 €	2020	29 888,69 €

Fonte: Dados do SI disponibilizados pela ECR Alentejo

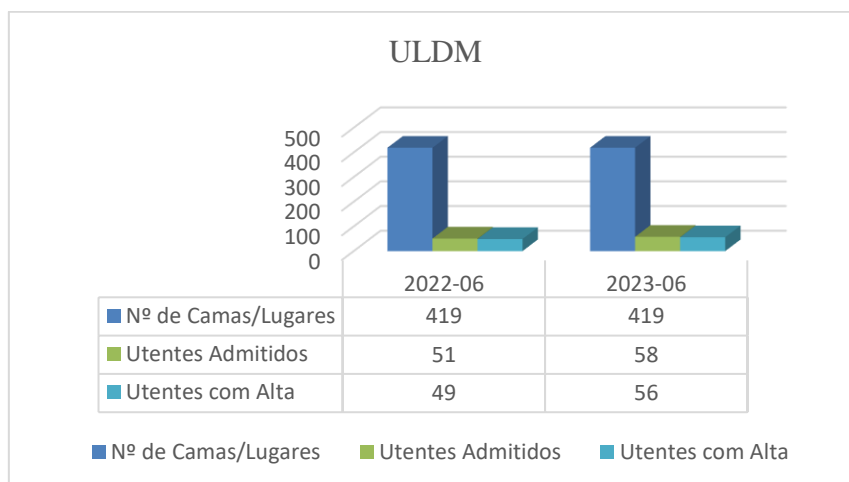
Dados mais recentes, relativos a 2022 e 2023 (em junho), confirmam as diferenças ao nível da atividade assistencial por tipo de resposta, nomeadamente quanto ao número de camas/lugares, ao número de utentes admitidos e utentes com alta. (ACSS, 2023). Na região de saúde do Alentejo, registou-se um aumento da atividade assistencial nas tipologias ECCI, ULDM e UMDR no que diz respeito à oferta e à procura de cuidados. Contrariamente, na tipologia UC, observou-se, neste período, uma diminuição, quer na admissão, quer na alta de utentes, mantendo-se o número camas. No diz respeito à oferta de lugares nas ECCI, entre o referido período, verificou-se uma redução, respetivamente menos 10 lugares (Figuras 7.5, 7.6, 7.7 e 7.8).

Figura 7.5: Atividade assistencial nas UC, 2022 e 2023 (junho)



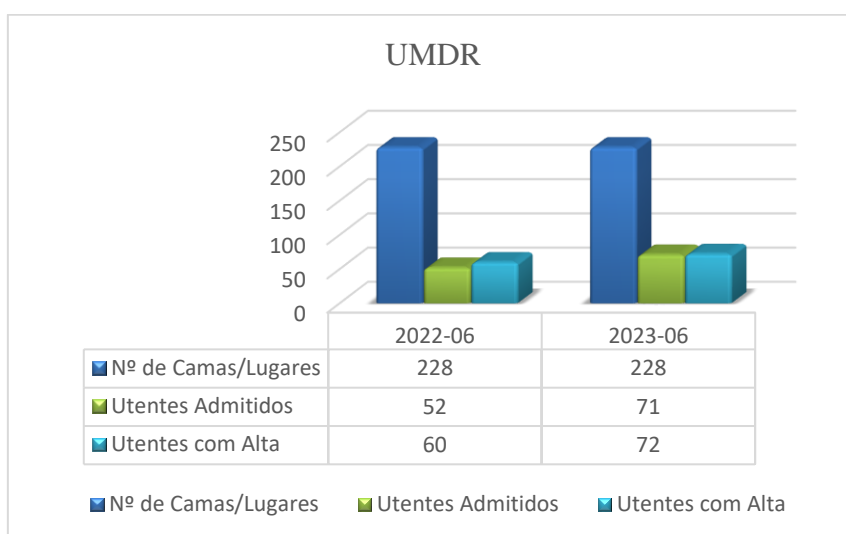
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

Figura 7.6: Atividade assistencial nas ULMD, 2022 e 2023 (junho)



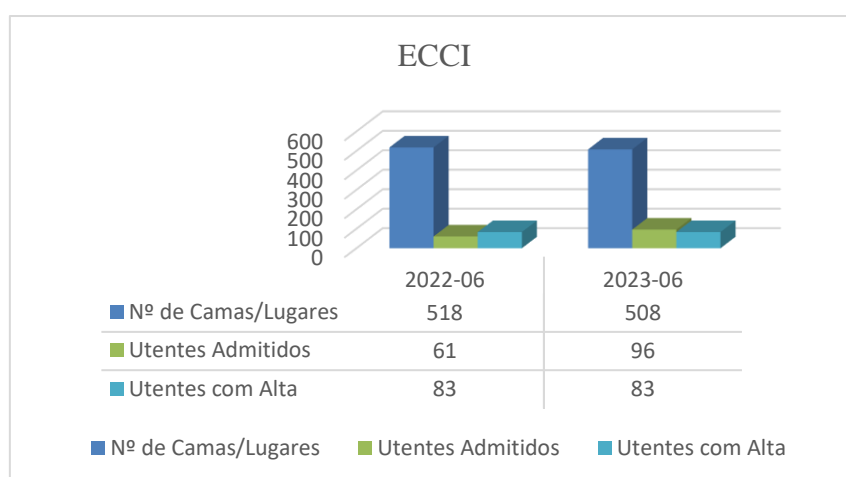
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

Figura 7.7: Atividade assistencial nas UMDR, 2022 e 2023 (junho)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

Figura 7.8: Atividade assistencial nas ECCI, 2022 e 2023 (junho)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no portal do SNS (ACSS, 2023)

7.3 Estudo empírico II: Articulação entre os níveis estratégico, tático e operacional da RNCCI-Alentejo

Esta subseção apresenta os resultados da análise dos dados extraídos das entrevistas e dos questionários aplicados a elementos dos diferentes níveis de gestão da Rede (Estratégico, Tático e Operacional), designadamente a elementos com funções de coordenação e gestão das equipas e unidades da RNCCI (ECR, ECL, EGA, ECCI, UC, UMDR e ULDM) das quatro sub-regiões do Alentejo (AC, NA, BA e LA).

Com base nas perceções destes elementos, foi possível compreender a importância atribuída e o desempenho percebido em relação a 26 itens relacionados com diferentes atributos, características

e processos de gestão da RNCCI, inerentes a quatro áreas temáticas principais: 1- Recursos Humanos; 2- Financeira; 3- Qualidade; e 4- Desempenho.

7.3.1 Análise da interestrutura: os níveis de gestão da RNCCI

Na análise da Interestrutura, procurou-se compreender a inter-relação entre três conjuntos de dados distintos: (1) as avaliações sobre a IMPORTÂNCIA atribuída e sobre o DESEMPENHO percebido na RNCCI, (2) a qualificação atribuída pelos inquiridos nas 4 sub-regiões do Alentejo e (3) os três níveis institucionais que compõem a hierarquia da RNCCI. O objetivo foi compreender as relações triádicas, na perspetiva dos três níveis institucionais, identificar padrões de associação, proximidade e dissociação entre esses conjuntos de dados.

A Tabela 7.11 apresenta o Valor Próprio, a Inércia e a Inércia Acumulada da configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída pelos inquiridos, em função dos três níveis hierárquicos da RNCCI, onde se observa, sob o eixo de maior inércia, uma interpretabilidade de 89.216%.

Tabela 7.11: Valor Próprio, Inércia e Inércia Acumulada da configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI

Eixos	Valor Próprio	% Inércia	% Inércia Acumulada
<i>Eixo 1</i>	3.711	89.216	89.216
<i>Eixo 2</i>	0.293	7.04	96.256

Fonte: Adaptado de *outputs* do *Software* MultiBiplot

Constata-se, através da Tabela 7.12, que todos os níveis hierárquicos da RNCCI se encontram explicados sob o *Eixo 1*. No entanto, no que concerne à IMPORTÂNCIA atribuída, para a análise das inter-relações entre os 3 conjuntos de dados, destacam-se, assinalados a negrito, os níveis ESTRATÉGICO, TÁTICO e OPERACIONAL-ECCI, como sendo os mais relevantes. Deste modo, é possível observar que o nível OPERACIONAL-UI foi o que menos contribuiu para a estabilidade (Tabela 7.13).

Tabela 7.12 : Coordenadas para a configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI

	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
ESTRATÉGICO	1.009	0.004
TÁTICO	0.976	-0.176
OPERACIONALUI	0.904	0.448
OPERACIONALECCI	0.961	-0.247

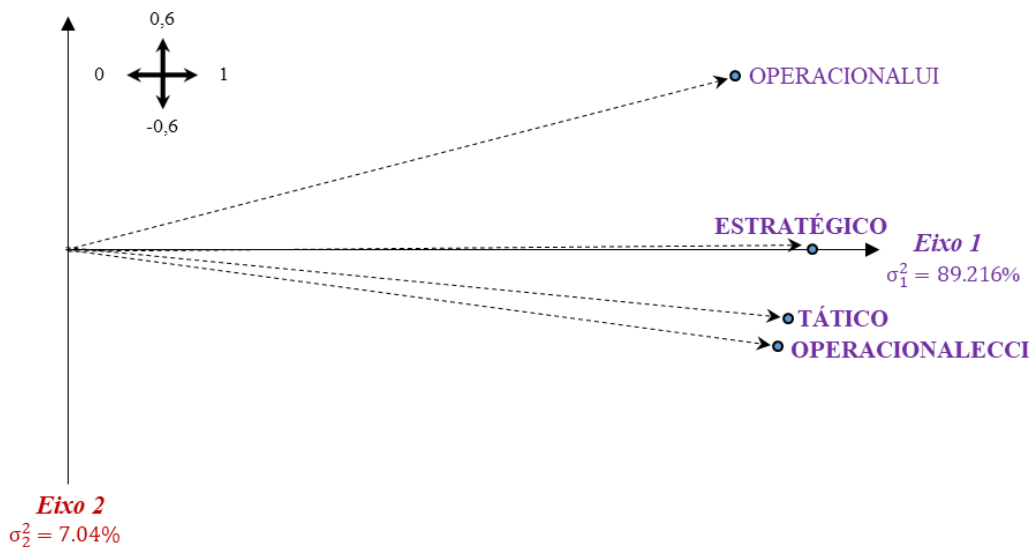
Tabela 7.13: Contribuições para a configuração Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI

	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
ESTRATÉGICO	92.871	0.001
TÁTICO	93.378	3.023
OPERACIONALUI	79.485	19.578
OPERACIONALECCI	90.928	5.993

Fonte: Adaptado de *outputs* do *Software* MultiBiplot

A representação euclidiana da Interestrutura relativa à IMPORTÂNCIA atribuída pelos inquiridos, em função dos três níveis hierárquicos da RNCCI (Figura 7.9), revela estabilidade, explicável em 89.216%, sob o *Eixo 1*.

Figura 7.9: Representação Euclidiana da Interestrutura da IMPORTÂNCIA atribuída a características, recursos ou processos da RNCCI



Fonte: Adaptado de *outputs* do *Software* MultiBiplot

É possível detetar, na Figura 7.9, dois padrões distintos: um, no 1º quadrante, que associa fracamente as perceções de IMPORTÂNCIA declaradas pelos inquiridos do nível ESTRATÉGICO com as perceções de IMPORTÂNCIA declaradas pelos inquiridos do nível OPERACIONAL-UI; e outro, no 4º quadrante, que associa fortemente as perceções de IMPORTÂNCIA declaradas pelos

inquiridos do nível TÁTICO com as percepções de IMPORTÂNCIA declaradas pelos inquiridos do nível OPERACIONAL-ECCI.

Daqui se conclui que, as percepções de IMPORTÂNCIA declaradas pelo nível ESTRATÉGICO são pouco semelhantes com as percepções de IMPORTÂNCIA declaradas pelo nível OPERACIONAL-UI e que as percepções de IMPORTÂNCIA declaradas pelo nível TÁTICO são muito semelhantes com as percepções de IMPORTÂNCIA declaradas nível OPERACIONAL-ECCI.

Por sua vez, a Tabela 7.14 apresenta o Valor Próprio, a Inércia e a Inércia Acumulada da Configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido pelos inquiridos, em função dos três níveis hierárquicos da RNCCI, onde se observa, sob o eixo de maior inércia, uma interpretabilidade de 74.745%.

Tabela 7.14: Valor Próprio, Inércia e Inércia Acumulada da Configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI

Eixos	Valor Próprio	% Inércia	% Inércia Acumulada
<i>Eixo 1</i>	3.605	74.745	74.745
<i>Eixo 2</i>	0.546	11.328	86.073

Fonte: Adaptado de *outputs* do *Software MultiBiplot*

Na Tabela 7.15 observa-se que todos os níveis hierárquicos da RNCCI se encontram explicados sob o *Eixo 1*. Destaca-se, assinalado a negrito, o nível TÁTICO como sendo o mais relevante, no que diz respeito ao DESEMPENHO percebido, para a análise das inter-relações entre os 3 conjuntos de dados. Contudo, observa-se que os níveis OPERACIONAL-UI e OPERACIONAL-ECCI foram os que menos contribuíram para a estabilidade (Tabela 7.16).

Tabela 7.15: Coordenadas para a configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI

	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
ESTRATÉGICO	1.032	-0.23
TÁTICO	1.019	0.19
OPERACIONALUI	0.841	-0.466
OPERACIONALECCI	0.891	0.489

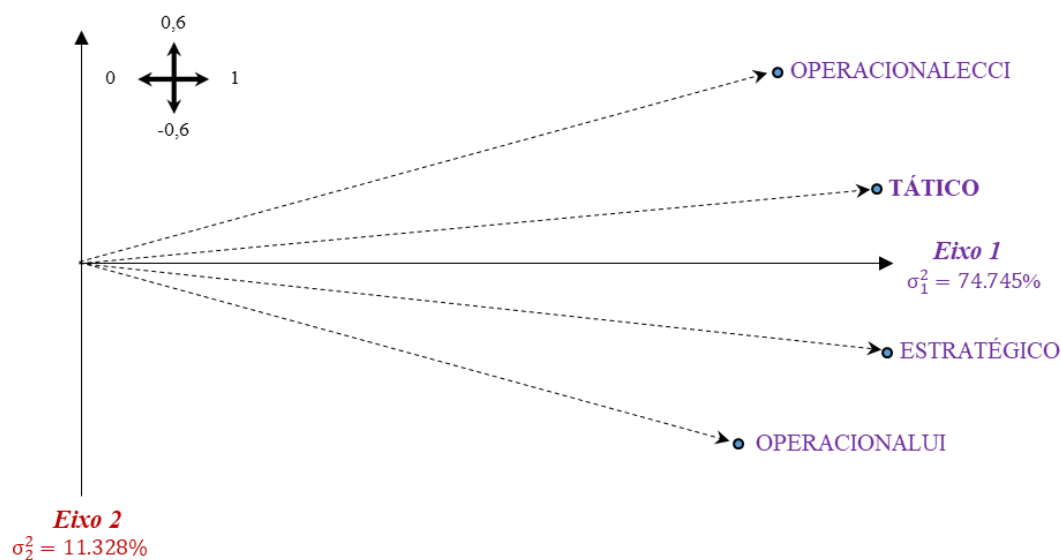
Tabela 7.16: Contribuições para a configuração Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI

	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
ESTRATÉGICO	75.774	3.776
TÁTICO	86.053	2.999
OPERACIONALUI	64	19.675
OPERACIONALECCI	71.823	21.696

Fonte: Adaptado de *outputs* do Software MultiBiplot

A representação euclidiana da Interestrutura relativa ao DESEMPENHO percebido pelos inquiridos, nos três níveis hierárquicos da RNCCI (Figura 7.10), revela estabilidade, explicável em 74.745%, sob o *Eixo 1*.

Figura 7.10: Representação Euclidiana da Interestrutura do DESEMPENHO percebido nas características, recursos ou processos da RNCCI



Fonte: Adaptado de *outputs* do Software MultiBiplot

É, também, possível detetar, na Figura 7.10, dois padrões distintos: um, no 1º quadrante, que associa fracamente os pontos de vista sobre o DESEMPENHO percebido pelos inquiridos do nível TÁTICO com as opiniões sobre o DESEMPENHO percebido pelos inquiridos do nível OPERACIONAL-ECCI; e outro, no 4º quadrante, que associa fracamente as opiniões sobre o

DESEMPENHO percebido pelos inquiridos do nível ESTRATÉGICO com os pontos de vista sobre o DESEMPENHO percebido pelos inquiridos do nível OPERACIONAL-UI.

Na realidade, o DESEMPENHO percebido pelos inquiridos do nível ESTRATÉGICO e DESEMPENHO percebido pelos inquiridos do nível TÁTICO são os mais similares. Por outro lado, o DESEMPENHO percebido pelo nível OPERACIONAL-ECCI e as opiniões sobre o DESEMPENHO percebido pelo nível OPERACIONAL-UI são menos similares com os dois níveis referidos anteriormente e entre si.

7.3.2 Análise do compromisso: a Importância atribuída e o DESEMPENHO percebido

Esta análise tem por objetivo analisar, para as 4 sub-regiões em estudo, as principais semelhanças e/ou diferenças nos níveis de IMPORTÂNCIA e nos níveis de DESEMPENHO manifestados pelos inquiridos dos três níveis institucionais da RNCCI.

Na Tabela 7.17 são apresentadas as coordenadas da configuração euclidiana do Compromisso para os níveis reduzidos e elevados da IMPORTÂNCIA declarada, sob o *Eixo 1*.

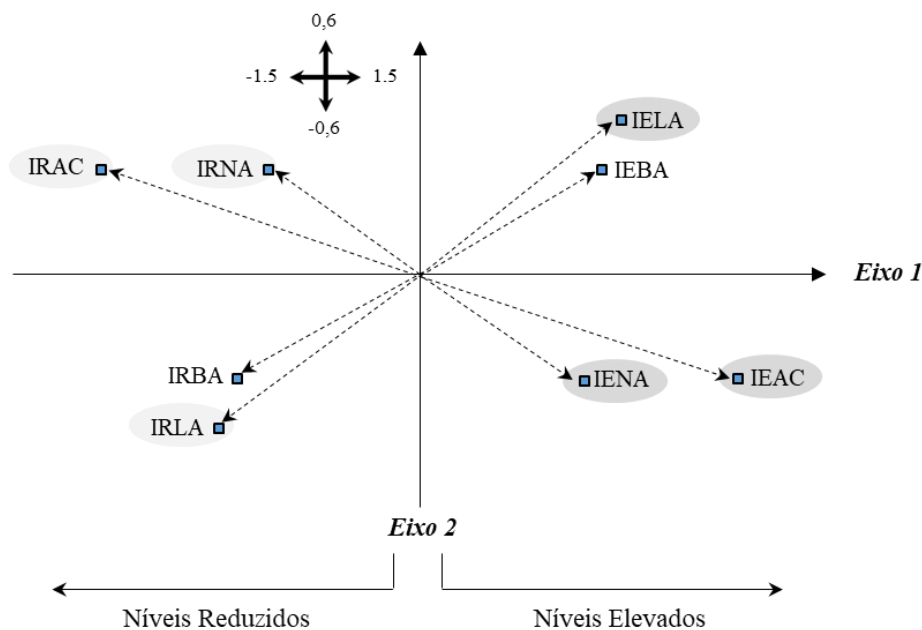
Tabela 7.17: Coordenadas para a configuração Euclidiana do Compromisso para a IMPORTÂNCIA

	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
IRAC	-1.175	0.268
IRBA	-0.673	-0.268
IRLA	-0.743	-0.395
IRNA	-0.560	0.268
IEAC	1.175	-0.268
IEBA	0.673	0.268
IELA	0.743	0.395
IENA	0.608	-0.275

Fonte: Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Na Figura 7.11 observa-se a representação euclidiana do Compromisso para a IMPORTÂNCIA nas 4 sub-regiões em análise.

Figura 7.11: Representação Euclidiana do Compromisso para a IMPORTÂNCIA



Fonte: Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

A Figura 7.11 destaca, a cinzento claro, nos 2º e 3º quadrantes, os níveis reduzidos mais relevantes e a cinzento escuro, nos 1º e 4º quadrantes, os níveis elevados mais importantes. É ainda possível observar, no 1º quadrante, que se destaca Importância Reduzida-Litoral Alentejo (IELA) correlacionada positivamente com o *Eixo 1*. No 2º quadrante, Importância Reduzida-Norte Alentejo (IR-NA) e Importância Reduzida-Alentejo Central (IRAC) estão associados entre si e negativamente com o *Eixo 1*. No 3º quadrante, salienta-se IRLA correlacionada também negativamente com o *Eixo 1*. No 4º quadrante, IENA e IEAC estão correlacionados entre si e positivamente com o *Eixo 1*.

A Tabela 7.18 apresenta as coordenadas da configuração euclidiana do Compromisso para os níveis reduzidos e elevados do DESEMPENHO percebido, sob o *Eixo 1*.

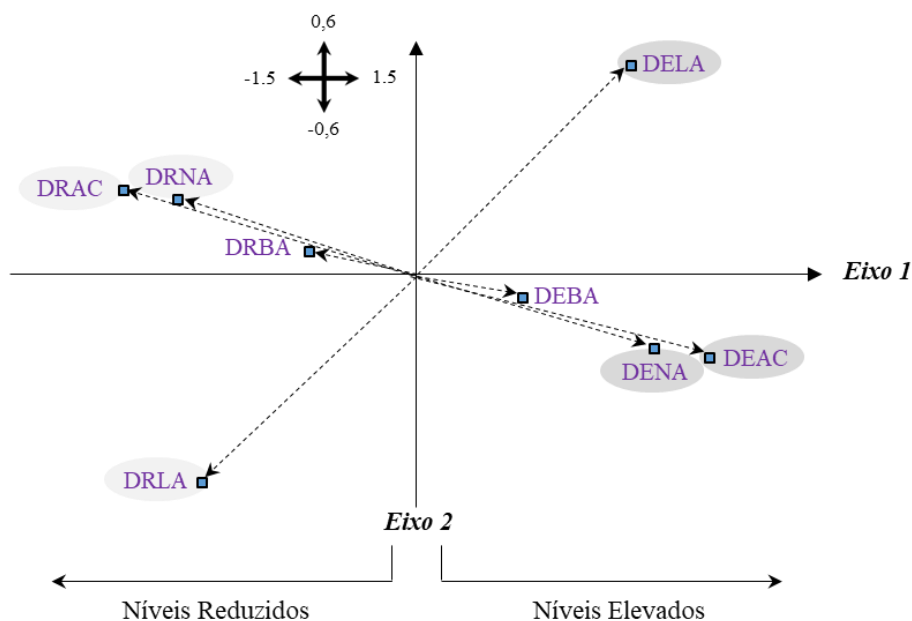
Tabela 7.18: Coordenadas para a configuração Euclidiana do Compromisso para o DESEMPENHO

	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
DRAC	-1.083	0.214
DRBA	-0.394	0.060
DRLA	-0.792	-0.536
DRNA	-0.880	0.192
DEAC	1.083	-0.214
DEBA	0.394	-0.060
DELA	0.792	0.536
DENA	0.880	-0.192

Fonte: Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Na Figura 7.12 observa-se a representação euclidiana do Compromisso para o DESEMPENHO nas 4 sub-regiões em análise. A Figura 4.12. destaca, a cinzento claro, nos 2º e 3º quadrantes, os níveis reduzidos mais relevantes e a cinzento escuro, nos 1º e 4º quadrantes, os níveis elevados mais relevantes. Observa-se, no 1º quadrante, que Desempenho Reduzido-Litoral Alentejo (DELA) se destaca e está correlacionado positivamente com o *Eixo 1*. No 2º quadrante, Desempenho Reduzido-Norte Alentejo (DRNA) e Desempenho Reduzido-Alentejo Central (DRAC) estão correlacionados entre si e negativamente com o *Eixo 1*. No 3º quadrante salienta-se DRLA correlacionado também negativamente com o *Eixo 1* e no 4º quadrante, DENA e DEAC estão correlacionados entre si e positivamente com o *Eixo 1*.

Figura 7.12: Representação Euclidiana do Compromisso para o DESEMPENHO



Fonte: Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Por fim, relacionando as duas representações euclidianas, formam-se 2 associações relevantes entre os níveis de IMPORTÂNCIA com os níveis de DESEMPENHO. Assim, poder-se-á afirmar que, no âmbito do compromisso:

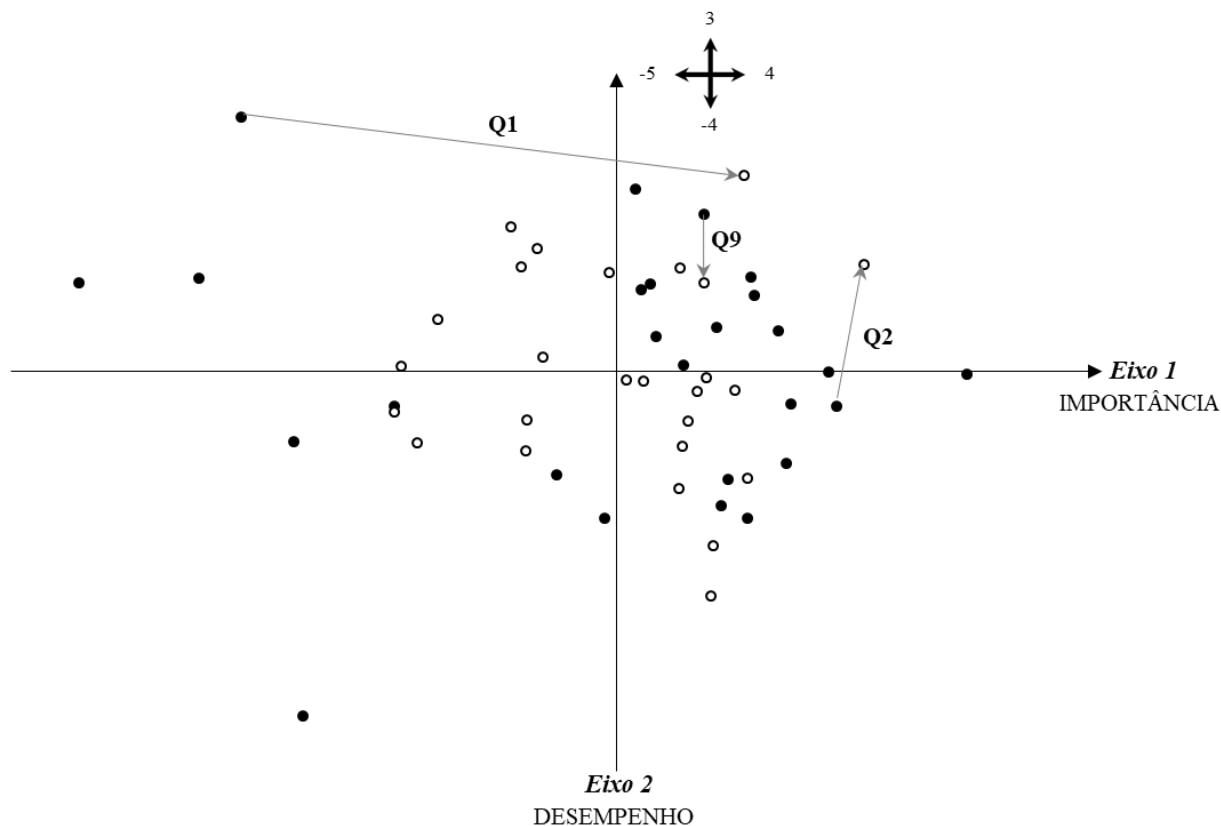
- (1º quadrante) No Litoral Alentejano a IMPORTÂNCIA elevada manifestada está associada ao elevado DESEMPENHO percebido;
- (2º quadrante) Os níveis de IMPORTÂNCIA reduzida atribuídos no Alentejo Central e no Norte Alentejo são semelhantes e têm relação com o reduzido DESEMPENHO percebido nas mesmas regiões;
- (3º quadrante) No Litoral Alentejano a IMPORTÂNCIA reduzida declarada está associada ao reduzido DESEMPENHO percebido;
- (4º quadrante) Os níveis de IMPORTÂNCIA elevada atribuídos no Alentejo Central e no Norte Alentejo são semelhantes e têm relação com o elevado DESEMPENHO percebido nas mesmas regiões.

7.3.3 Análise de Co-Inércia: a influência da percepção de IMPORTÂNCIA no DESEMPENHO obtido

A análise de Co-Inércia permite explorar as relações de influência entre pares de matrizes de dados com o objetivo de medir as discrepâncias ou as similaridades entre as duas fontes de informação. No contexto desta investigação, uma matriz de covariâncias cruzadas informa sobre a inter-relação detetada entre 2 matrizes compromisso: uma que descreve a IMPORTÂNCIA atribuída e outra que regista o DESEMPENHO percebido.

A Figura 7.13 mostra a existência, ou não, de disparidades, ao longo das 26 questões respondidas pelos inquiridos da RNCCI, na relação de influência da percepção de IMPORTÂNCIA no DESEMPENHO obtido. Esta relação de influência é visível através da norma dos vetores. Um vetor curto traduz fortes relações de influência da IMPORTÂNCIA no DESEMPENHO e um vetor longo traduz fracas relações de influência.

Figura 7.13 Representação Euclidiana da Co-Inércia entre a IMPORTÂNCIA declarada e o DESEMPENHO percebido



Fonte: Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Encontram-se assinalados, na Figura 7.13, três vetores de Co-Inércia relativos às questões 1, 2 e 9 do inquérito submetido aos equipas e unidades da RNCCI. Como exemplo ilustrativo, estas questões foram seleccionadas de acordo com os níveis de influência Reduzida, Média e Elevada que as caracterizam, tal como indica a Tabela 7.19.

Tabela 7.19: Normas dos Vetores de Co-Inércia entre a IMPORTÂNCIA e o DESEMPENHO

		<i>d</i>
REDUZIDA INFLUÊNCIA	Q1	4.185
	Q3	2.908
	Q21	2.906
	Q26	2.642
	Q22	2.250
	Q16	2.144
MÉDIA INFLUÊNCIA	Q5	1.911
	Q20	1.897
	Q4	1.894
	Q23	1.621
	Q18	1.510
	Q25	1.467
	Q2	1.439
	Q11	1.315
	Q10	1.245
	Q15	1.171
	Q13	1.110
Q8	1.096	
ELEVADA INFLUÊNCIA	Q6	0.947
	Q14	0.891
	Q17	0.881
	Q7	0.794
	Q19	0.781
	Q9	0.686
	Q12	0.291
	Q24	0.154

$$d = \sqrt{((x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2)^2}$$

Fonte: Elaboração Própria

Deste modo, é possível afirmar:

- (Q1 Reduzida Influência) A IMPORTÂNCIA dada ao *funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação face às necessidades da Rede* teve uma influência reduzida no DESEMPENHO correspondente.
- (Q2 Média Influência) A IMPORTÂNCIA conferida à *articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede* teve uma influência moderada com o seu DESEMPENHO.
- (Q9 Elevada Influência) A IMPORTÂNCIA atribuída à *coordenação e controle da execução dos planos e orçamentos* teve uma influência elevada com o DESEMPENHO efetivo ao nível da coordenação e controle dos planos e orçamentos.

7.4 Análise importância-desempenho

A IPA é uma técnica frequentemente utilizada para avaliar e comparar a IMPORTÂNCIA atribuída a diferentes atributos, características ou processos com o seu DESEMPENHO percebido ou real. Esta análise procura entender a relação entre a IMPORTÂNCIA atribuída a determinados aspetos e o quão bem esses aspetos estão a ser executados (Oh, 2001).

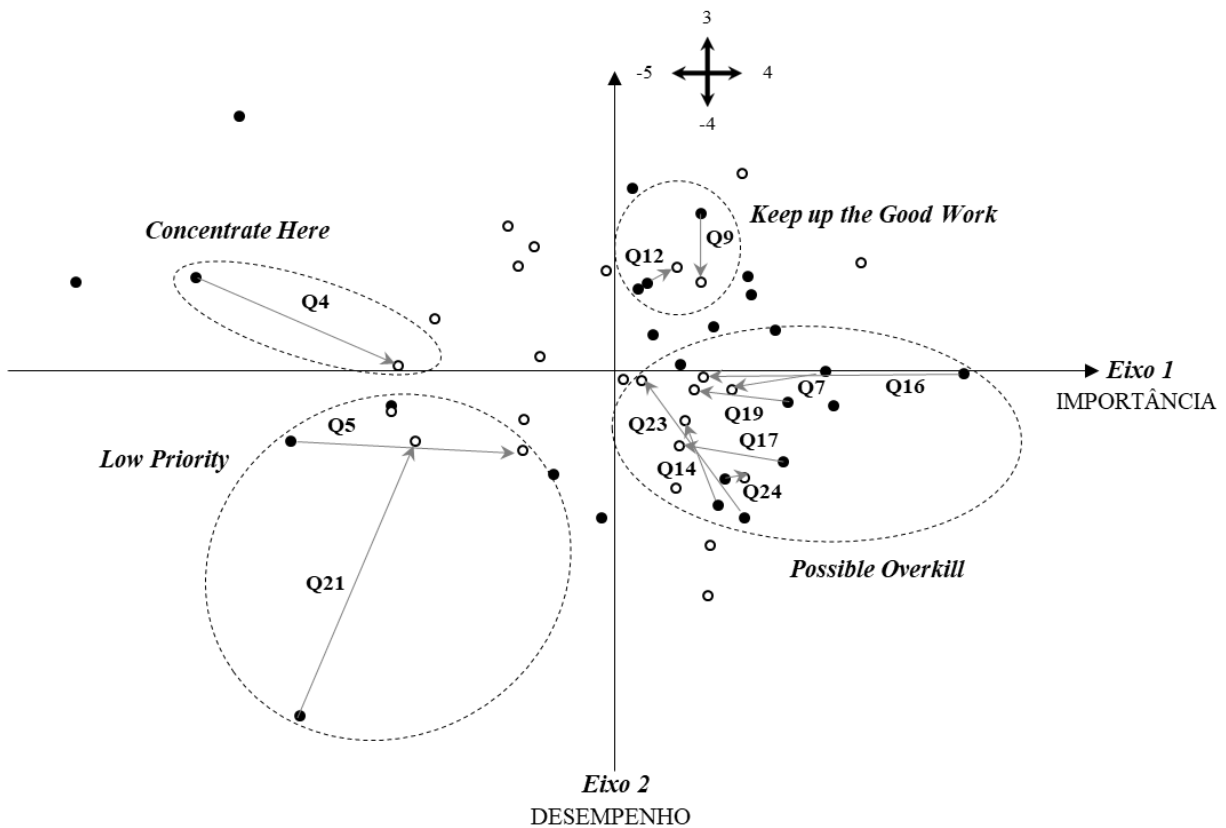
Trata-se de uma técnica extremamente valiosa para orientar ações e estratégias de gestão, ao direcionar recursos para áreas de maior importância e de baixo desempenho, procurando, desta forma, alinhar o desempenho com as expectativas e com as prioridades de uma dada organização (Oh, 2001).

De acordo com o método COSTATIS, os eixos de Co-Inércia são representações dos eixos principais usados para analisar a relação entre duas fontes de informação e são construídos a partir da análise conjunta dessas fontes, por forma a encontrar uma representação de baixa dimensionalidade dos dados originais.

Neste contexto, a interpretação dos eixos de Co-Inércia no COSTATIS envolve compreender como esses eixos representam as relações entre as variáveis originais, num espaço de baixa dimensionalidade, através da contribuição para a Co-Inércia e a orientação desses eixos para entender as associações entre as categorias assinaladas nas duas fontes de informação, isto é, uma que descreve a IMPORTÂNCIA atribuída e outra que regista o DESEMPENHO percebido (Figura 5.4).

Assim, foram utilizadas coordenadas dos eixos da Figura 7.13 como suporte para desenvolver uma IPA, tal como apresenta a Figura 7.14.

Figura 7.14: Adaptação da representação Euclidiana da Co-Inércia para um contexto IPA



Fonte: Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Os resultados da IPA encontram-se representados num gráfico bidimensional com dois eixos: o eixo da IMPORTÂNCIA e o eixo do DESEMPENHO (conforme Figura 4.14). Cada atributo (ou Questão) em análise encontra-se marcado no gráfico, nos 4 quadrantes, com base na sua IMPORTÂNCIA percebida e no seu DESEMPENHO percebido.

Neste sentido, ao interpretar a Figura 7.14 é possível observar, no 2º Quadrante, o atributo - *Desenvolvimento de ações de formação dirigidas a todas equipas e unidades* (Q4), considerado com IMPORTÂNCIA elevada e um baixo DESEMPENHO. Este quadrante representa a área de oportunidade e indica as melhorias necessárias para atender às expetativas e às necessidades da RNCCI na região do Alentejo. A estratégia recomendada indica *Concentrate Here*.

No 1º Quadrante (Elevada IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO), os atributos (questões) posicionados neste quadrante são considerados pontos fortes e essenciais para a RNCCI e são altamente valorizados quando bem realizados, designadamente: *Coordenação e o controlo da execução dos planos e orçamentos* (Q9) e *Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades* (Q12). A estratégia recomendada aponta para *Keep up the Good Work*.

No 4º Quadrante pode-se observar os atributos que têm um bom DESEMPENHO, mas considerados com menor IMPORTÂNCIA, são eles: *Medidas corretivas para o bom funcionamento das unidades e equipas (Q16); Gestão da colocação dos utentes em unidades e equipas da Rede, obedecendo aos critérios de referência e de priorização (Q23); Gestão das exposições relativas a utentes internados nas unidades da rede (Q14); Desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus-tratos nas unidades através da definição de indicadores base (Q17); Elaboração dos Planos Individuais de Intervenção de uma forma sistematizada e integrada (Q7); Indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados (Q19); Monitorização dos utentes internados em unidades com feridas e úlceras por pressão (Q24).* Embora sejam executados eficazmente (considerando o elevado desempenho) são avaliados com reduzida importância no contexto da RNCCI na região do Alentejo. A estratégia recomendada indica *Possible Overkill*.

Por fim, os atributos posicionados no 3º Quadrante, considerados de menor IMPORTÂNCIA e que apresentam um DESEMPENHO inferior, referem-se à *Divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede (Q21)* e ao *Desenvolvimento de planos de formação (Q5)*. Geralmente, estes atributos não são vistos como áreas prioritárias para melhorias na Rede. A estratégia recomendada indica *Low Priority*.

Assim sendo, observa-se que as 12 das 26 questões, relativas à IMPORTÂNCIA e ao DESEMPENHO, inquiridas (Tabela 7.20), configuram diretamente informação valiosa para orientar ações e estratégias de gestão, conforme a IPA faz.

Tabela 7.20: Configuração principal dos 4 quadrantes da IPA

REDUZIDA INFLUÊNCIA	Q21	DESEMPENHO (Resposta)	<i>Low Priority</i>
	Q16	QUALIDADE (Avaliação)	<i>Possible Overkill</i>
MÉDIA INFLUÊNCIA	Q5	RECURSOS HUMANOS (Formação e Qualificação)	<i>Low Priority</i>
	Q4	RECURSOS HUMANOS (Formação e Qualificação)	<i>Concentrate Here</i>
	Q23	DESEMPENHO (Sinalização e Referência)	<i>Possible Overkill</i>
ELEVADA INFLUÊNCIA	Q14	QUALIDADE (Avaliação)	<i>Possible Overkill</i>
	Q17	QUALIDADE (Avaliação)	<i>Possible Overkill</i>
	Q7	RECURSOS HUMANOS (Formação e Qualificação)	<i>Possible Overkill</i>
	Q19	QUALIDADE (Avaliação)	<i>Possible Overkill</i>
	Q9	FINANCEIRA (Planeamento e Execução)	<i>Keep up the Good Work</i>
	Q12	QUALIDADE (Avaliação)	<i>Keep up the Good Work</i>
	Q24	DESEMPENHO (Sinalização e Referência)	<i>Possible Overkill</i>

Fonte: Elaboração Própria

Por fim, a Tabela 7.21 apresenta as remanescentes 14 questões, relativas à IMPORTÂNCIA e ao DESEMPENHO, que igualmente aportam informação valiosa para orientar ações e estratégias de gestão.

Tabela 7.21: Configuração secundária dos 4 quadrantes da IPA

REDUZIDA INFLUÊNCIA	Q1	RECURSOS HUMANOS (Afetação e Dotação)	Reduzida IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO	<i>Possible Overkill</i>
	Q3	RECURSOS HUMANOS (Articulação)	Reduzida IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO	<i>Possible Overkill</i>
	Q26	DESEMPENHO (Sinalização e Referenciação)	Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Concentrate Here</i>
	Q22	DESEMPENHO (Sinalização e Referenciação)	Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Concentrate Here</i>
MÉDIA INFLUÊNCIA	Q20	DESEMPENHO (Resposta)	Elevada IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO	<i>Keep up the Good Work</i>
	Q18	QUALIDADE (Avaliação)	Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Concentrate Here</i>
	Q25	DESEMPENHO (Sinalização e Referenciação)	Elevada IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO	<i>Keep up the Good Work</i>
	Q2	RECURSOS HUMANOS (Articulação)	Elevada IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO	<i>Keep up the Good Work</i>
	Q11	QUALIDADE (Acompanhamento e Monitorização)	Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Concentrate Here</i>
	Q10	QUALIDADE (Acompanhamento e Monitorização)	Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Concentrate Here</i>
	Q15	QUALIDADE (Avaliação)	Reduzida IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Low Priority</i>
	Q13	QUALIDADE (Avaliação)	Reduzida IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Low Priority</i>
ELEVADA INFLUÊNCIA	Q8	FINANCEIRA (Planeamento e Execução)	Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Concentrate Here</i>
	Q6	RECURSOS HUMANOS (Formação e Qualificação)	Reduzida IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO	<i>Low Priority</i>

Fonte: Elaboração Própria

Assim, observando a Tabela 7.21, no 1º Quadrante - *Keep up the Good Work*, com Elevada IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO, evidenciam-se os seguintes três atributos: (1) *Articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede* (RH - Articulação); (2) *Planeamento das respostas necessárias para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades* (Desempenho - Resposta); e (3) *Divulgação da informação sobre a Rede e circuitos de sinalização e referenciação* (Desempenho - Resposta). Neste sentido, é fundamental investir na manutenção desse padrão elevado, além de procurar inovação contínua e valorizar estes atributos para garantir a relevância e a competitividade no longo prazo.

No 4º Quadrante - *Possible Overkill*, com Reduzida IMPORTÂNCIA e elevado DESEMPENHO, evidenciam-se dois atributos associados à área temática Recursos Humanos, nomeadamente: (1) *Funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação face às necessidades da Rede* (Afetação e Dotação); (2) *Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior com vista ao desenvolvimento da formação em contexto* (Articulação).

Tendo em conta que estes atributos apresentam elevado DESEMPENHO e são considerados de baixa IMPORTÂNCIA, torna-se necessário rever as prioridades e os recursos alocados, mantendo um padrão aceitável de DESEMPENHO. Estar aberto a mudanças e adaptar-se às necessidades em evolução é essencial para a gestão eficaz.

No 2º Quadrante - *Concentrate Here*, com Elevada IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO, destacam-se seis atributos inerentes às áreas temáticas Desempenho, Qualidade e Financeira, nomeadamente: (1) *Acompanhamento do processo de referenciação (fluxos de admissão, procedimentos)* e (2) *Processo de sinalização e referenciação que garantam maior equidade e sejam mais simples* (Desempenho – Sinalização e Referenciação); (3) *Ações de monitorização e acompanhamento às Unidades e Equipas*, (4) *Revisão e propostas de melhoria às grelhas de acompanhamento e avaliação das equipas e unidades* (Qualidade – Acompanhamento e Monitorização), (5) *Realização de Auditorias internas* (Qualidade -Avaliação); e (6) *Planeamento financeiro da Rede* (Financeira – Planeamento e Execução). Neste sentido, quando estes atributos apresentam elevada IMPORTÂNCIA com reduzido DESEMPENHO, é fundamental identificar as causas, estabelecer metas claras, investir em melhorias e recursos, além de manter um processo contínuo de monitorização e ajustamentos para alcançar o DESEMPENHO desejado.

Por último, no 3º Quadrante - *Low Priority*, com Reduzida IMPORTÂNCIA e reduzido DESEMPENHO, encontram-se três atributos que, geralmente, não são vistos como áreas prioritárias, designadamente: (1) *O sistema de registos no Aplicativo de Monitorização da RNCCI – SI* (Qualidade-Avaliação); (2) *Controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados* (Qualidade-Avaliação); (3) *Diagnóstico e o levantamento das necessidades formativas* (Formação e Qualificação). Contudo, embora sejam avaliados com baixo DESEMPENHO e baixa IMPORTÂNCIA, a gestão deve reavaliar a relevância de investir recursos para melhorar estas áreas e considerar a realocação desses recursos para áreas mais estratégicas ou críticas para a RNCCI na região do Alentejo.

7.5. Principais Resultados e Discussão

7.5.1 Produção da RNCCI-Alentejo

Tendo por base a análise feita à produção da RNCCI na região de saúde no Alentejo, foi possível apurar um conjunto de informações relevantes para a discussão dos resultados extraídos a partir da aplicação dos questionários aos diferentes elementos dos níveis estratégico, tático e operacional da RNCCI-Alentejo.

O baixo nível de dotação de recursos humanos e de pessoal de saúde capaz de satisfazer os níveis de procura de serviços e cuidados de saúde constitui um desafio à gestão dos RH na região de saúde do Alentejo, que pode comprometer a captação e a retenção de recursos humanos na RNCCI nesta região. O Alentejo Litoral registou o número mais baixo de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes, contrariamente os valores mais altos foram registados no Alentejo Central (4,4 médicos) e no Alto Alentejo (8,6 enfermeiros) (CCDR Alentejo, 2023). A escassez de recursos humanos no setor da saúde não é um fenómeno específico da região de saúde do Alentejo, mas de natureza global, o que exigirá estratégias nacionais e organizacionais para assegurar um número suficiente de profissionais para satisfazer a procura de cuidados de saúde. Fruto da heterogeneidade dos sistemas de prestação de cuidados, os desafios ainda se agravam mais por questões de oferta em torno da prestação pública e privada. No caso da RNCCI, existe uma "economia mista" de prestadores de serviços de saúde, o que coloca desafios acrescidos à captação e gestão de recursos humanos (Turner, 2018; OMS, 2020).

A região de saúde do Alentejo foi a segunda região do país com a maior cobertura de oferta/respostas por 100.000 habitantes com 65 ou +, apesar das discrepâncias entre as sub-regiões no que se refere à dotação relativa de vagas (Conselho de Finanças Públicas, 2022; ERS, 2024). Houve um crescimento de ECCI (até 2019) na região de Saúde do Alentejo, com rácios mais altos de vagas no Norte Alentejo. As ECCI estabilizaram em termos de número (até 2023), ainda que se verificasse um decréscimo no número de lugares contratados, entre 2021-2023. O mesmo se constatou na tipologia de ULDM, cujo número de lugares contratados também diminuiu, apesar dos rácios de vagas mais elevados se situarem na sub-região do Norte Alentejo. Verificou-se a inexistência de UC no Alentejo Litoral, embora esta apresentasse rácios mais altos de UMDR à semelhança do Baixo Alentejo (ERS, 2024). Este desequilíbrio na oferta regional de unidades e equipas prestadoras de CCI conduz à reflexão de que a política de provisão de CCI deve ser mais reativa às características e necessidades locais (Kim *et al.*, 2022; Costa e Mourão, 2015). O grau de incerteza acerca do volume e tipo de procura deste tipo de cuidados, obriga a repensar o modelo de organização nacional da Rede. A elevada procura de cuidados formais face à escassa provisão de cuidados formais, especialmente nos cuidados assentes numa resposta domiciliária de proximidade em determinadas sub-regiões do Alentejo, constitui uma das lacunas na gestão dos CCI e uma das prioridades políticas de âmbito nacional e regional (Costa e Mourão, 2015; OPSS, 2022). A gestão e a monitorização das opções de oferta para RNCCI na região de Saúde do Alentejo pode ajudar a determinar o nível de cobertura de CCI e, para inverter estes desequilíbrios entre as

quatro sub-regiões, é crucial investir numa maior eficiência económica através de incentivos e atenção às características e necessidades de cada sub-região e localidade (Costa e Mourão, 2015).

O decréscimo verificado, entre 2019 e 2020, ao nível das referências e da colocação de utentes em todas as tipologias (à exceção da UC), sendo que o maior número de referências teve a sua origem nos hospitais. O diferencial entre utentes referenciados e colocados foi maior nas tipologias UMDR e ULDM, o que significa que estas tipologias tiveram o maior número de utentes a aguardar vaga. De facto, a demora no tempo médio (e mediana) na gestão dos processos, desde a referência até à identificação da vaga, foi maior nas ULDM e menor nas ECCI apesar do aumento observado entre 2019 e 2020 (ECR, 2021; ACSS, 2023; ERS, 2024). Estes resultados mostram que um dos fatores críticos da RNCCI na região de Saúde do Alentejo prende-se com o tempo de resposta que, por norma, é alto. Por motivos relacionados, por exemplo, com o pedido de transferências de utentes, que foram admitidos numa unidade para outra unidade que não tem vaga. Outro motivo reside no tempo de permanência de utentes nas ULDM, que ultrapassa o limite previsto (seis meses). A discrepância entre o tempo previsto para internamento e o tempo efetivo de internamento dos utentes tem sido, igualmente, acentuada na região de saúde do Alentejo (ECR, 2024). Estes fatores críticos resultam da complexidade e a morosidade do processo de referência, o que compromete o modelo de funcionamento e a própria organização interna da RNCCI (Fonseca-Teixeira *et al.*, 2020; Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Henriques e Gandra, 2022; Santos *et al.*, 2022). Ainda que os utentes possam escolher três unidades preferenciais, os procedimentos de gestão e a distribuição desigual da oferta condicionam e limitam a admissão nas unidades selecionadas e próximas da área de residência dos utentes. O aumento do número de cancelamento de episódios nas ULDM poderá ser também um dos motivos para o aumento do tempo total no processo de referência. Comparando o agravamento dos tempos médios de atribuição de vagas nesta tipologia, assim como o número de casos cancelados, entre o 2017-2020, é possível confirmar o impacto dos processos cancelados na região de saúde do Alentejo, nomeadamente no aumento médio de disponibilização da vaga, no aumento do tempo total de referência e do número de utentes a aguardar a vaga, com implicações para todos os intervenientes do processo (Hospital, Unidades da Rede e Estado), incluindo o utente (Rainho, Cabral e Barreira, 2021; ECR, 2022, 2024).

Ao analisar as taxas de ocupação das unidades de internamento, verificou-se um aumento em quase todas as tipologias, com exceção das ECCI (ECR, 2021; ACSS, 2023). Com uma taxa de ocupação de 96,2%, as ULDM podem ser consideradas quase 100% eficazes na utilização das suas camas. Por seu turno, o tempo médio de permanência de doentes nesta tipologia, sendo superior ao

previsível, indica uma eficiência reduzida na utilização das suas camas. Com um tempo de permanência mais curto e uma rotação mais rápida dos doentes, podem ser tratados mais doentes com o mesmo número de camas, o que resultará num maior desempenho financeiro e, conseqüentemente, numa maior eficiência. No entanto, se muitas camas estiverem vagas e não houver muitos utentes novos que possam necessitar de internamento, a unidade não ganha financeiramente com a redução do tempo de permanência dos doentes. Apenas quando a ocupação das camas é elevada é que a redução do tempo de internamento é benéfica. Estes resultados revelam que, apesar da eficácia ao nível das taxas da ocupação, estas não são geridas de forma eficiente. Logo, se a eficácia é um pré-requisito da eficiência, os processos de gestão e monitorização da eficiência das unidades e equipas da rede necessitam de ser melhorados. Para tal, os processos de sinalização e referenciação deverão ser, igualmente, repensados e melhorados, assim como a redução do tempo de permanência e uma rotação mais célere dos utentes (OPSS, 2011; Singh, 2018).

O aumento dos custos com o financiamento das unidades de internamento da RNCCI, entre o período em análise, foi outro dos resultados apurados (ECR, 2021). A sobrecarga dos cuidados institucionalizados continua a ser uma dificuldade da gestão da RNCCI (Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b). Por outro lado, a natureza jurídica dos prestadores de cuidados (público, privado, sem fins lucrativos ou informal) constituem um desafio na gestão destes cuidados, considerando os elevados custos com o cumprimento das regras de prestação de serviços públicos. Tal poderá conduzir a uma diminuição da prestação de cuidados públicos, onde as organizações sem fins lucrativos emergem como potenciais prestadores de CCI (Ikegami e Campbell, 2002; Campbell *et al.*, 2016; Ikegami, 2019, 2020).

Estudos realizados pela ERS (2013, 2015, 2024) mostram que a gestão das altas e do processo de referenciação tem impacto no acesso à RNCCI. Por essa razão, a questão do acesso potencial dos utentes à RNCCI é um aspeto crítico que, pela sua relevância na promoção e continuação dos cuidados, deve ser analisado de forma mais aprofundada. Os resultados mostram a existência de áreas com baixo acesso às unidades. A este défice, acresce a insuficiente oferta de camas disponíveis, sobretudo nas tipologias ULDM, e um desequilíbrio nos lugares em ECCI em determinadas sub-regiões. O estudo apurou, ainda, a existência de cancelamentos, cujos motivos podem estar relacionados com a recusa de utentes na admissão de unidades pela distância em relação ao seu local de residência. O perfil sociodemográfico e epidemiológico da população alentejana, a dispersão geográfica e as distâncias a percorrer em estrada até às unidades de internamento intensificam a incapacidade de reposição da RNCCI para fazer face às necessidades e

às expectativas da população. A priorização na domiciliação dos cuidados e o reforço da capacidade de resposta e desempenho da Rede tem sido também reforçado noutros estudos (Costa e Mourão, 2015; Pescada, 2017, 2019; Lopes e Sakellarides, 2021).

7.5.2 Articulação entre os três níveis hierárquicos da RNCCI-Alentejo: principais áreas críticas

Tendo por base as perceções de elementos dos diferentes níveis de gestão da RNCCI, das quatro sub-regiões do Alentejo, foi possível comparar as expectativas (a importância atribuída) e o desempenho real em relação a 26 atributos específicos.

Da análise da Interestrutura (isto é, da inter-relação entre as avaliações Importância-Desempenho, as três sub-regiões e os três níveis institucionais da RNCCI), retiraram-se as seguintes conclusões: (1) os níveis Estratégico e Operacional-UI têm perceções dissociadas entre si quanto à importância atribuída e ao desempenho percebido; (2) os níveis Tático e Operacional-ECCI têm perceções idênticas entre si quanto à importância atribuída, o mesmo não acontece com o desempenho percebido, pois existem algumas discrepâncias entre si; (3) no que diz respeito ao desempenho percebido, o nível Tático surge como o mais relevante, o que significa que as equipas com competências de gestão a nível intermédio, manifestam perceções congruentes quanto ao desempenho da Rede; (4) os três níveis institucionais têm perceções díspares quanto ao desempenho atribuído à RNCCI nas diferentes questões, isto é, as suas perceções divergem em relação ao desempenho da RNCCI na região do Alentejo.

Da análise de compromisso (onde se procurou analisar, para as 4 sub-regiões em estudo, as principais semelhanças e/ou diferenças nos níveis de importância e de desempenho manifestados pelos inquiridos dos 3 níveis de gestão da RNCCI), apurou-se o seguinte: (1) no Litoral Alentejano, a importância elevada manifestada pelos inquiridos está associada ao elevado desempenho percebido, assim como a importância reduzida declarada está associada ao reduzido desempenho percebido; (2) os níveis de importância reduzida atribuídos no Alentejo Central e no Norte Alentejo são semelhantes e têm relação com o reduzido desempenho percebido nas mesmas regiões, o mesmo se sucede com os níveis de importância elevada e o desempenho elevado. Neste sentido, as sub-regiões Alentejo Central e Norte Alentejo apresentam semelhanças entre si quanto às avaliações de Importância e Desempenho. Por outro lado, com exceção da sub-região do Baixo Alentejo, os níveis de importância e Desempenho atribuídos pelas sub-regiões do Alentejo estão relacionados entre si, isto é: se atribuem importância reduzida a um determinado atributo, o mesmo é avaliado com um desempenho reduzido.

A existência de padrões de similaridades e desvios ao nível das perceções entre as quatro sub-regiões permitiram perceber quais as sub-regiões que manifestam concordância ou não entre os níveis de importância e desempenho. Neste sentido, os resultados revelam que o Baixo Alentejo se diferencia em relação às restantes sub-regiões, uma vez que a importância atribuída diverge do desempenho percebido, o que poderá ser um indicador de uma maior ou menor satisfação em relação aos atributos, características e processos de gestão da RNCCI na região do Alentejo. Por outro lado, o desempenho percebido e a importância atribuída nas restantes sub-regiões foram semelhantes, o que poderá indicar maior estabilidade ao nível das perceções (Oliver, 1980; Johnson, Anderson e Fornell, 1995; Oh, 2001).

Da análise da Co-Inéfrica, foi possível avaliar as relações de influência da importância atribuída no desempenho percebido ou real em relação aos 26 atributos, tendo-se verificado discrepâncias e similaridades entre os níveis de importância e desempenho.

Esta análise permitiu, assim, detetar a existência de influências elevadas em 8 atributos associados às seguintes áreas e subáreas: Recursos Humanos – Formação e Qualificação (*Diagnóstico e levantamento das necessidades formativas, Elaboração dos PII de uma forma sistematizada e integrada*), Financeira – Planeamento e Execução (*Coordenação e controle da execução dos planos e orçamentos*), Qualidade – Monitorização e Avaliação (*Gestão das exposições relativas a utentes internados nas unidades da rede, Desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus-tratos nas unidades através da definição de indicadores base, Indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados, Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades e Monitorização dos utentes internados em unidades com feridas e úlceras por pressão*). Isto quer dizer, que existe uma maior proximidade entre os níveis de importância atribuída e o desempenho percebido, o que revela concordância ao nível das perceções dos inquiridos dos três níveis de gestão – Estratégico, Tático e Operacional. Contrariamente, verificou-se a inexistência de influências em 6 atributos, associadas às seguintes áreas e subáreas: Recursos Humanos – Afetação e Dotação e Articulação (*funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação face às necessidades da Rede, Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior com vista ao desenvolvimento da formação em contexto*); Qualidade – Avaliação (*medidas corretivas para o bom funcionamento das unidades e equipas*); Desempenho -Resposta e Sinalização e Referenciação (*Divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede, Acompanhamento do processo de referenciação, Processo de sinalização e referenciação que garantam maior equidade e sejam mais simples*). Isto quer dizer que, a importância dada a estas questões não exerce influência sobre

o desempenho das equipas da RNCCI, isto é, as avaliações entre a importância atribuída e o desempenho percebido são discrepantes entre si, o que indica um desfasamento entre o desempenho real e o quão importantes são estes atributos. Posto isto, nestas questões, o desempenho é percebido, por um lado, melhor do que esperado (o que pode gerar satisfação e até superar as expectativas) e, por outro lado, pior do que esperado (o que pode gerar desconfirmação negativa e, conseqüentemente, conduzir à insatisfação) (Oliver, 1980; Johnson, Anderson e Fornell, 1995; Oh, 2001).

No que concerne aos resultados apurados a partir da IPA, esta permitiu entender a relação entre a importância atribuída aos 26 atributos da RNCC e o quão bem esses aspetos estão a ser executados, o que implicou compreender como as percepções de importância e desempenho são formadas como base na comparação entre o importante (o esperado) e o real (Oliver, 1980; Johnson, Anderson e Fornell, 1995; Oh, 2001). Esta análise contribuiu para identificar as áreas e subáreas críticas e, conseqüentemente, orientar ações e estratégias de gestão, ao direcionar recursos para áreas de maior importância e de baixo desempenho, procurando, desta forma, alinhar o desempenho com as expectativas e as prioridades da RNCCI na região do Alentejo (Oh, 2001).

Desta análise, evidenciaram-se quatro dimensões interdependentes – Qualificação e Formação dos Recursos Humanos, Desempenho do processo de referenciação, Monitorização e Avaliação das equipas e unidades e Planeamento Financeiro da Rede, que, no fundo, expressam o consenso das perspetivas e das preocupações em torno da gestão da RNCCI.

Tendo por base estas evidências, definiram-se sete prioridades para o estabelecimento de ações de gestão - *Concentrate Here*, organizadas pelas principais áreas e subáreas temáticas (Tabela 7.22).

7.22: Prioridades da RNCCI na Região do Alentejo, por áreas e dimensões

Área/dimensão	Prioridades com base nas evidências
Recursos Humanos/Formação e Qualificação	1. Desenvolvimento de ações de formação dirigidas a todas equipas e unidades (Q4).
Planeamento e Execução Financeira	2. Planeamento financeiro da Rede (Q8)
Qualidade/Acompanhamento, Monitorização e Avaliação	3. Ações de monitorização e acompanhamento às Unidades e Equipas (Q10). 4. Revisão e propostas de melhoria às grelhas de acompanhamento e avaliação das equipas e unidades (Q11). 5. Realização de Auditorias internas (Q18).
Desempenho/Sinalização e Referenciação	6. Processo de sinalização e referenciação que garantam maior equidade e sejam mais simples (Q22). 7. Acompanhamento do processo de referenciação (fluxos de admissão, procedimentos) (Q26).

Fonte: elaboração própria com base no COSTATIS e na IPA

Pese embora os outros atributos tenham sido avaliados como *Low Priority* (reduzida importância e reduzido desempenho) e *Possible Overkill* (reduzida importância e elevado desempenho), torna-se fundamental, por um lado, reavaliar a relevância de investir recursos para melhorar estas áreas e considerar a realocação desses recursos para áreas mais estratégicas ou críticas e, por outro, rever as prioridades e os recursos alocados, mas mantendo um padrão aceitável de desempenho da RNCCI na região do Alentejo.

A IPA destacou, ainda, as áreas em que a RNCCI na região do Alentejo deverá continuar a investir - *Keep up the Good Work*, no sentido da manutenção de padrões elevados de desempenho, além de valorizar estas áreas e procurar inovação contínua para garantir a sua relevância e sustentabilidade. Tais áreas focam-se na Articulação dos RH, especificamente a *Articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede* (Q2), na *Coordenação e o controlo da execução dos planos e orçamentos* (Q9), na *Avaliação da Qualidade através da Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades* (Q12) e no desempenho da resposta no que diz respeito ao *Planeamento das respostas necessárias para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades* (Q20) e à *Divulgação da informação sobre a Rede e circuitos de sinalização e referenciação* (Q25).

Apesar da reduzida importância, evidenciaram-se dois atributos com elevado desempenho associados à área temática Recursos Humanos - *Possible Overkill*, nomeadamente: *Afetação e dotação das equipas e unidades* e a *Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior com vista ao desenvolvimento da formação em contexto*.

Em síntese, os resultados revelaram que sete atributos pertencem a pontos críticos, os quais devem ser tratados imediatamente para reduzir as deficiências. Em contraste com os principais pontos fracos, foram evidenciados cinco atributos classificados como principais pontos fortes, que devem ser mantidos para proporcionar a excelência da RNCCI, com vista a estabelecer relações mais próximas e duradouras entre os diferentes níveis de gestão da Rede, nas quatro sub-regiões do Alentejo (Shieh, Huang e Wu, 2019).

A relação entre a importância e o desempenho percebido nas questões Q2, Q9, Q12, Q20 e Q25, pode ser teoricamente justificada com base na teoria da desconfirmação das expectativas (Oliver, 1980; Johnson, Anderson e Fornell, 1995), que sugere que a importância está positivamente relacionada com o desempenho, ou seja, quanto mais importante for o atributo, maior é a probabilidade de ele perceber o desempenho do atributo de forma favorável, resultando numa maior satisfação (Oh, 2001).

Por outro lado, conforme sugere Oh (2001), a importância atribuída às questões pode ter efeitos adicionais e/ou interativos (positivos ou negativos) nas avaliações de desempenho, o que significa que as convergências (ou similaridades) entre as perceções sobre a importância e o desempenho nestas questões é maior. Portanto, foi possível perceber que as avaliações de desempenho nas questões identificadas como *Keep up the Good Work* e *Low Priority*, em particular, foram influenciadas pelo quanto essas questões foram consideradas mais ou menos importantes.

No caso do contexto da RNCCI na região do Alentejo, as características e os processos descritos nos itens incluídos no questionário combinavam elementos relacionados com a qualidade da prestação de cuidados e os processos de gestão e referenciação, sendo que as ECCI e as UI (nível operacional) poderiam ser mais propensas a responder considerando a expectativa e a experiência ao nível da prestação dos cuidados, enquanto as ECL e as EGA (nível tático) poderiam ser mais propensas a dar opiniões sobre os processos de gestão, planeamento e controlo da Rede. Na realidade, os resultados da análise da interestrutura permitiram concluir que os três níveis de gestão manifestaram perceções díspares quanto ao desempenho atribuído à RNCCI, apesar da semelhança das perceções dos níveis tático e operacional-ECCI quanto à importância atribuída. Este resultado poderá ser justificado pela proximidade entre as ECCI e as ECL no que diz respeito ao seu contexto de intervenção (UCC).

Embora a IPA meça a importância e o desempenho de cada atributo de forma independente, através da análise de Co-Inércia foi possível entender como as avaliações entre a importância e o desempenho se correlacionam entre si.

O nível de abstração na determinação de um conjunto de atributos de medição pode tornar-se complexo ao aplicar a IPA. No presente estudo, procurou-se reduzir o número de atributos para avaliar a importância e o desempenho, com o intuito de criar um modelo de investigação mais simples e minimizar redundâncias e, ao mesmo tempo, manter o equilíbrio entre a exaustividade e a praticidade de um modelo de investigação. Conforme sugerido por Oh (2001), na preparação da lista de atributos, foi feito um pré-teste no sentido de avaliar a sua relevância para o contexto empírico (Oh, 2001).

Perante isto, a grelha IPA oferece um entendimento limitado sobre o desempenho da RNCCI-Alentejo. Embora a grelha IPA classifique todos os atributos emparelhados com o PI (Importance-Performance) num dos quatro quadrantes, esta categorização pode resultar em algumas desinformações. Ao se observar novamente a Figura 4.14, que mostra os atributos Q7 e Q24, percebe-se que, pela abordagem IPA, estes atributos são agrupados na mesma categoria, sugerindo *'Possible Overkill'*. Contudo, os atributos Q7 e Q24 apresentam uma distância psicométrica muito próxima do quadrante *"Keep Up the Good Work"*. Portanto, extrair sugestões de gestão idênticas para estes atributos pode resultar na perda de informações específicas de cada um. Este problema de categorização aponta que a IPA pode não ser suficientemente sofisticada para representar com precisão a estrutura dos dados. Neste sentido, torna-se crucial que a análise dos resultados da IPA seja sensível às áreas problemáticas para maximizar sua eficácia (Oh, 2001).

Importa salientar, ainda, que a IPA considera o desempenho da RNCCI-Alentejo melhor do que o desejado como *'Overkill'* nos atributos *Afetação e dotação das equipas e unidades* e a *Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior*. Do ponto de vista prático, é difícil para a RNCCI-Alentejo ter sempre um desempenho exatamente ao nível de importância do atributo, de modo a evitar possíveis excessos ou reduzir a necessidade de afetar recursos adicionais a esse atributo. O desempenho que excede o nível de importância pode ser desejável, em particular num modelo de prestação de cuidados de saúde como a RNCCI, contudo torna-se necessário rever as prioridades e os recursos alocados, mantendo um padrão de desempenho aceitável.

Em concordância com a revisão de Oh (2001), destacam-se como críticas à IPA realizada: a ausência de uma definição clara do conceito de importância; o uso misto de importância e expectativa; os potenciais erros de classificação dos atributos na grelha IPA; e o grau de subjetividade relacionado com sugestões estratégicas.

Apesar das limitações apontadas, a IPA desempenhou um papel importante na presente investigação, onde a gestão das expectativas e dos recursos é fundamental, sobretudo a ser aplicada

no contexto da RNCCI. Até porque a IPA tem sido especialmente aplicada no domínio da saúde e na priorização de políticas e medidas em organizações hospitalares e serviços de cuidados primários (Miranda, Chamorro, Murillo e Veja, 2010; Gonçalves, Pinto, Batista, Pereira e Ambrosano, 2014; Chen *et al.*, 2019; Lu, Kao, Chang, Gong, Liu, Ku e Jerng, 2020; Aini e Rosa, 2023).

A IPA revelou-se uma ferramenta eficaz no contexto desta investigação, uma vez que permitiu destacar os pontos críticos a melhorar ao nível da gestão da RNCCI na região do Alentejo. No entanto, são necessários mais estudos para investigar e comparar as implicações práticas desta técnica de análise (Lu *et al.*, 2020).

A escassez de pessoal de saúde (*e.g.* médicos e enfermeiros), o desequilíbrio na oferta de estruturas, lugares e vagas entre as sub-regiões, o tempo de demora na gestão dos processos de referenciação (desde a referenciação até à identificação da vaga), o tempo de permanência nas unidades e as elevadas taxas de ocupação nas tipologias ULDM e UMDR, os custos com o funcionamento das unidades de internamento, a qualificação e a formação dos profissionais, o planeamento financeiro da Rede, a monitorização e a avaliação das equipas e unidades e o desempenho do processo de referenciação, constituem os principais fatores críticos da gestão da RNCCI na região de saúde do Alentejo, que comprometem seu desempenho ao nível das seguintes áreas-chave: RH, Financeira, Qualidade, Capacidade, Acesso e Resposta.

No que diz respeito à área dos RH, apesar do funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação ter sido avaliado com elevado desempenho, assim como a articulação entre os níveis de coordenação e prestação da Rede (sendo esta última um ponto forte), o investimento na formação e qualificação dos Recursos Humanos foi representado como uma oportunidade de melhoria necessária para atender às expectativas e às necessidades da RNCCI na região do Alentejo. Este resultado vem, igualmente, refletido noutros trabalhos de investigação, onde o reforço na qualificação e a formação dos profissionais foi evidenciado como um dos elementos mais valorizados em termos de priorização, constituindo um dos fatores-chave de sucesso na gestão dos cuidados (Pescada, 2017, 2019; Turner, 2018; Witter *et al.*, 2020; Qin *et al.*, 2023).

A heterogeneidade de prestadores de serviços de saúde que compõem a RNCCI e a complexidade das doenças, colocam desafios acrescidos à captação e atração de recursos humanos treinados e qualificados (Turner, 2018; OMS, 2020). Por essa razão, torna-se necessário não só assegurar um número suficiente de profissionais para desempenhar estas funções, como também atrair e reter talento para o setor da saúde e, em particular, para a Rede. Apesar da afetação e alocação de RH

ter sido avaliada com elevado desempenho, torna-se prudente considerar possíveis mudanças no contexto da Rede que possam alterar essa percepção. Até porque, os dados relativos à dotação de RH no setor da saúde na região do Alentejo mostram níveis baixos face aos níveis de procura de serviços e cuidados de saúde, o que impõe perceber efetivamente como os RH estão a ser alocados em termos de tempo e número. Desta forma, importará apurar as razões deste elemento ter sido avaliado com baixa importância, na medida em que pode ajudar a revelar *insights* valiosos que orientarão futuras decisões de gestão (Campbell *et al.*, 2016; Clarkson *et al.*, 2018; Rainho, Cabral e Sobral, 2021).

À semelhança da Formação e Qualificação dos RH, o planeamento financeiro da Rede foi avaliado como uma área crítica em termos de priorização. Considerando os impactos do envelhecimento da população, as tendências futuras da despesa em CCI serão provavelmente muito influenciadas por fatores de natureza demográfica e epidemiológica. Perante este cenário, a despesa pública com CCI é um fator relevante para a sustentabilidade das finanças públicas. Tendo em conta a natureza inconstante do seu financiamento e da ausência de uma estratégia que privilegie de forma equilibrada a prevalência das doenças crónicas, a complexidade da doença, os indicadores demográficos e o desenvolvimento de cuidados descentralizados e próximos dos cidadãos, a RNCCI incorre, a médio-longo prazo, ser in comportável (Costa e Mourão, 2015; Comissão Europeia, 2021; OPSS, 2022). Importa, por isso, repensar e avaliar as diferentes opções para o financiamento dos CCI. Tal implica fazer uma avaliação da necessidade futura de serviços de CCI ou LTC e das suas repercussões socioeconómicas. Conforme adverte a OMS (2021), a justificação para a utilização de fundos públicos para o financiamento deste tipo de cuidados deve variar em função do contexto específico do país e das especificidades e necessidades regionais e locais.

A monitorização e a avaliação das equipas e unidades foram classificadas como atributos prioritários. Este é um elemento crucial na gestão, pelo que o acompanhamento e a monitorização das equipas e unidades contribuem para local e regionalmente identificar constrangimentos organizacionais que poderão ser ultrapassados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos das equipas e unidades e/ou pela articulação com as equipas de coordenação regional e local (ERS, 2015, 2024; Escoval *et al.*, 2013; OPSS, 2011, 2022; Santana *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2022).

O sucesso da RNCCI impõe, assim, uma avaliação contínua dos vários intervenientes da prestação de cuidados – equipas e unidades. O processo de monitorização e acompanhamento constitui o primeiro passo para a constituição de um sistema da qualidade, cuja estratégia implica uma

articulação e coerência das várias ações, com a finalidade de identificar os eixos e áreas de melhoria (UMCCI, 2010; ERS, 2015; OPSS, 2011, 2022).

A diversidade de áreas a abranger nesse processo de avaliação (*e.g.* Caracterização da Unidades, Infraestrutura física e organizativa, PICC, Recursos Humanos, Formação, Protocolos e Procedimentos, Prevenção e Controlo de Infecção e Fármacos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos) torna-o exigente e complexo. Apesar dos inquiridos avaliarem a grelha de monitorização (designada por Grelha de Acompanhamento ao Prestador) como um ponto forte, considerando-a como uma ferramenta de fácil aplicação junto das equipas da RNCC, o processo de monitorização e a avaliação das equipas e unidades permanece complexo, na medida em que a obtenção de padrões elevados implica o equilíbrio entre a eficiência e os resultados. Neste âmbito, importa continuar a desenvolver os alicerces para desenvolver novas formas de melhorar a qualidade, identificar as causas, estabelecer metas claras e padrões de desempenho. Tal ajudará as equipas a entender as expectativas e a corresponder às necessidades, no sentido da melhoria e do alcance do desempenho desejado (OMS, 2024; Eliseu, 2021). Autores como Spasova *et al.* (2018a), Spasova *et al.* (2018) e Hashiguchi e Llana-Nozal (2020) defendem que a melhoria da qualidade dos cuidados prestados impõe o reforço de mecanismos de monitorização, controlo e avaliação mais eficazes.

De forma semelhante, o desempenho da RNCCI na região do Alentejo em relação ao processo de referenciação (acompanhamento, fluxos de admissão e procedimentos que garantam maior equidade e sejam mais simples) foi avaliado como ponto crítico. Ao cruzar este resultado com os dados da produção da RNCCI, em relação ao acesso, é possível observar que o processo de referenciação é moroso e complexo. No estudo de Fonseca-Teixeira *et al.* (2020: 7), apurou-se a necessidade de rever e ajustar o processo consoante as especificidades das tipologias de cuidados, sendo descrito pelos autores como “um procedimento muito burocratizado e demorado” que compromete o acesso dos utentes à RNCCI.

Fruto da complexidade e morosidade do processo de referenciação, surgem alguns fatores críticos que comprometem o modelo de funcionamento e a própria organização interna da RNCCI. São inúmeros os estudos que apontam diferentes motivos na demora na referenciação (Colombo *et al.*, 2011; Duffy *et al.*, 2011; Escoval *et al.*, 2013; Petronilho, Pereira e Silva, 2014; Campbell *et al.*, 2016; Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b; Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Rainho, Cabral e Barreira, 2021; Henriques e Gandra, 2022; Santos *et al.*, 2022). No caso do presente estudo, foi possível apontar como principais motivos: i) a discrepância entre o tempo previsto para internamento e o tempo efetivo de referenciação dos utentes, isto é, a sua permanência na unidade

ultrapassa o limite previsto; ii) a demora desde a referenciação até à identificação de vagas; iii) o tempo médio de espera até à identificação de vagas em determinadas tipologias, como a ULDM.

Outro aspeto crítico prende-se com o facto da RNCCI possuir vários níveis hierárquicos, o que torna o processo muito burocrático e de difícil referenciação. O processo de referenciação requer a intervenção articulada de diferentes equipas e unidades com diferentes lógicas de organização e atuação, desde as equipas que sinalizam e referenciam às equipas que validam e avaliam. Vários estudos apontam para a importância da articulação entre os diferentes intervenientes no processo de referenciação, constituindo este um fator crítico do processo de referenciação (Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Fonseca-Teixeira *et al.*, 2020; Rainho, Carvalho e Barreira, 2021; Santos *et al.*, 2022). De acordo com os resultados, este atributo ao ser avaliado pelos inquiridos com importância e desempenho elevados, pode induzir a ideia de que a articulação entre estes intervenientes não constitui à partida um bloqueio ao processo de referenciação. Ainda assim, não é possível estabelecer este tipo de relação, pelo que será necessário analisar a existência ou não de uma relação causal entre os atributos *Articulação entre as equipas* e *Processo de Sinalização e Referenciação*.

Por outro lado, os atributos *planeamento e adequação das respostas às necessidades, divulgação da informação sobre a Rede* e *circuitos de sinalização e referenciação* revelaram padrões elevados. De facto, a região do Alentejo surge como a segunda região com maior cobertura de cuidados, o que poderá ser um indicador destes padrões. No entanto, a incerteza na procura e na oferta dos cuidados, obriga a uma gestão e monitorização das opções da oferta para a RNCCI em matéria de financiamento público e privado. As evidências do estudo apontam para a necessidade de haver um equilíbrio de estruturas e lugares entre as sub-regiões, mas, conforme mencionado anteriormente, para inverter estes desequilíbrios é necessário ter em conta as características e as necessidades de cada região e localidade (Costa e Mourão, 2015).

Outro elemento que obteve uma baixa prioridade prende-se com a divulgação da informação à população sobre o funcionamento da Rede. Este resultado não deixa de ser interessante, pelo que um dos fatores críticos apontados no estudo de Costa e Mourão (2015) prende-se com as lacunas ao nível da partilha de informação entre os profissionais e a população sobre os objetivos e as características das UCCI. Nesse sentido, uma das sugestões da IPA passa por reavaliar a relevância de investir recursos para melhorar esta área de resposta da Rede. Porém, tendo em conta o desempenho reduzido, a partilha de informação entre as equipas da Rede e a população permanece crucial, de forma a que os utentes e as famílias não idealizem estas unidades como lares, mas antes como uma resposta intermédia e de transição entre níveis de cuidados (Costa e Mourão, 2015).

Para responder às assimetrias regionais e aos problemas de adequação da oferta à procura de cuidados observados nas quatro sub-regiões do Alentejo, a articulação entre os diferentes níveis de gestão e coordenação da rede e o acompanhamento e a monitorização da RNCCI constituem fatores que podem contribuir para local e regionalmente identificar constrangimentos organizacionais que poderão ser ultrapassados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos e/ou pela articulação com as equipas de coordenação regional e local (ERS, 2015, 2024; Escoval *et al.*, 2013; OPSS, 2011, 2022; Santana *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2022).

O presente estudo trouxe contributos ao identificar ações de melhoria dos processos de gestão da RNCCI, no sentido de investir na formação e qualificação dos RH, repensar os mecanismos de financiamento da Rede, reforçar os mecanismos de controlo e de avaliação das equipas e unidades, bem com agilizar o processo de referenciação (Feldhaus e Mathauer, 2018; OCDE, 2021; Barros e Costa, 2022).

Há que reconhecer que o tempo e os recursos são limitados perante a exaustividade e a multiplicidade de áreas a melhorar, o que torna impossível implementar as ações de melhoria sugeridas pela IPA em simultâneo, sendo, por isso, necessário definir prioridades (Chen *et al.*, 2019).

O capítulo que segue integra um conjunto de recomendações de ações de gestão, tendo como suporte as evidências empíricas do estudo.

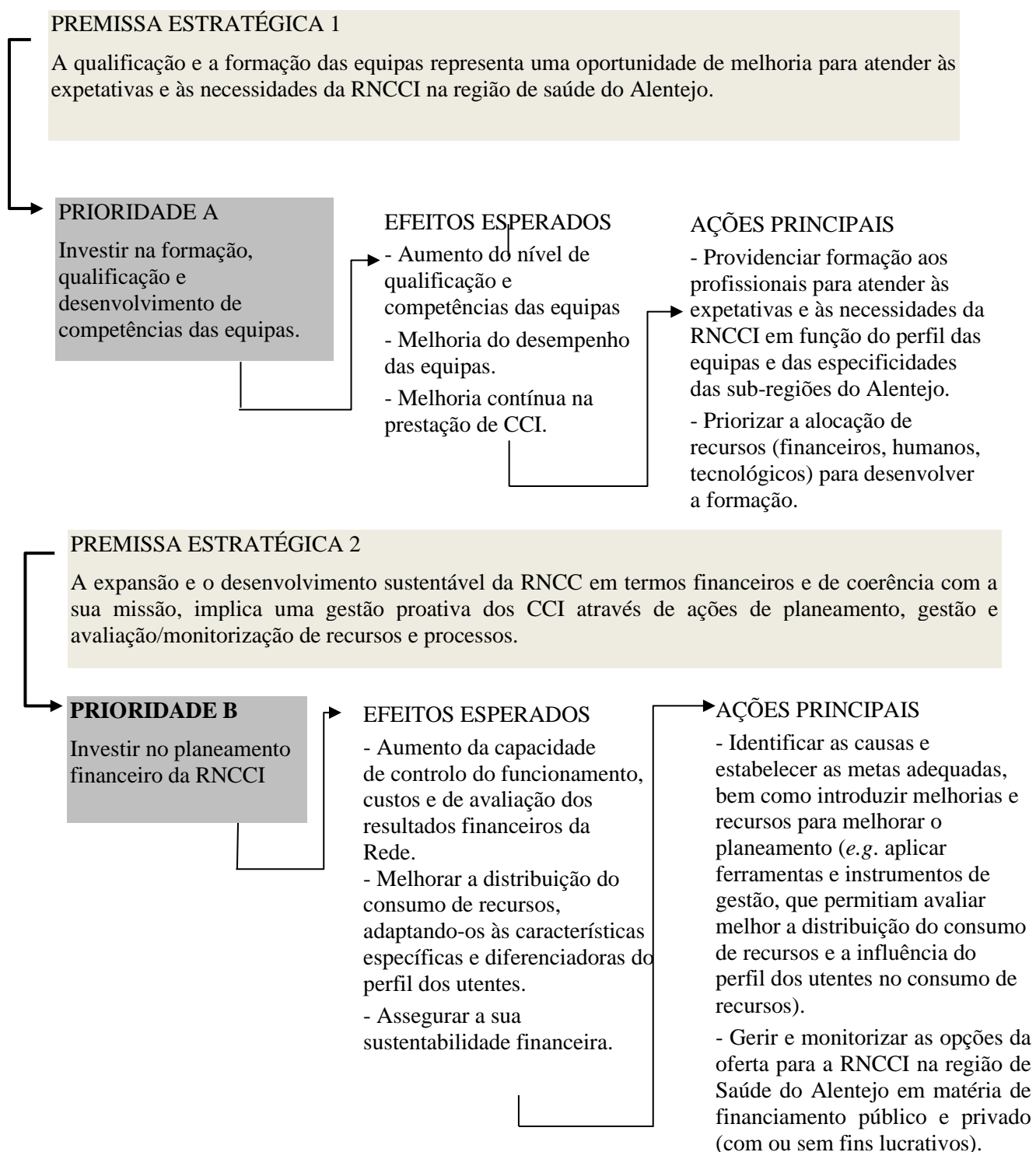
Capítulo 8. RECOMENDAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DO CONHECIMENTO

Este capítulo é dedicado à transferência do conhecimento. Neste apresentam-se as recomendações estratégicas com ações de gestão resultantes das evidências empíricas dos estudos I e II (Apêndice 8).

Na Figura 8.1 apresenta-se uma síntese das recomendações formuladas, tendo por referência as principais evidências do estudo, cujo propósito foi identificar as prioridades, as ações e os seus potenciais efeitos.

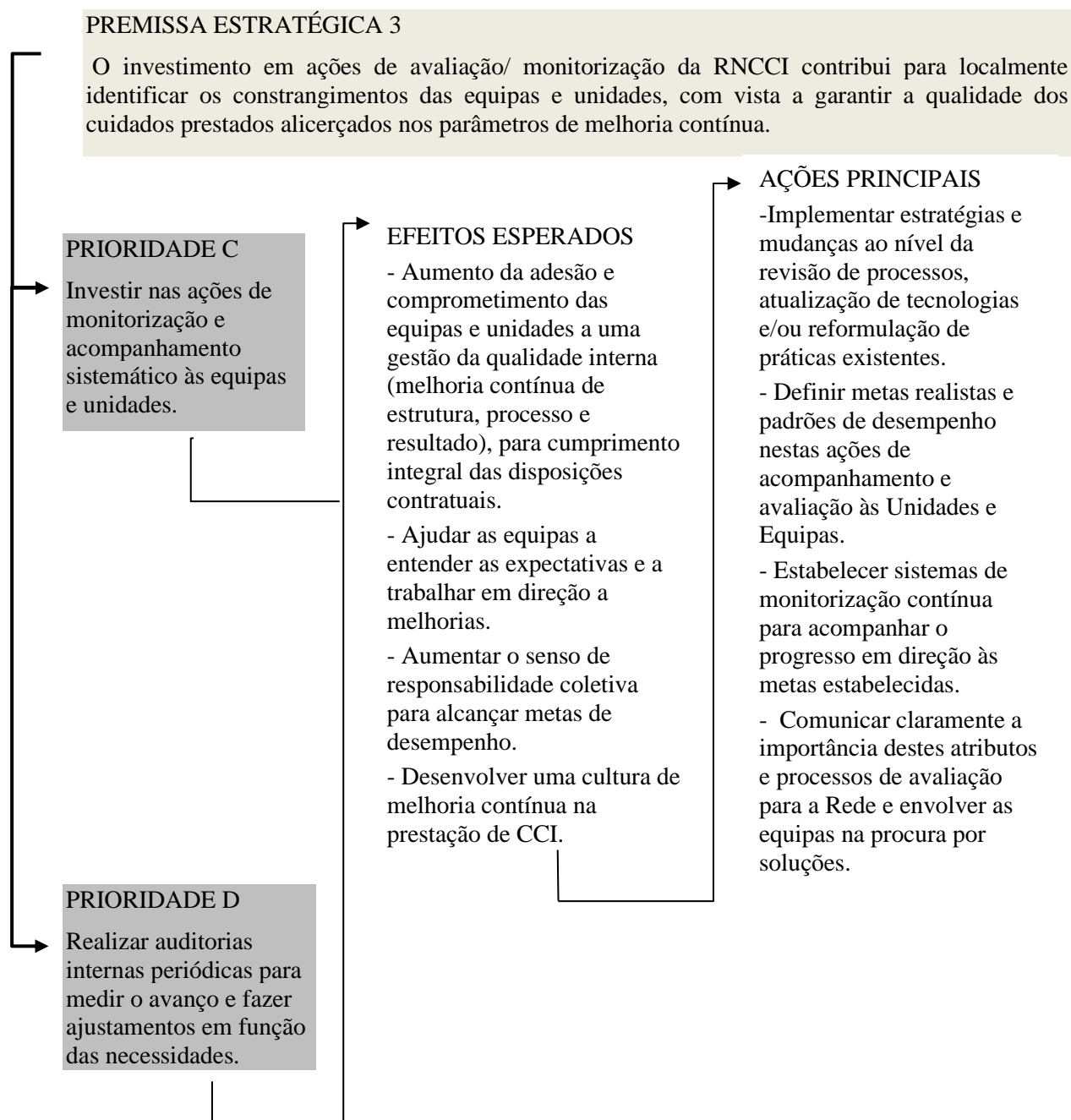
As recomendações aqui formuladas devem ser sempre ajustadas à realidade e à especificidade de cada equipa, unidade e sub-região. Tal impõe um olhar crítico sobre o alinhamento entre os resultados e as prioridades estratégicas definidas, procurando entender melhor as suas causalidades e efeitos antes de proceder à sua efetiva implementação.

Figura 8.1: Recomendações de Ações de Gestão dirigidas à RNCCI na região de Saúde do Alentejo



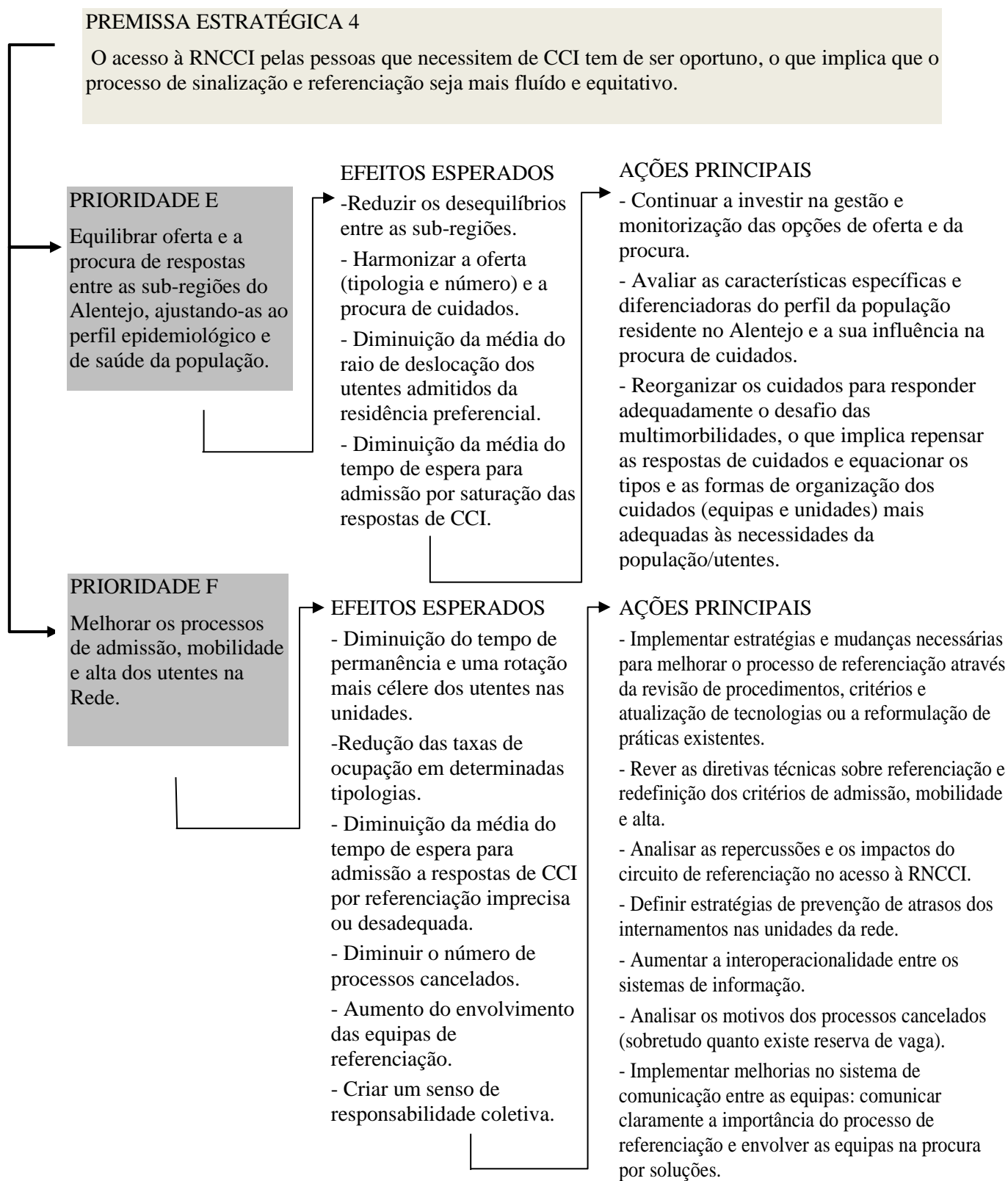
Fonte: Elaboração própria com base nas evidências do estudo e na revisão da literatura

Figura 8.1: Recomendações de Ações de Gestão dirigidas à RNCCI na região de Saúde do Alentejo (continuação)



Fonte: Elaboração própria com base nas evidências do estudo e na revisão da literatura

Figura 8.1: Recomendações de Ações de Gestão dirigidas à RNCCI na região de Saúde do Alentejo (continuação)



Fonte: Elaboração própria com base nas evidências do estudo e na revisão da literatura

Capítulo 9. CONCLUSÕES

Para encerrar este trabalho, este capítulo procura apresentar as principais conclusões do estudo, desdobrando-se em três subsecções principais: 1) uma síntese dos resultados apurados; 2) o valor da investigação, que se traduz na apresentação das principais contribuições teóricas e implicações práticas para a gestão; 3) as limitações e as sugestões de investigação futura.

9.1. Síntese dos resultados

A partir do diagnóstico da RNCCI na região de Saúde do Alentejo, a presente investigação identificou as principais áreas e fatores críticos e as ações orientadoras com vista à melhoria dos processos de gestão da RNCCI.

Entre os principais fatores críticos identificados ao nível da gestão da RNCCI destacam-se: a escassez de pessoal de saúde (*e.g.* médicos e enfermeiros), o desequilíbrio na oferta de estruturas, lugares e vagas entre as sub-regiões, o tempo de demora na gestão dos processos de referenciação (desde a referenciação até à identificação da vaga), o tempo de permanência nas unidades e as elevadas taxas de ocupação nas tipologias ULDM e UMDR, os custos com funcionamento das unidades de internamento, a qualificação e a formação dos recursos humanos, o planeamento financeiro da Rede, a monitorização e a avaliação das equipas e unidades e o desempenho do processo de referenciação.

No que respeita ao diagnóstico de situação, centrado sobretudo na realidade alentejana, foi possível responder aos quatro objetivos específicos.

No que diz respeito ao primeiro objetivo específico - Analisar, para o período 2017-2023, um conjunto de indicadores associados à produção da RNCCI na região de saúde do Alentejo, foi possível apurar as seguintes conclusões:

(1) a capacidade de resposta da RNCCI constitui um domínio fundamental da qualidade dos cuidados, porém, face às necessidades decorrentes de uma maior longevidade e prevalência de comorbilidades crónicas com sucessivos processos de agudização, observa-se um agravamento progressivo da perda de funcionalidade e da qualidade de vida da população. No caso da região de saúde do Alentejo, as taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional assumem valores significativos na população alentejana. Estas circunstâncias acrescentam desafios ao planeamento e gestão dos CCI, especialmente no que se refere à sua capacidade de resposta. Apesar de existir uma boa cobertura da RNCCI na região do Alentejo, em termos de estruturas

e lugares, observaram-se desequilíbrios e assimetrias entre as sub-regiões, comprometendo o acesso da população à Rede;

(2) em relação ao acesso à Rede, tornou-se evidente a grande discrepância entre o tempo previsto para internamento em cada tipologia e o tempo efetivo de internamento dos utentes, o que impacta no tempo de espera até à obtenção de vaga, limitando, conseqüentemente a admissão de novos utentes em tempo útil. Da análise ao número de utentes em espera, importa destacar uma tendência de aumento do número de utentes em espera (sobretudo nas tipologias ULDM), apesar da ligeira quebra em 2020 face a 2018. Observou-se, ainda, que o acesso à Rede tende a ser condicionado por outros fatores, como as elevadas taxas de ocupação em determinadas tipologias (com especial ênfase nas ULDM e UMDR) e o número de cancelamentos de episódios. Conforme adverte a ERS (2024: 15), a utilização do número de utentes em espera como medida das necessidades da população, poderá subvalorizar as necessidades reais ao nível de cuidados continuados integrados, pelo que a demora desde a referenciação até à identificação de vaga na RNCCI “poderá reduzir a pertinência da referenciação para esta rede, promovendo a continuidade de prestação de cuidados em hospitais de agudos ou a alta para instituições sociais ou para o domicílio, quando possível.”;

(3) quanto aos resultados da atividade assistencial, foi possível constatar o aumento dos custos com o funcionamento das unidades e o transporte dos utentes na Rede, assim como um maior número de agudizações na tipologia ULDM, tendo em conta a gravidade e a complexidade dos problemas de saúde dos utentes internados nestas tipologias. A existência de uma tensão entre a redução de custos e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é um facto que persiste na gestão da RNCCI. Neste sentido, os novos modelos de gestão de cuidados devem ser direcionados para grupos de pessoas com necessidades complexas. Contudo, é crucial ter em atenção que a sua reconfiguração pode vir a ter impacto nos doentes e nos prestadores de cuidados (Baxter *et al.*, 2018).

Da análise da articulação entre os três níveis institucionais da Rede, nas quatro sub-regiões do Alentejo, foi possível detetar diferentes realidades, divergências, mas também similaridades, entre os níveis hierárquicos e as sub-regiões do Alentejo. Assim sendo, o método do COSTATIS permitiu, em análises distintas, alcançar diferentes conclusões.

Da análise da Interestrutura, foi possível concluir que os três níveis de gestão manifestaram perceções díspares quanto ao desempenho atribuído à RNCCI, apesar das perceções quanto à importância atribuída terem sido semelhantes entre os níveis tático e operacional-ECCI. Este

resultado poderá ser justificado pela proximidade entre as ECCI e as ECL no que diz respeito ao seu contexto de intervenção (UCC).

Da análise de compromisso, apurou-se a existência de padrões de similaridades e desvios ao nível das percepções entre as quatro sub-regiões. Neste sentido, os resultados revelaram que o Baixo Alentejo se diferencia em relação às restantes sub-regiões, uma vez que a importância atribuída diverge do desempenho percebido, o que poderá ser um indicador de uma maior ou menor satisfação em relação aos atributos. Por outro lado, o desempenho percebido e a importância atribuída nas restantes sub-regiões foram semelhantes, o que poderá indicar maior estabilidade e solidez ao nível das percepções.

Da análise da Co-Inérica, foi possível avaliar as relações de influência da importância atribuída no desempenho percebido em relação aos 26 atributos, tendo-se verificado discrepâncias e similaridades entre os níveis de importância e desempenho. Desta análise concluiu-se a existência de influências fortes em 8 atributos relacionados com as seguintes áreas críticas: Formação e Qualificação dos Recursos Humanos; Planeamento Financeiro; Monitorização e Avaliação da Qualidade.

Tendo por base as percepções de elementos dos diferentes níveis de gestão, das quatro sub-regiões do Alentejo, foi, ainda, possível comparar as expectativas (a importância atribuída) e o desempenho real em relação a 26 atributos específicos da RNCCI. Para o efeito, foi aplicada a IPA, com a finalidade de analisar a relação entre a importância atribuída aos 26 atributos da RNCC e o quão bem esses aspetos estão a ser executados, o que implicou compreender como as percepções de importância e desempenho são formadas como base na comparação entre o importante (o esperado) e o real. Esta análise contribuiu, assim, para concretizar o último objetivo do estudo - identificar ações e estratégias de gestão direcionadas para as áreas de maior importância e de baixo desempenho, visando o alinhamento do desempenho com as expectativas e as prioridades ao nível da gestão da RNCCI na região do Alentejo. Os resultados revelaram que sete atributos pertencem a pontos críticos, os quais devem ser tratados imediatamente para reduzir as deficiências ao nível da gestão da Rede, nomeadamente: a Qualificação e a Formação dos Recursos Humanos; o Planeamento Financeiro da Rede; a Monitorização e a Avaliação das equipas e unidades; e o Desempenho do processo de referenciação. Estas áreas surgiram como as mais expressivas ao nível da gestão da RNCCI, pelo que resultam do consenso das perspetivas dos três níveis hierárquicos, nas quatro sub-regiões do Alentejo.

Em contraste com os principais pontos fracos, foram evidenciados cinco atributos classificados como principais pontos fortes, são eles: Articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede; Coordenação e o controlo da execução dos planos e orçamentos, Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades; Planeamento das respostas necessárias para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades; Divulgação da informação sobre a Rede e os circuitos de sinalização e referenciação. Considerando as avaliações elevadas nestes atributos, quanto à importância e desempenho, a IPA recomenda que devem ser mantidos para proporcionar a excelência da RNCCI, com vista a estabelecer relações mais próximas e duradouras entre os diferentes níveis de gestão da Rede, nas quatro sub-regiões do Alentejo.

9.2. Contribuições e implicações

9.2.1 Contribuições teóricas

Não há dúvida que a literatura à volta dos sistemas de LTC e dos inúmeros desafios que estes colocam aos diferentes países no que diz respeito à sua organização e gestão, além de extensa, permanece na agenda das preocupações e prioridades por parte de diferentes organismos internacionais (OMS, 2021; OCDE, 2021) e nacionais (OPSS, 2011, 2021), entidades públicas (DGS, 2014, 2022; ERS, 2013, 2015, 2022 e 2024), especialistas e académicos (Spasova *et al.*, 2018a; Spasova *et al.*, 2018b; Hashiguchi e Llana-Nozal, 2020; Lopes e Sakellarides, 2021).

Contudo, o desconhecimento e a complexidade da RNCCI trazem desafios e dificuldades à investigação, no sentido de encontrar as respostas que ajudem a compreender a sua organização e funcionamento interno, bem como a refletir sobre qual o melhor caminho a seguir. Por esse motivo, as pesquisas empíricas sobre a gestão da RNCCI continuam parcas e insuficientes. Muitas das pesquisas realizadas em torno da RNCCI centram-se, por um lado, em questões mais gerais, como o panorama de risco da Rede em Portugal (Costa e Mourão, 2015), e, por outro, em temas mais específicos, tais como o circuito e o processo de referenciação e os seus efeitos no acesso à Rede (Fonseca-Teixeira *et al.*, 2020), a articulação entre as entidades intervenientes no processo de referenciação (Rainho, Cabral e Sobral, 2020), a gestão das altas e o tempo de internamento em contexto hospitalar (Santos *et al.*, 2022), o impacto dos processos cancelados na RNCCI (Rainho, Cabral e Barreira, 2021), bem como a avaliação do perfil dos utentes e a sua influência no consumo de recursos em unidades de internamento da Rede (Santana *et al.*, 2017).

Este estudo, enquanto pesquisa empírica sobre a gestão da RNCCI na região de saúde do Alentejo, destaca-se ao elaborar um diagnóstico assente em diferentes domínios e áreas da gestão e planeamento da Rede, que vão além dos processos de referenciação e do acesso à Rede. Através da conjugação de dois métodos distintos – COSTATIS e IPA, o estudo consegue analisar o ecossistema da RNCCI nos seguintes domínios e áreas: RH, Financeira, Qualidade, Desempenho da Resposta e do Processo de Referenciação, Acesso e Atividade Assistencial. O COSTATIS, enquanto AMD de Três-Vias, ao ter em conta a complexidade da RNCCI, permitiu analisar três conjuntos de dados distintos globalmente – os três níveis hierárquicos, as quatro sub-regiões do Alentejo e as avaliações sobre a importância-desempenho de diferentes atributos. Explorar as relações entre diferentes variáveis e adicionar as influências entre si foi fundamental para a compreensão do funcionamento da RNCCI na região do Alentejo. Por seu turno, a IPA, enquanto ferramenta diagnóstica permitiu identificar os atributos mais cruciais em termos da sua necessidade de ação de gestão.

Os resultados que advieram da combinação dos dois métodos trouxeram contributos relevantes para a literatura, ao revelar diferentes realidades, divergências, mas também similaridades, entre os níveis hierárquicos e as sub-regiões do Alentejo. E, neste sentido, perceber que as sugestões propostas pela IPA devem ter em conta as diferentes realidades e especificidades de cada equipa e sub-região.

A aplicação dos métodos de AMD de Três-Vias, designadamente o COSTATIS no contexto das organizações da saúde ainda é limitado, assim como não são conhecidos estudos onde a conjugação destes dois métodos tivesse sido aplicada à realidade da RNCCI.

Além disso, a partir de uma abordagem indutiva e mista (quantitativa e qualitativa), este estudo constrói o seu próprio modelo de investigação alimentado e sustentado na literatura e em dados extraídos de diferentes fontes de informação. Desse cruzamento, o presente trabalho de investigação traz contributos teórico-metodológicos ao se distinguir de outros estudos empíricos, que privilegiam outras abordagens e métodos de análise – ora com um foco mais qualitativo, ora com uma abordagem mais quantitativa, com recurso, por exemplo, a modelos de regressão múltipla (*e.g.* Costa e Mourão, 2015; Pescada, 2017, 2019; Santana *et al.*, 2017; Cabral e Barreira, 2021; Rainho, Cabral e Sobral, 2020, 2021; Fonseca-Teixeira *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2022). Os resultados da pesquisa qualitativa forneceram informações valiosas para identificação das áreas/subáreas e atributos inerentes aos processos de gestão da RNCCI. A pesquisa quantitativa, através da recolha dados de série temporal, evidenciou as características

da RNCCI na região de saúde do Alentejo no que se refere à sua organização, estruturas e atividade assistencial.

9.2.2 Implicações para a gestão

Cruzando as evidências encontradas no estudo empírico I e II, e considerando a atual realidade da RNCCI na região do Alentejo, esta investigação apresenta algumas recomendações estratégicas para promover o desenvolvimento da Rede, conforme exposto no capítulo 8 - Recomendações e Transferência do Conhecimento.

O aumento da esperança de vida, das doenças crónicas e de pacientes com patologias múltiplas e comorbidades indiciam efetivamente o aumento das necessidades de CCI e um desafio à gestão e organização da RNCCI. Perante esta previsibilidade, torna-se fundamental uma estratégia clara ao nível das ações e medidas ajustadas às necessidades, possibilidades e prioridades da população, das equipas e das sub-regiões do Alentejo.

O primeiro passo foi, com base no diagnóstico realizado, detetar os sintomas (pontos críticos) para, posteriormente, identificar as prioridades estratégicas e as ações para promover a melhoria dos processos de gestão da RNCCI. Para além das evidências provenientes da análise dos indicadores relativos à produção da RNCCI, entender como a importância atribuída aos diferentes atributos influencia o desempenho da Rede, permitiu descobrir discrepâncias e coincidências, entre os níveis hierárquicos e as sub-regiões do Alentejo, que são particularmente valiosas para a gestão.

As recomendações formuladas apenas servem para orientar as equipas da Rede e, como tal, devem ser refletidas *in loco* em função das especificidades de cada equipa, tipologia e sub-região. Importa, por isso, olhar criticamente para as ações sugeridas e procurar entender melhor os seus potenciais efeitos antes de proceder à sua efetiva implementação.

9.3. Limitações e sugestões de investigação futura

A tarefa de empreender e operacionalizar um trabalho de investigação obriga à tomada de decisões, desde a seleção do tema e dos objetivos às opções metodológicas, com implicações que, não só condicionam os resultados, como impõem limites ao processo de investigação.

Nos decorrer dos últimos capítulos, foram apresentadas e discutidas algumas das limitações inerentes às opções metodológicas.

A primeira refere-se à delimitação geográfica do estudo, por esse motivo os dados recolhidos reportam-se exclusivamente à realidade da região de saúde do Alentejo, não podendo ser por isso transferíveis para outras realidades/regiões.

A segunda limitação está relacionada com as características da população alvo, estando esta restrita aos elementos com funções de coordenação das equipas e unidades da RNCCI, ficando de fora os restantes profissionais, assim como os utentes e os seus respetivos familiares. Além disso, o facto de não terem sido envolvidos no estudo os *stakeholders*, com intervenção direta e indireta na RNCCI (*e.g.* a ACSS, a Comissão Executiva do SNS, as Autarquias, Especialistas e Investigadores Académicos), comporta outra limitação para o estudo. Perante tais limitações, os resultados não podem ser generalizados para contextos internacionais e para outras áreas geográficas.

Evidenciam-se, ainda, as limitações inerentes aos métodos aplicados. O nível de abstração e de subjetividade na determinação de um conjunto de atributos de medição tornou complexa a análise e a interpretação das informações extraídas a partir dois métodos de análise. No caso específico da IPA, a matriz oferece um entendimento limitado sobre o desempenho da RNCCI-Alentejo, ao classificar todos os atributos emparelhados com o PI (Importance-Performance) num dos quatro quadrantes, o que pode resultar nalgumas desinformações. Portanto, extrair sugestões de gestão idênticas para estes atributos pode resultar, por um lado, na perda de informações específicas de cada um e, por outro, no grau de subjetividade relacionado com sugestões estratégicas.

Apesar das limitações apontadas, a IPA revelou-se uma ferramenta eficaz no contexto desta investigação, uma vez que permitiu destacar os pontos críticos a melhorar ao nível da gestão da RNCCI na região do Alentejo.

Fruto das limitações expostas, e considerando que a investigação é um produto inacabado e em permanente (re) construção, este trabalho deixa em aberto várias possibilidades e sugestões de investigação futura.

Neste sentido, sugere-se a extensão do estudo a outras regiões do país ou realidades internacionais. Além disso, o alargamento do estudo a outros profissionais da RNCCI e *stakeholders* contribuirá para amplificar e enriquecer os resultados, bem como fortificar as recomendações formuladas.

Outra possibilidade de investigação futura será agregar, aos dados recolhidos sobre a capacidade, o acesso e os resultados da atividade assistencial, outros indicadores que permitam

medir com maior clareza e exatidão a eficiência, a efetividade e a qualidade da atividade assistencial da RNCCI.

Acredita-se, assim, que uma investigação mais aprofundada que procure avaliar a RNCCI a partir da interseção de múltiplas leituras e perspectivas (pacientes/utente e famílias, membros da comunidade, prestadores de serviços, líderes de organizações/programas e profissionais de saúde e sociais, administradores e planeadores de sistemas de cuidados), trará valiosos contributos para a reconfiguração do atual modelo de gestão e organização da RNCCI, que se afigura urgente e necessária para fazer face à complexidade dos desafios impostos pela combinação de fatores e determinantes sociodemográficos, epidemiológicos, económicos e financeiros.

Bibliografia

Abrantes, A. & Simões, J. de A. (2018) Thinking Ahead: Portugal's Health in 2027. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3), 141-4. Disponível em: DOI: 10.1159/000488336 (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Administração Central do Sistema de Saúde (2012) Requisitos de Qualidade Mínimos para as Tipologias de Cuidados Continuados Integrados. Standards CCI – Rev. Portugal. ACSS. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Standards%20UCCI.pdf> (Acedido em 8 de agosto de 2023).

Administração Central do Sistema de Saúde (2019) Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. ACSS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/> (Acedido em 08 de agosto de 2023).

Administração Central do Sistema de Saúde (2021) Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2022. ACSS. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf (Acedido em 07 de setembro de 2023).

Administração Central do Sistema de Saúde (2022a) Listagem das unidades da RNCCI. ACSS. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/> (Acedido em 31 de agosto de 2023).

Administração Central do Sistema de Saúde (2022b) Plano de Recuperação e Resiliência. Orientação Técnica Investimento RE-C01-i02 – Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional dos Cuidados Paliativos: Nº 1/C01-i02/2022. ACSS. Disponível em: Republicacao_OT_RNCCI_RNCP.pdf (recuperarportugal.gov.pt) (Acedido em 03 de agosto de 2023).

Administração Central do Sistema de Saúde (2023) Portal de Transparência. ACSS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> (Acedido em 31 de agosto de 2023).

Administração Regional de Saúde do Alentejo (2017) Plano Estratégico 2017-2019, Évora, ARS.

Administração Regional de Saúde do Alentejo (2018) Plano de Atividades 2018, Évora, ARS.

Administração Regional de Saúde do Alentejo (2019) Plano de Atividades 2019, Évora, ARS.

Administração Regional de Saúde do Alentejo (2019) Perfil de Saúde do Alentejo, Évora, ARS. Disponível em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/ObservatorioRegionalSaude/Documents/Perfil%20Regional%20de%20Sa%C3%BAde%202019.pdf> (Acedido em 3 de Agosto de 2023).

Aghajanzadeh, M., Aghabayk, K., Esmailpour, J., & De Gruyter, C. (2022) Importance–Performance Analysis (IPA) of metro service attributes during the COVID-19 pandemic. *Case studies on transport policy*, 10(3), 1661-1672. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cstp.2022.06.005> (Acedido em 22 de março de 2024).

Aini, Q. & Rosa, E. M. (2023) What is the significance of importance performance in the context of a hospital?. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 30(1). Disponível em: <https://doi.org/10.47750/jptcp.2023.1021> (Acedido em 7 de janeiro de 2024).

Alonso, J. G., Olmeda, J. B. & Murillo, J.M. (2021) Tecnologias de Informação e Comunicação e os cuidados a pessoas idosas, in Lopes, M. & Sakellarides, C. (coord.) *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*, Imprensa da Universidade de Évora, 235-249. Disponível em: <https://doi.org/10.24902/uevora.21> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Antunes, V. & Moreira, J. P. (2011) Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4 (2), 129-135. Disponível em: doi: [10.1179/175330311X13016677137743](https://doi.org/10.1179/175330311X13016677137743) (Acedido em 03 de agosto de 2023).

Barros, P. P. & Costa, E. (2022a) Acesso a Cuidados de Saúde. As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia. Cátedra em Economia da Saúde, Fundação “la Caixa” Foundation Chair in Health Economics, BPI e Nova SBE. Disponível em: <https://www.novasbe.unl.pt/pt/sobrenos/projetos-para-um-futuro-melhor/social-equity-initiative/economia-da-saude> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Barros, P. P. (2019) *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos* (4^a ed), Coimbra, Almedina.

Barros, P.P. & Costa, E. (2022b) Orçamento de Estado para Saúde 2023. Observatório da Despesa em Saúde. Cátedra em Economia da Saúde, Fundação “la Caixa” Foundation Chair in Health Economics, BPI e Nova SBE. Disponível em: https://www.bancobpi.pt/contentservice/getContent?documentName=PR_UCMS02068290 (Acedido em 5 de agosto de 2023).

- Barros, P.P., Machado, S.R. & Simões, J. De A. (2011) Portugal. Health system review. *Health System Transit*, 13(4), 1-156. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22222781/> (Acedido em 13 de agosto de 2023).
- Barry, S., Fhallúin, M.N., Thomas, S., Harnett, P.J & Burke, S. (2021) Implementing Integrated Care in Practice – Learning from MDTs Driving the Integrated Care Programme for Older Persons in Ireland. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 15, 1–11. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.4682> (Acedido em 4 de março de 2024).
- Barton, H, Grant, M & Guise, R. (2021) *Shaping Neighbourhoods: For Local Health and Global Sustainability* (3rd ed) London, Routledge. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9780429321245> (Acedido em 7 de agosto de 2023).
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E. & Both, A. (2018) The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18 (350), 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3> (Acedido em 7 de agosto de 2023).
- Bernardino, M. (2022) *Gestão em Saúde. Organização Interna dos Serviços*, Coimbra, Almedina.
- Bouroche, J. M. (1975) *Analyse des données ternaires: la double Analyse en Composantes Principales*. Thèse de 3e cycle, Université de Paris.
- Bowen, P. W., Rose, R. & Pilkington, A. (2017) Mixed methods - theory and practice. Sequential, explanatory approach. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 5(2), 10-27. Disponível em: <http://www.eajournals.org/wp-content/uploads/Mixed-Methods-Theory-and-Practice.-Sequential-Explanatory-Approach.pdf> (Acedido em 7 de agosto de 2023).
- Bruin, S.R., Billings J., Stoop, Annerieke, Lette Manon, Ambugo E. A., Gadsby, E., Häusler, C, Obermann, K., Ahi, G., Reynolds, J., Ruppe, G., Tram, N., Wistow, G., Zonneveld, K., Giel Nijpels, G. & Baan C. (2020) Different Contexts, Similar Challenges. SUSTAIN’s Experiences with Improving Integrated Care in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 20 (2), 17, 1–5. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5492> (Acedido em 7 de agosto de 2023).
- Bryman, A. (2012) *Social Research Methods* (4ª ed), Oxford, University Press.

Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & van Wijngaarden, J. D. (2020) Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Human resources for health*, 18, 1-42. Disponível em: doi: doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3 (Acedido em 4 de março de 2024).

Caldeira, P. (2021) Sistema de Informação, in Lopes, L. & Sakellarides, C. (coord.) *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*, Imprensa da Universidade de Évora, 176-151. Disponível em: <https://doi.org/10.24902/uevora.21> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Campbell, J., Ikegami, N., Gori, C., Barbabella, F., Chomik, R., d'Amico, F., Holder, H., Ishibashi, T., Johansson, L., Komisar, H., Ring, M. & Theobald, H. (2016) How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot, in Gori C, Fernández JL, Wittenberg R (eds) *Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*. Bristol, UK, Policy Press, 47-76. Disponível: <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447305057.003.0004> (Acedido em 15 de agosto de 2023)

Campos, A. C. & Simões, J. (coord.) (2014) *40 anos de abril na saúde* (1ª ed), Coimbra, Almedina.

Cantareroa, D. & Lago-Peñas, S. (2009) The determinants of health care expenditure: a reexamination. *Applied Economics*, 16, 723-726. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1323712> (Acedido em 10 de agosto de 2023).

Cardoso, C. A. M. (2018) A rede nacional de cuidados continuados integrados e os internamentos hospitalares no algarve: Um contributo da metodologia COSTATIS para a gestão das altas em Portimão (2014-2016). Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

Carrol, J. & Chang J. (1970) Analysis of individual differences in multidimensional scaling via an n-way generalization of Eckart-Young decomposition. *Psychometrika*, 35, 283–319.

Carvalho, L. C., Bernardo, M. do R. M., Sousa, I. D. de & Negas, M.C. (2015) *Gestão das Organizações. Uma abordagem integrada e prospetiva* (2ª ed.), Lisboa, Edições Silabo.

Chen, S-H, Pai, F-Y & Yeh, T-M (2020) Using the Importance–Satisfaction Model and Service Quality Performance Matrix to Improve Long-Term Care Service Quality in Taiwan. *Applied*

Sciences, 10(1), 85. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/app10010085> (Acedido em 6 de janeiro de 2024).

Chiavenato, I. (2021) *Introdução à Teoria Geral da Administração* (5ª Ed.), Rio de Janeiro, Editora Atlas.

Ciasullo, M. V., Cosimato, S., Palumbo, R., & Storlazzi, A. (2017) Value co-creation in the health service ecosystems: the enabling role of institutional arrangements. *International Business Research*, 10(12), 222-238. Disponível em: Doi: doi.org/10.5539/ibr.v10n12p222 (Acedido em 12 de março de 2024).

Clarkson, P., Davies, S., Hughes, J., Xie, C., Stewart, K., Clifford, P. & Challis, D. (2018) Priorities for long-term care resource allocation in England: Actual allocation versus the views of Directors of Service and older citizens. *Journal of Long-Term Care*, 13–23. Disponível em: [doi:10.21953/lse.szdir7uvfpzg](https://doi.org/10.21953/lse.szdir7uvfpzg) (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011) Help wanted. *Ageing and long-term care*, 17 (2-3) Disponível em: https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0018/150246/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf#page=6 (Acedido em 11 de Agosto de 2023).

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo) (2021) Programa Regional do Alentejo 2021-2027. Disponível em: <http://www.alentejo.portugal2020.pt/index.php/documentacao/file/756-programa-regional-do-alentejo-2021-2027>(Acedido em 2 de agosto de 2023).

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo) (2023). Observação Das Dinâmicas Regionais Do Alentejo. Disponível em: <https://giserver.ccdr-a.gov.pt/odr/> (Acedido em 2 de agosto de 2023).

Comissão Europeia (2021) The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070). Disponível em: https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2021-10/ip148_en.pdf (Acedido em 9 de agosto de 2023).

Conselho das Finanças Públicas (2022) Evolução do desempenho do serviço nacional de saúde em 2021. Relatório nº 07/2022. Disponível em: <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/sectores-das-administracoes-publicas/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2021~> (Acedido em 9 de agosto de 2023).

Conselho Nacional de Cuidados Continuados (2016) Estudo das dificuldades sentidas pelos Prestadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ordem dos Médicos. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estudo_FINAL_29NOV2016.pdf (Acedido em 27 julho de 2023).

Coolican, H. (2014) *Research methods and statistics in psychology* (6 th ed), Psychology Press.

Costa, C., Santana, R., & Boto, P. (2008) Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 67-102. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95000/1/E-04-2008.pdf> (Acedido em 7 de setembro de 2023).

Costa, J. L. D., & Mourão, V. (2015) A perspectiva do risco na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal: uma reflexão de peritos e decisores em saúde. *Saúde e Sociedade*, 24, 501-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200009> (Acedido em 5 de setembro de 2023).

Creswell, J. W. & Clark, V. L. (2011) *Designing and conducting mixed methods research* (2th ed), Thousand Oaks, CA, Sage publications.

Creswell, J. W. (2014) *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed), Thousand Oaks, CA, Sage publications.

Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Baltaxe, E., Roca, J., Ruths, S., Stokes, J., Struckmann, V., Hacek, R. T., Zemplényi, A., Hoedemakers, M. & Mölken, M. R. (2020) The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs. *BMC Health Services Research*, 20, 1102. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05917-9> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Mello, J. de A., Wellens, N. I., Hermans, K., De Stampa, M., Cerase, V., Vereker, N. & Declercq, A. (2023) The implementation of integrated health information systems—research studies from 7 countries involving the InterRAI assessment system. *International journal of integrated care*, 23 (1). Disponível em: doi: [10.5334/ijic.6968](https://doi.org/10.5334/ijic.6968) (Acedido em 10 de março de 2024).

Del Pozo-Rubio, R. & Jiménez-Rubio, D. (2020) The challenge of sustaining long-term care in aging societies: lessons from Japan and Spain: Comment on "Financing long-term care: lessons from Japan". *International Journal of Health Policy and Management*, 9(12), 520-523. Disponível em: doi:10.15171/ijhpm.2019.143 (Acedido em 7 de setembro de 2023).

Direção-Geral de Saúde (2010) *Plano Nacional de Saúde. Definição de Doença Crónica*, Lisboa, DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf> (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Direção-Geral de Saúde (2014) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados*, Lisboa, DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/roteiros-de-intervencao-do-plano-nacional-de-saude/> (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Direção-Geral de Saúde (2022) *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*, Lisboa, DGS. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Dolinsky, A. L. (1991) Considering the competition in strategy development: an extension of importance–performance analysis. *Journal of Health Care Marketing*, 11(1), 31–36.

Dolinsky, A. L., & Caputo, R. K. (1991) Adding a competitive dimension to importance–performance analysis: an application to traditional health care systems. *Health Care Marketing Quarterly*, 8(3/4), 61–79.

Donabedian, A. (2003) *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Donabedian, A. (2005) Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> (Acedido em 3 de abril de 2023).

Doledec, S. & Chessel, D. (1994) Co-inertia analysis: an alternative method for studying species–environment relationships. *Freshwater Biology*, 31, 227–294.

Dray, S., Chessel, D., & Thioulouse, J. (2003) Co-inertia analysis and the linking of ecological data tables. *Ecology*, 84(11), 3078–3089

Dray, S. & Dufour, A.B. (2007) The ade4 package: implementing the duality diagram for ecologists. *Journal of Statistical Software*, 22(4), 1–20. Disponível em: <http://pbil.univ-lyon1.fr/ADE-4>. (Acedido em 10 de outubro de 2023).

Eliseu, G. (2021) Monitorização e acompanhamento das unidades de cuidados continuados integrados, in Lopes, L. & Sakellarides, C. (coord.) *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*, Imprensa da Universidade de Évora, 152–159. Disponível em: <https://doi.org/10.24902/uevora.21> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Entidade Reguladora da Saúde (2013) Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, Porto, ERS. Disponível em: www.ers.pt (Acedido em 27 de julho de 2023).

Entidade Reguladora da Saúde (2015) Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos, Porto, ERS. Disponível em: www.ers.pt (Acedido em 27 de julho de 2023).

Entidade Reguladora da Saúde (2022) Informação de Monitorização. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Porto, ERS. Disponível em: www.ers.pt (Acedido em 27 de julho de 2023).

Entidade Reguladora da Saúde (2024). Informação de Monitorização sobre acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Porto, ERS. Disponível em: www.ers.pt (Acedido em 8 de março de 2024).

Equipa de Coordenação Regional do Alentejo (2021) Informação do Sistema de Informação da RNCCI entre 2017-2020, Alentejo, ECR.

Escofier, B. & Pagès, J. (1985) Mise en oeuvre de l'AFM pour les tableaux numériques, qualitatifs ou mixtes. *Publication interne de l'IRISA*, 429.

Escoufier, Y. (1973) Le traitement des variables vectorielles. *Biometrics*, 29 (4), 750- 760.

Escoval, A. (2010) O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7-24. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4461/1/T-10%20ESCOVAL%20p-7.pdf> (Acedido em 24 de agosto de 2023).

Escoval, A., Lívio, A. & Ribeiro, R. (2011) *Contratualização em Cuidados Integrados*. Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Escoval, A., Lívio, A. & Ribeiro, R. (2013) *Monitorização, identificação de constrangimentos e análise do impacto da RNCCI na eficiência hospitalar: impacto da RNCCI na demora média hospitalar*. Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Escoval, A., Santos, A. T. L. & Barbosa, P. (2016) Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus, actas de saúde colet*, 10 (1), 17-27,

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858> (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Estevens, J. (2017) Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*, 56, INE, 41-63. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=297753044&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2 (Acedido em 3 de agosto de 2023).

European Commission (2019) Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe – An overview of current approaches and opportunities for improvement – Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment, Directorate-General for Health and Food Safety, Publications Office. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/346480> (Acedido em 11 de agosto de 2023).

Eurostat (2019) Database. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Acedido em 10 de agosto de 2023)

Eurostat (2023) Regions in Europe – 2023 Edition. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/regions-2023> (Acedido em 4 de agosto de 2023).

Feldhaus, I. & Mathauer, I. (2018) Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured Part V Resources 373 review of the literature. *BMC Health Services Research*, 18 (1), 996. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3779-1> (Acedido em 14 de agosto de 2023).

Feng, Z & Glinskaya, E. (2020) Aiming higher: advancing public social insurance for long-term care to meet the global aging challenge: comment on “financing long-term care: lessons from Japan.” *International Journal of Health Policy and Management*, 9(8), 356-359. Disponível em: doi:10.15171/ijhmp.2019.121 (Acedido em 14 de agosto de 2023).

Fernandes, A. A. (2014) Saúde, doença e (r)evolução demográfica, in Fonseca, A. (coord.) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (1ª ed), Vialonga, Coisas de Ler Editora, 9-30.

Flick, U (2005) *Métodos qualitativos na Investigação Científica* (1ª ed), Lisboa, Monitor.

Flick, U. (2011) *Introducing research Methodology*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

- Fonseca-Teixeira, S., Parreira, P., Freitas, M. J., Mónico, L., Mariano, L., Alonso, J. G., & Amado, J. (2019) Effectiveness of long-term health care in home context versus institutional care for the elderly dependent. *BMC Health Services Research*, 19 (1), A56. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/31347> 87 (Acedido em 12 de fevereiro de 2023).
- Garattini, L., Badinella Martini, M., & Nobili, A. (2022) Integrated care in Europe: time to get it together?. *Applied Health Economics and Health Policy*, 20 (2), 145-147. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00680-2> (Acedido em 10 de julho de 2023).
- Geyer, J. (2020) Notes About Comparing Long-term Care Expenditures Across Countries: Comment on “Financing Long-term Care: Lessons From Japan, *International Journal of Health Policy and Management*, 9(2), 80-82. Disponível em: doi: 10.15171/ijhpm.2019.87 (Acedido em 2 de agosto de 2023).
- Giarelli, G. & Saks, M. (Eds.) (2023) *National Health Services of Western Europe: Challenges, Reforms and Future Perspectives*. Taylor & Francis. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9781003139799> (Acedido em 14 de janeiro de 2024).
- Greene, J.C. (2015) The Emergence of Mixing Methods in the Field of Evaluation. *Qualitative Health Research*, 25(6), 746-750. Disponível em: doi:[10.1177/1049732315576499](https://doi.org/10.1177/1049732315576499) (Acedido em 14 de janeiro de 2024).
- Gonçalves, J. Pinto, A., Batista, M., Pereira, A. & Bovi Ambrosano, G. (2014) Importance-performance analysis: Revisiting a tool for the evaluation of clinical services. *Health*, 6, 285-291. Disponível em: Doi: [10.4236/health.2014.65041](https://doi.org/10.4236/health.2014.65041) (Acedido em 6 de julho de 2023).
- Gordon, D., McKay, S., Marchildon, G., Bhatia, R. S. & Shaw, J. (2020) Collaborative governance for integrated care: insights from a policy stakeholder dialogue. *International Journal of Integrated Care*, 20 (1). Disponível em: doi: 10.5334/ijic.4684 (Acedido em 6 de julho de 2023)
- Guerra, G. S., Berbiche, D. & Vasiliadis, H.M. (2019) Measuring multimorbidity in older adults: comparing different data sources. *BMC Geriatrics*, 19 (1), 166. Disponível em: DOI: [10.1186/s12877-019-1173-4](https://doi.org/10.1186/s12877-019-1173-4) (Acedido em 12 de agosto de 2023).
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017) *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* (2ª Ed.), Los Angeles, Sage.

Harnett, P.J., Kennelly, S. & Williams, P. A (2020) 10 Step Framework to Implement Integrated Care for Older Persons. *Ageing International*, 45, 288–304. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12126-019-09349-7> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Harshman, R. A. (1970) Foundations of the PARAFAC Procedure: Models and conditions for an explanatory multi-mode factor analysis. *UCLA Working Papers in Phonetics*, 16, 1-84.

Hashiguchi, T. C. O. & Llana-Nozal, A. (2020) The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?, *OECD Health Working Papers*, 117, OECD Publishing. Disponível em: DOI: 10.1787/2592f06e-en (Acedido em 4 de agosto de 2023).

Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007) Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), 574-596. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00573.x> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Henriques, C. & Gandra, P. (2022) A reforma dos cuidados continuados – um caminho ainda em construção, in Ramos, F.V. (coord.) *Ação em Políticas de Saúde*, Coimbra, Almedina, 31-47.

Hespanha, P. H. & Hespanha, M. J. (2011) O Papel das Redes Sociais nas Políticas Sociais. O caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, in Portugal, S. & Martins, P. H. (Org). *Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 83-104.

Hjortskoc, M. (2020) Interpreting Expectations: Normative and predictive expectations from the citizens' viewpoint. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.72> (Acedido em 8 de agosto de 2023).

Hogeveen, S., Beltzner (2022) A Maturity Model for Integrated Care –Advancing Integrated Care Implementation at Every Level. *International Journal of Integrated Care*, 22(S3), 163. Disponível em: doi: doi.org/10.5334/ijic.ICIC22163 (Acedido em 12 de março de 2024).

Ikegami, N. (2019) Financing long-term care: lessons from Japan. *Int J Health Policy Manag*, 8 (8), 462-466. Disponível em: doi:10.15171/ijhpm.2019.35 (Acedido em 15 de agosto de 2023).

Ikegami, N. (2020) Key issues in designing long-term care systems: a response to recent commentaries. *Int J Health Policy Manag*, 9 (12), 542– 544. Disponível em: doi:10.34172/ijhpm.2020.42 (Acedido em 15 de agosto de 2023).

Ikegami, N. & Campbell, J. C. (2002) Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy & Administration*, 36(7), 719-734. Disponível em: [10.1111/1467-9515.t01-1-00313](https://doi.org/10.1111/1467-9515.t01-1-00313) (Acedido em 15 de agosto de 2023).

Instituto Nacional de Estatística (2020) Inquérito Nacional de Saúde – 2019, INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2 (Acedido em 15 de agosto de 2023).

Instituto Nacional de Estatística (2021) O que nos dizem os Censos sobre dinâmicas territoriais, INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=593066534&DESTAQUESmodo=2 (Acedido em 10 de agosto de 2023).

Instituto Nacional de Estatística (2021) O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pela população com incapacidades, INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=588087444&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt (Acedido em 10 de agosto de 2023).

Instituto Nacional de Estatística (2021) XVI Recenseamentos Gerais da População, INE. Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt (Acedido em 10 de agosto de 2023).

Instituto Nacional de Estatística (2023) Estatísticas da Saúde – 2021, INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2 (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2023) Boletim Epidemiológico. *Observações*, 12 (33). INSA. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultura-cientifica/publicacoes/boletim-epidemiologico-observacoes-numero-33/> (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Ivankova, N. V., Creswell, J. W. & Stick, S. L. (2006) Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field methods*, 18(1), 3-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1525822X05282260> (Acedido em 3 de agosto de 2022).

Jaffrenou, P. A. (1978) Sur l'analyse des familles finies de variables vectorielles: bases algébriques et applications à la description statistique. Thèse 3ème Cycle. Lyon, Université de Lyon.

Joël, M. E., Dufour-Kippelen, S. & S. Samitca (2010) Long-term care in Portugal: Some elements of context, *ENEPRI Research Report*, 84. Disponível em: <https://www.files.ethz.ch/isn/122416/Portugal.pdf> (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Johnson, M. D., Anderson, E. W. & Fornell, C. (1995) Rational and adaptive performance expectations in a customer satisfaction framework. *Journal of Consumer Research*, 21, 4, 695 (12). Disponível em: <https://ecommons.cornell.edu/server/api/core/bitstreams/547377f1-7502-49ab-833c-f04081489351/contentn> (Acedido em 10 de fevereiro de 2024).

Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004) Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. Disponível em: doi:10.3102/0013189X033007014 (Acedido em 20 de fevereiro de 2024).

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007) Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. Disponível em: doi:10.1177/1558689806298224 (Acedido em 20 de fevereiro de 2024).

Kabene, S.M., Orchard, C., Howard, J.M., Soriano, M. A. & Leduc, R. (2006) The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4 (20), 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-20> (Acedido em 3 de março de 2024).

Kaehne, A. (2022) The Future of Integrated Care, in *Integrated Care: Reflections on Change in Health Services*, 7-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/978-1-80117-978-220221002> (Acedido em 3 de março de 2023).

Kaplan, A.D., Dominis, S., Palen, J.G. & Quain, E. E. (2013) Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries? *Human Resources Health*, 11 (6), 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-6> (Acedido em 3 de março de 2024).

Kiers, H. (1988) Comparison of Anglo-Saxon and French Three-Mode Methods. *Statistique et Analyse des Données*, 13, 14-32.

Kiers, H. (1991) Hierarchical Relations among Three-Way Methods. *Psychometrika*, 56, 449-470.

Kim, S., Chae, J. & Nam, S.I. (2022) Changes in the Equity of the Long-Term Care System in Korea Based on Coulter Index Differences for the Years 2000, 2008, and 2015. *Journal of Aging and Social Policy*, 34 (1), 91-107. Disponível em: [10.1080/08959420.2020.1851428](https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1851428) (Acedido em 3 de março de 2024).

Kodner, D. L. (2009) All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13, 6-15. Disponível em: doi: [10.12927/hcq.2009.21091](https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091) (Acedido em 3 de novembro de 2022).

Kroonenberg, P. & Leeuw, J. (1980) Principal Component Analysis of Three-Mode Data by Means of Alternating Least Squares Algorithms. *Psychometrika*, 45, 69-97.

L'Hermier des Plantes (1976) *Structuration des Tableaux à Trois Indices de la Statistique*. Thèse de troisième cycle, Université de Montpellier.

Lavit, C. (1988) Presentation de la Méthode STATIS Permettant L'analyse Conjointe de Plusieurs Tableaux de Donn'ees Quantitatives. *Cahiers de la Recherche D'evoloppement*, 18, 49-60.

Lavit, C., Escoufier, Y., Sabatier, R. & Traissac, P. (1994) The ACT (STATIS Method). *Computational Statistics and Data Analysis*, 18, 97-119.

Leech, N. & Onwuegbuzie, A. J. (2009) A typology of mixed methods research designs. *Quality and Quantity*, 43, 265-275. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11135-007-9105-3> (Acedido em 23 de junho de 2024).

Leijten, F. R. M., Struckmann, V., Van Ginneken, E., Czepionka, T., Kraus, M., Reiss, M. & Tsiachristas, A. (2018) The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*, 122 (1), 12–22. Disponível em: [Doi: org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002) (Acedido em 3 de novembro de 2023).

Lopes, M. (coord.) Felismina, M., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., Cardozo, S. Fonseca, A., Novas, V. C., Eliseu, G., Serra, I., Morais, C. (2010) Plano Nacional De Saúde 2011-2016. *Cuidados Continuados Integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora, Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Lopes, L. (2021) Uma estratégia que assuma uma cultura de transformação, in Lopes, L. & Sakellarides, C. (coord.) (2021) *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*. Imprensa da Universidade de Évora, 231-234 Disponível em: <https://doi.org/10.24902/uevora.21> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

- Lopes, L. & Sakellarides, C. (coord.) (2021) *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*. Imprensa da Universidade de Évora. Disponível em: <https://doi.org/10.24902/uevora.21> (Acedido em 5 de agosto de 2023).
- Lu, S-L., Kao, H-O., Chang, B-L., Gong, S-I., Liu, S-M., Ku, S-C. & Jerng, J-S. (2020) Identification of quality gaps in healthcare services using the SERVQUAL instrument and importance-performance analysis in medical intensive care: a prospective study at a medical center in Taiwan. *BMC Health Serv Res*, 20, 908. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05764-8> (Acedido em 22 de março de 2024).
- Marengoni, A., Melis, R.J.F., Prados Torres, A. & Onder, G. (2016) Multimorbidity: epidemiology and models of care. *BioMed Research International*. 7029027, 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/7029027> (Acedido em 5 julho de 2023).
- Martilla, J. A., & James, J. C. (1977) Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing*, 41(1), 77-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/002224297704100112> (Acedido em 27 de abril de 2024).
- Martins, M. R. O. & Rodrigues, I. (2014) Projeções de indicadores de saúde (2010-2030). In: Rodrigues, T. F. & Martins, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança* (1ª ed.), Lisboa, Instituto Hidrográfico, 139-174.
- Martins, M. R. O., Rodrigues, I. & Rodrigues, T. F. (2014) Projecting Health Outcomes for Portuguese Ageing Population: Challenges and Opportunities. *Health*, 6, 1874-1882.
- Melchiorre, M.G., Lamura, G., Barbabella, F. & ICARE4EU (2018) eHealth for people with multimorbidity: results from the ICARE4EU project and insights from the “10 e’s” by Gunther Eysenbach. *PLoS One*, 13(11). Disponível em: doi: [10.1371/journal.pone.0207292](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207292) (Acedido em 11 de agosto de 2023).
- Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2016) Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, MS e MTSS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf> (Acedido em 6 de maio de 2020)
- Ministério da Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde (2023) Transparência SNS. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified> (Acedido em 9 de agosto de 2023).

Ministério das Finanças (2023) Orçamento de Estado. Nota Explicativa. Lisboa, Ministério da Saúde.

Miranda, F. J., Chamorro, A., Murillo, L. R., & Vega, J. (2010) An importance-performance analysis of primary health care services: managers vs patients perceptions. *Journal of Service Science and Management*, 3 (02), 227. Disponível em: doi:10.4236/jssm.2010.32027 (Acedido em 6 de março de 2024).

Morgan, D. L. (2014) *Integrating qualitative and quantitative methods: A pragmatic approach*. Sage Publications.

Morse, J. M. e Niehaus, L. (2016) *Mixed method design: Principles and procedures*. London and New York, Routledge, Taylor and Francis Group.

Myerholtz, L., Sowa, N.A. & Lombardi, B. (2023) Integrated Behavioral Health Care. In: Daaleman, T.P. & Helton, M.R. (eds) *Chronic Illness Care*. Cham, Springer International Publishing, 431-445. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-031-29171-5_33 (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Nadash, P. (2020) The evolution of long-term care programs: comment on financing long-term care: lessons from Japan, *International Journal of Health Policy and Management*, 9 (1), 42-44. Disponível em: doi: 10.15171/ijhpm.2019.79. (Acedido em 3 de agosto de 2023).

Namey, E., Guest, G., Thairu, L. & Johnson, L. (2008) Data reduction techniques for large qualitative data sets. In: G. Guest, and K. M. MacQueen (Eds). *Handbook for team based qualitative research*. Altimera Press, 137-159

Nancarrow, SA, Booth, A., Ariss S., Smith, T., Enderby P. & Roots A. (2013) Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resource Health*, 10, 11-19. Disponível em: doi: 10.1186/1478-4491-11-19 (Acedido em 4 de março de 2024).

Nielsen, C.R., Halling, A. e Andersen-Ranberg, K. (2017) Disparities in multimorbidity across Europe- findings from the SHARE Survey. *European Geriatric Medicine*, 8(1), 16-21. Disponível em: doi: 10.1016/j.eurger.2016.11.010 (Acedido em 6 de agosto de 2023).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011) Da Depressão da Crise para a Governação Prospectiva da Saúde. Relatório Primavera 2011, OPSS. Disponível em: <https://www.opssaude.pt/relatorios-de-primavera/> (Acedido em 16 de agosto de 2022).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). Acesso aos Cuidados de Saúde: um direito em risco? Relatório de Primavera 2015, OPSS. Disponível em <https://www.opssaude.pt/relatorios-de-primavera/> (Acedido em 13 de agosto de 2022).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2017) Viver em tempos incertos Sustentabilidade e equidade na saúde. Relatório Primavera 2017. OPSS. Disponível em: <https://www.opssaude.pt/relatorios-de-primavera/> (Acedido em 13 de agosto de 2022).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2022) E Agora? Relatório Primavera 2022, OPSS. Disponível em: <https://www.opssaude.pt/relatorios-de-primavera/> (Acedido em 13 de agosto de 2023).

Oh, H. (2001) Revisiting importance–performance analysis. *Tourism management*, 22 (6), 617-627. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(01\)00036-X](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(01)00036-X) (Acedido em 23 de março de 2024).

Oliver, R.L. (1980) A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 4(17). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/002224378001700405> (Acedido em 23 de março de 2024).

Onder, G., Palmer, K., Navickas, R., Jurevičienė, E., Mammarella, F., Strandzheva, M., Mannucci, P., Pecorelli, S., Marengoni, A. (2015) Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *European Journal of Internal Medicine*, 26(3),157-159. Disponível em: doi: [10.1016/j.ejim.2015.02.020](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.020) (Acedido em 7 de maio de 2022).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2019) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> (Acedido em 7 de maio de 2022).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2020) Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. *Health Policy Studies*, Paris, OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies (2021) *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*, Paris, OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023) Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023, OECD. Disponível em <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Osborn, D. (2022) Environment and health: how do we close the gap to prevent ill-health, poor well-being, and environmental degradation? *Environment*, 4, 14. Disponível em: <https://doi.org/10.14324/111.444/ucloe.000043> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Ovretveit, J. (2011) Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Quality and Safety*, 20, 18–2. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Patton, M. Q. (2015) *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.), Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Pavolini, E., & Ranci, C. (2008) Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246–259. <https://doi.org/10.1177/0958928708091058> (Acedido em 7 de agosto de 2023).

Pereira, C., Fonseca, C. & Pinho, L. (2021) A rede nacional de cuidados continuados integrados em Portugal, in Lopes, L. & Sakellarides, C. (coord.) *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*, Imprensa da Universidade de Évora, 39-51. Disponível em: <https://doi.org/10.24902/uevora.21> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Pescada, S. S. P. V. (2017) Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: um diagnóstico orientado. *Portugal, Território de Territórios. Atas do IX Congresso Português de Sociologia*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia. Disponível em: http://www.aps.pt/ix_congresso/actas (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Pescada, S. S. P. V. (2019) *As Dinâmicas Dos Cuidados Continuados Integrados Na Região Do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia De Atores e Futuros Possíveis*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto Formação Avançada. Universidade De Évora.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014) *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (6ª Ed.), Lisboa, Edições Silabo.

Petronilho, F. A., Pereira, F. M., & Silva, A. A. (2014) Critérios de Decisão Sobre o Destino do Doente Dependente no Autocuidado após a Alta Hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, Série II, 35-43. Disponível em: <https://goo.gl/PVStSr> (Acedido em 27 de março de 2024).

PORDATA (2021) Censos em Portugal 2021. Disponível em: <https://www.pordata.pt/> (Acedido em 5 de agosto de 2023).

Portugal (1983) Decreto-Lei n.º 129/83, de 14 de março. Diário da República n.º 60/1983, Série I, 894 – 896.

Portugal (1998) Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho, Diário Da República Série II, n.º 138, 8328-8332.

Portugal (2006a) Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República I Série – A, 3856-3865.

Portugal (2006b) Despacho conjunto n.º 19040/2006, de 19 de setembro. Diário Da República 2.ª Série, N.º 181, 19247.

Portugal (2007) Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro. Diário Da República Série II, n.º 181, 27412-27414.

Portugal (2008) Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, Série I, 1182 – 1189.

Portugal (2010) Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. Diário da República n.º 19/2010, Série I, 257 – 263.

Portugal (2014) Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República n.º 174/2014, Série I, 4865 – 4882.

Portugal (2015) Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro. Diário da República n.º 199/2015, Série I, 8815 – 8831.

Portugal (2016) Despacho n.º 201/2016, 7 de janeiro. Diário da República n.º 4, 2.ª série, 571 – 573.

Portugal (2019) Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019, Série I revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108> (Acedido a 24 de agosto de 2023).

Portugal (2022) Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Diário da República n.º 150/2022, Série I, 5 – 52.

Portugal (2022) Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro. Diário da República n.º 185/2022, Série I, 2 – 21.

Portugal (2023) Decreto-Lei n.º 102/2023, de 11 de julho. Diário da República n.º 215/2023, Série I, 4 – 20.

Qin, X., Huang, YN., Hu, Z., Chen, K., Li, L., Wang, R.S. & Wang, B. (2023) Human resource management research in healthcare: a big data bibliometric study. *Human Resources Health*, 21 (94), 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00865-x> (Acedido em 3 de março de 2024).

R Development Core Team (2009) *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <http://www.R-project.org>.

Rainho, M., Carvalho, A. & Sobral, M. (2020) Gestão da alta hospitalar e referenciação para a rede nacional de cuidados continuados integrados: um estudo de caso hospital. *Egitania Scientia*, 2(27), 143–161. Disponível em: <https://doi.org/10.46691/es.v2i27.125> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Rainho, M., Carvalho, A. & Barreira, J. (2021) O impacto dos processos cancelados na rede nacional de cuidados continuados integrados na região norte de Portugal (2014-2015). *Egitania Scientia*, 1(28), 77–100. Disponível em: <https://doi.org/10.46691/es.v1i28.87> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Ramos, F. (2022) O sistema de saúde em Portugal, in Ramos, F. (coord.) *Ação em Políticas de Saúde*, Coimbra, Almedina, 31-47.

Reibling, N., Ariaans, M., & Wendt, C. (2019) Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, 123 (7), 611-620. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Reis, V. P. D. (2004) Gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 7-17. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16979/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202003%20-%20v22n1a01%20-%20p.7-17.pdf> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Reis, V. P. (2007) *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa, Companhia das Ideias.

Robinson, R. V., David, E. J. R. & Hill, M. (2016) Participatory mixed methods research across cultures. In L. A. Jason, and D. S. Glenwick (Eds). *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative and mixed methods*. Oxford University Press.

- Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A., Kadu, M., Ehrenberg, N., Stein, V., & Tsiachristas, A. (2020) Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics*, 21, 1211-1221. Disponível em: doi: 10.1007/s10198-020-01217-5 (Acedido em 7 de julho de 2023).
- Rodrigues, J. (2022) A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Onde Estamos? in Ramos, F. (coord.) *Ação em Políticas de Saúde*, Coimbra, Almedina, 111-127.
- Rosa, M. J. V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2003) Techniques to identify themes. *Field methods*, 15 (1), 85- 109. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1525822X02239569> (Acedido em 2 de julho de 2022).
- Santana, P. (2014) A Saúde dos Portugueses, in Campos, A. C. & Simões, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde* (1ª ed), Coimbra, Almedina, 69-92.
- Santana, R. & Costa, C. (2008) Integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29-56. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19698/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a02%20-%20p.29-56.pdf> (Acedido em 4 de setembro de 2023).
- Santana, R., Marques, A. P., Lopes, S., Boto, P., Telles, J. L., Félix, S. & Moita, B. (2017) A Influência das Características dos Prestadores e dos Utentes no Consumo de Recursos em Unidades de Cuidados Continuados. *Portuguese Journal of Public Health*, 35 (2), 114-125. Disponível em: doi: 10.1159/000479756 (Acedido em 4 de setembro de 2023).
- Santos, A. D., Silva, N. T. D., Castela, G. & Vale, S. (2019) Three-Way Multiblock Methods for Decision-Making in Health Services: A COSTATIS Approach to Improving Management at a Private Clinical Laboratory, in *8th International Conference on Business Sustainability (BS'18)*, 7, 184-194. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11144/6341> (Acedido em 12 de março de 2024).
- Santos, R., Ferro, A. P., Camões, J. F., Lopes, C. S., Rocha, C., & Morais, S. A. (2022) Desafios da Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: A Experiência num Hospital. *Medicina Interna*, 29 (2), 95-102. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/rspmi.213> (Acedido em 5 de setembro de 2023).
- Sarantakos, S. (2013) *Social Research* (4th ed). Palgrave Macmillan.

Scott, R.E. & Mars, M. (2019) Here we go again- ‘digital health’. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth*, 7, e1, 1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.29086/JISfTeH.7.e1>(Acedido em 12 de março de 2024).

Shieh, J., Huang, K., & Wu, H. (2019) Service quality evaluation of a geriatric long-term care: A combination of SERVQUAL model and importance-performance analysis. *Journal of Statistics and Management Systems*, 22, 829 - 843. Disponível em: doi:[10.1080/09720510.2018.1555080](https://doi.org/10.1080/09720510.2018.1555080) (Acedido em 12 de fevereiro de 2024).

Silverman, D. (2005) *Doing qualitative research: A practical handbook*. London, Sage Publications.

Simier, M., Blanc, L., Pellegrin, F., e Nandris, D. (1999) Approche simultanée de K couples de tableaux: Application à l'étude des relations pathologie végétale-environnement. *Revue de statistique appliquée*, 47(1), 31-46.

Simões, J. de A., Augusto, G. F., Fronteira, I. & Hernandez-Quevedo, C. (2017) Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Singh, H. (2018) *Essentials of Management for Healthcare Professionals* (1st ed.), New York, Productivity Press. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9781315099200> (Acedido em 8 de setembro de 2023).

Souza, A., Alexandre, N. & Guirardello, E. (2017) Propriedades Psicométricas na Avaliação de Instrumentos: Avaliação da Confiabilidade e da Validade. *Epidemiologia e Serviços Saúde*, Brasília, 26(3), 649-659.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. & Vanhercke, B. (2018a) *Challenges in long-term care in Europe – A study of national policies*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Publications Office. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/84573> (Acedido em 5 de setembro de 2023).

Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke, B. (2018b) Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24(4), 7-12.

Spurrell, M., Potts L. & Shaw A. (2023) Framing Value Based Healthcare in Practice: Introducing the Complex Case and Recovery Management Framework (The CCaRM).

Internacional Journal of Integrated Care, 9, 23(1), 1. Disponível em doi: 10.5334/ijic.5975. (Acedido em 12 de março de 2024).

Stanimirova, I., Walczak, B., Massart, D.L., Simeonovc, V., e Sabyd, C.A. & di Crescenzo, E. (2004) STATIS, a three-way method for data analysis. Application to environmental data. *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, 73, 219–233.

Tashakkori, A. & C. Teddlie. (Eds) (2003) *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Taylor-Gooby, P., Leruth, B. & Chung, H. (Eds.) (2017) *After austerity: Welfare state transformation in Europe after the great recession*. Oxford University Press.

Teddlie, C. & Tashakkori (2009) *Foundations of mixed methods research*. Thousand Oaks, CA., Sage Publications.

Thioulouse, J. & Chessel, D. (1987) Les analyses multitableaux en écologie factorielle. I: De la typologie d'état à la typologie de fonctionnement par l'analyse triadique. *Acta Oecologica Oecologia Generalis*, 8, 463-480.

Thioulouse, J., Simier, M. & Chessel, D. (2004) Simultaneous analysis of a sequence of paired ecological tables. *Ecology*, 85, 272-283.

Thioulouse, J. (2011) Simultaneous analysis of a sequence of paired ecological tables: A comparison of several methods. *Annals of Applied Statistics*, 5 (4), 2300 - 2325. Disponível em: <https://doi.org/10.1214/10-AOAS372> (Acedido em 1 de maio de 2024).

Toots, A. (2022) Reforms of Social Insurance Governance in a Quasi-Bismarckian Welfare State: How Estonia Moved from Tripartism to Direct State Management. *Studies of Transition States and Societies*, 14 (1), 37-55. Disponível em: <https://doi.org/10.58036/stss.v14i1.906> (Acedido em 12 de agosto de 2023).

Tucker, L.R. (1966) Some Mathematical Notes on Three-Mode Factor Analysis. *Psychometrika*, 31, 279-311.

Turner, P. (2017) *Talent management in healthcare: exploring how the world's health service organisations attract, manage and develop talent* (1st ed), SpringerLink. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57888-0> (Acedido em 12 de fevereiro de 2023).

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009) *Política e Estratégia da Qualidade*, Lisboa, UMCCI. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp->

<content/uploads/2016/10/Politica-e-Estrategia-da-Qualidade-Marco-2009.pdf> (Acedido em 23 de maio de 2022).

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010) *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, UMCCI.

Valentijn, P. (2016) Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 16 (2). Disponível em: doi: [10.5334/ijic.2465](https://doi.org/10.5334/ijic.2465) (Acedido em 23 de maio de 2023).

Valentijn, P., Shepman, S., Opheji, W. & Bruijnzeels, M. (2013) Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle. *International Journal of Integrated Care*, 13. Disponível em: doi: [10.5334/ijic.1144](https://doi.org/10.5334/ijic.1144) (Acedido em 23 de maio de 2022).

Van Der Woerd, O., Van Veen Berx, E., Van Der Scheer, W. & Bal, R. (2022) How does a Network Platform Work for Participating Actors Towards Integrated Care Governance? A Case Study of a Dutch Hospital Region. *International Journal of Integrated Care*, 22(4), 20, 1–11. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.6736> (Acedido em 10 de março de 2024).

Van Zaalén, Y., McDonnell, M., Mikołajczyk, B., Buttigieg, S., Requena, M. del C. & Holtkamp, F. (2018) Technology implementation in delivery of healthcare to older people: how can the least voiced in society be heard? *Journal of Enabling Technologies*, 12(2), 76-90. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JET-10-2017-0041/full/pdf> (Acedido em 23 de maio de 2023).

Wald, A. (2014) Triangulation, and validity of network data, in S. Dominguez & B. Hollstein (Eds) *Mixed Methods Social Networks Research*, Cambridge University Press, 65-89.

Witter, S., Hamza, M.M., Alazemi, N., Alluhidan, M., Alghaith, T., & Herbst, C. H. (2020) Human resources for health interventions in high- and middle-income countries: findings of an evidence review. *Human Resources Health*, 18 (43), 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00484-w> (Acedido em 3 de março de 2024).

World Health Organization (1946) Constituição da Organização Mundial da Saúde, Genebra, WHO. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/> (Acedido em 4 de agosto de 2023).

World Health Organization (2015) Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, National Institute on Aging, National Institutes of Health and World Health Organization.

<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

(Acedido em 4 de agosto de 2023).

World Health Organization (2016) Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health, Copenhagen, Regional Office for Europe. Disponível em: https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf (Acedido em 4 de agosto de 2023).

World Health Organization (2020) COVID-19 and the decade of healthy ageing, Geneva, WHO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-connection-series-no1> (Acedido em 4 de agosto de 2023).

World Health Organization (2021) Decade of healthy ageing 2020-2030. Geneva, WHO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action> (Acedido em 6 de agosto de 2023).

World Health Organization (2023) Enabling the implementation of health impact assessment in Portugal. Copenhagen, WHO. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7335-47101-68892> (Acedido em 3 de março de 2024).

World Health Organization (2023) Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> (Acedido em 3 de março de 2024).

World Health Organization (2024) Quality of care, WHO. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 (Acedido em 4 de julho de 2024).

Yin, SY., Huang, KK., Shieh, JI., Liu, YH & Wu, HH. (2016) Telehealth services evaluation: a combination of SERVQUAL model and importance-performance analysis. *Quality and Quantity*, 50, 751–766. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0174-4> (Acedido em 12 de fevereiro de 2024).

Apêndices

Apêndice 1: Características Gerais dos tipos de modelos de saúde

	Modelo Beveridgiano	Modelo Bismarckiano
Tipo de Sistema	Serviço Nacional de Saúde Seguro Nacional de Saúde (caso da Irlanda e Itália)	Subsistemas
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Estado - Taxação/Impostos gerais; - Sem cobertura total dos cuidados de saúde; - Diminuta diferença entre a despesa pública e os custos com os cuidados prestados; - Existência de copagamento pelo utente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Social ou subsetores - Contribuições sociais aplicadas aos salários; - O custo dos cuidados de saúde é coberto pelas despesas de saúde; - Maior despesa estatal com o internamento.
Organização e Regulamentação da Prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Forte organização da oferta dos cuidados; - A oferta é limitada quando comparada com a dos sistemas de seguro de saúde; - Forte regulamentação pelas autoridades públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vasta oferta de cuidados de saúde e consequente maior escolha pelo paciente; - Negociação entre os gestores dos fundos de seguros de saúde e os representantes dos profissionais médicos.
Regulação da Provisão e do Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado grau de garantia e equidade no acesso ao sistema; - Baixos custos para o utilizador; - Qualidade dos cuidados pode ser colocada em causa; - Morosidade e longas listas de espera nos cuidados especializados. - Acesso a todos os cidadãos legalizados; - Controlo da circulação de pacientes dentro do sistema; - Financiamento do sistema a priori (definição anual dos montantes e a sua alocação aos prestadores de cuidados). 	<ul style="list-style-type: none"> - A possibilidade de escolha do paciente fomenta a diversificação de cuidados; - Garantia da qualidade dos cuidados; - Elevados custos com os cuidados; - Desigualdade no acesso aos cuidados. - Liberdade de escolha do médico e das várias especialidades; - Financiamento do sistema a posteriori.
Exemplos	Suécia; Noruega; Dinamarca; Finlândia; Reino Unido; Itália; Espanha; Portugal e Grécia (<i>quasi</i> híbrido).	Alemanha, França, Áustria, Bélgica, Eslováquia, Estónia, Hungria, Israel, Luxemburgo; Países Baixos, Suíça, Polónia, República Checa.

Fonte: Hassenteufel e Palier (2007); Barros *et al.* (2011); Simões *et al.* (2017); Lourenço (2022); Giarelli e Saks (2023).

Apêndice 2: Principais instrumentos de gestão e planeamento utilizados pela RNCCI

Âmbito	Instrumentos
Planeamento e Liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planos estratégicos de desenvolvimento da RNCCI (2006-2009; 2016-2019); ✓ Planos de previsão orçamental de implementação anual de respostas; ✓ Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) – Investimento na RNCCI. ✓ Planeamento específico para cada tipologia de cuidados; ✓ Estrutura coordenadora definida através de um sistema de coordenação descentralizado e específico da RNCCI, com equipas de coordenação nacional, regionais e locais.
Acompanhamento e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instrumentos vários, como inquéritos, grelhas de acompanhamento, grelhas de avaliação/auditoria, bem como relatórios periódicos de monitorização do desenvolvimento da RNCCI. ✓ Estudos de acompanhamento e monitorização da RNCCI sobre o nível de acesso pelas populações aos cuidados prestados Rede, conduzido pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS).
Gestão da RNCCI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo contratual para celebração de acordos com prestadores com objetivos específicos para cada tipologia da RNCCI, o que permite o estabelecimento de parcerias com entidades prestadoras de cuidados (entidades do sector privado, Santas Casas da Misericórdia (SCM), Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e SNS) (de acordo com os Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde); ✓ Modelo misto de financiamento partilhado entre os sectores da saúde e da segurança social; ✓ Definição de preços para cada tipologia da RNCCI, que estabelece uma base homogénea para o conjunto de prestadores e tipologias; ✓ Sistema de pagamento específico por tipologia de cuidados e partilhado, no caso das respostas com a componente de saúde e a de apoio social, entre os MS e MTSS, com a co-participação da segurança social sempre que o valor a pagar pelo utente não assegure a totalidade dos encargos a pagar pela prestação deste tipo de apoio; ✓ Modelo de referenciação; ✓ Desenvolvimento de um Sistema único de Registo e Monitorização na RNCCI (SI-RNCCI), que inclui um instrumento único de avaliação da dependência (IAI) que é específico em Portugal e é utilizado por todos os prestadores de tipologias de internamento, EGA, ECL e ECR para o registo de dados; ✓ Procedimentos na RNCCI: Admissão, mobilidade e alta da RNCCI; Consentimento informado; Termo de Aceitação de Internamento (TAI); Processo Individual de Intervenção; Transporte de utentes; Faturação; entre outros. ✓ As recomendações aplicáveis às instalações para cuidados continuados.

Gestão Clínica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instrumentos de Avaliação da Dependência (IAI) dos utentes, contemplando as dimensões biopsicossociais e permitindo um enquadramento integral das necessidades individuais de cada utente; ✓ Implementação de instrumentos de apoio à prática assistencial (Plano Individual de Intervenção, escalas de avaliação de necessidades, protocolos de atuação clínica, entre outros); ✓ Boas práticas em CCI: Cuidado pessoal, Alimentação e nutrição, Metodologia de trabalho nas unidades de internamento da RNCCI; ✓ Orientações várias (armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; utilização de fármacos; abordagem multidisciplinar e humanização dos cuidados); ✓ Prevenção de úlceras de pressão e Controlo da infeção.
Regulamentação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas, orientações organização e funcionamento da RNCCI.
Formação e Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normalização de conhecimentos no âmbito da organização, funcionamento e prática de prestação de CCI, através de ações de formação e divulgação; ✓ Plataformas de difusão da RNCCI.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relatórios Anuais de avaliação do desenvolvimento da RNCCI

Fonte: adaptado de UMCCI (2010).

Apêndice 3: Guião da Entrevista



ENTREVISTA

A GESTÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: O CASO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA REGIÃO DO ALENTEJO

No âmbito de uma investigação sobre **A Gestão dos Cuidados Continuados Integrados – o caso da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI)** na região do Alentejo, está a ser realizado um estudo empírico, cujo objetivo é avaliar a perceção das equipas da RCCI, nomeadamente as Equipas de Coordenação Nacional, Regional e Local, as Equipas de Gestão de Altas, as Equipas de Cuidados Continuados e as Unidades de Cuidados Continuados relativamente aos processos de gestão e planeamento dos CCI.

Para a concretização deste estudo necessitamos da sua colaboração através da sua resposta a um conjunto de questões relativas à Gestão e Planeamento da RCCI, o qual não deverá requerer mais do que 30/40 minutos. Toda a informação recolhida é rigorosamente **confidencial** e **anónima** e será processada para efeitos exclusivamente estatísticos e agregados.

Toda a informação recolhida neste estudo é de carácter confidencial e anónima, de acordo com a Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto, relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, não sendo utilizada para outros meios fins, que não os do estudo em causa e a divulgação dos seus resultados.

Os resultados da investigação poderão ser enviados por e-mail para os respondentes, após a sua conclusão. Para o efeito deverão ser solicitados (spescada@ualg.pt), dado o anonimato da entrevista.

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação a este inquérito ou em relação aos objetivos da investigação poderá contactar-nos através do endereço eletrónico spescada@ualg.pt ou pelo telemóvel 91 578 3438. Os nossos sinceros agradecimentos pela colaboração prestada.

Grupo I

O conjunto de questões que se segue visa obter informação que permita aferir a sua perceção face à gestão e planeamento da RNCCI e, em particular, à implementação/execução das ações definidas no Plano de Desenvolvimento da Rede relativo ao período 2016-2019.

1. Na sua opinião, quais os Problemas/Desafios mais significativos que se colocam ao nível da gestão da RCCI?
2. Qual o estado atual das ações estratégicas definidas no Plano de Desenvolvimento da Rede, o âmbito de competência/nível de atuação e responsabilidade pela sua execução/implementação (solicita-se a leitura e respetivo preenchimento do documento em anexo)?
3. Para além das ações descritas, acrescente outra (s) que considere relevantes para o desenvolvimento da RNCCI.

Grupo II

A seguir solicita-se informação relacionada com o perfil sociodemográfico, destinando-se apenas a fins estatísticos. A sua participação é **rigorosamente confidencial e anónima**.

1. Caracterização do Entrevistado

1.1 Classe etária:*

- Até 30 anos
- Dos 31-40 anos
- Dos 41-50 anos
- Dos 51-60 anos
- Mais de 60 anos

1.2 Habilitações Literárias:*

- Licenciatura / 1º Ciclo
- Mestrado / 2º Ciclo
- Doutoramento / 3º Ciclo

1.3 Formação Académica:*

- Enfermagem
- Medicina
- Serviço Social
- Gestão
- Outra. Qual? _____

1.4 Qual a sua função/cargo desempenhado na Rede? *

- Coordenador
- Diretor
- Outra. Qual? _____

1.5 Contexto de Atividade Profissional:*

- Administração Central do Sistema de Saúde/MS
- Instituto Da Segurança Social/MTSS
- Outro. Qual? _____

1.6 Atividade de Gestão:*

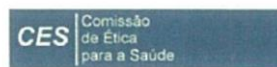
- Exerce cargo(s) de gestão
- Não exerce cargo(s) de gestão

1.7 Antiguidade na Rede de CCI (meses/anos)*

Apêndice 4 – Grelha do Questionário

GRELHA do QUESTIONÁRIO		
Temas	Subtemas	Itens
1. Recursos Humanos	1. Afetação e Dotação	1: Funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação face às necessidades da Rede.
	2. Articulação	2: Articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede.
		3: Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior com vista ao desenvolvimento da formação em contexto.
	3- Formação e Qualificação	4: Desenvolvimento de ações de formação dirigidas a todas equipas e unidades (ex: ações direcionadas para a uniformização e consensualização dos procedimentos e formação em contexto).
		5: Desenvolvimento de planos de formação.
		6: Diagnóstico e levantamento das necessidades formativas.
		7: Elaboração dos Planos Individuais de Intervenção de uma forma sistematizada e integrada.
2.Financeira	4. Planeamento e Execução	8: Planeamento financeiro da Rede.
		9: Coordenação e o controlo da execução dos planos e orçamentos.
3.Qualidade	5- Acompanhamento e monitorização	10: Ações de monitorização e acompanhamento às Unidades e Equipas na implementação dos procedimentos, orientações e outros inerentes à abordagem integrada.
		11: Revisão e propostas de melhoria às grelhas de acompanhamento e avaliação das equipas e unidades.
	6- Avaliação	12: Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades.
		13: O sistema de registos no Aplicativo de Monitorização da RNCCI – SI.
		14: Gestão das exposições relativas a utentes internados nas unidades da rede.
		15: Controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados (a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação).
		16: Medidas corretivas para o bom funcionamento das unidades e equipas.
		17: Desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus-tratos nas unidades através da definição de indicadores base.
		18: Realização de Auditorias internas no cumprimento das regras definidas.
19: Indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados (no que se refere, por exemplo, a resultados em ganhos de autonomia e/ou manutenção).		

4. Desempenho	7- Resposta	20: Planeamento das respostas necessárias para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades (adequação das respostas e do número de lugares da rede (equipas e unidades).
		21: Divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.
	8- Sinalização e Referenciação	22: Processo de sinalização e referenciação que garantam maior equidade e sejam mais simples.
		23: Gestão da colocação dos utentes em unidades e equipas da Rede, obedecendo aos critérios de referenciação e de priorização.
		24: Monitorização dos utentes internados em unidades com feridas e úlceras por pressão.
		25: Divulgação da informação sobre a Rede e circuitos de sinalização e referenciação.
26: Acompanhamento do processo de referenciação (fluxos de admissão, procedimentos)		



QUESTIONÁRIO

A GESTÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS O CASO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA REGIÃO DO ALENTEJO

No âmbito de uma investigação sobre **A Gestão dos Cuidados Continuados Integrados - o caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)** na região do Alentejo, está a ser realizado um estudo empírico, cujo objetivo é avaliar a perceção das equipas da RNCCI relativamente à gestão nacional e regional da RNCCI.

O presente questionário é composto por **2 GRUPOS** e procura avaliar a sua opinião relativamente a aspetos relativos à gestão da RNCCI na Região do Alentejo (**GRUPO I**) e caracterizar o perfil sociodemográfico (**GRUPO II**).

Para a concretização deste estudo necessitamos da sua colaboração através do preenchimento deste questionário, o qual não deverá requerer mais do que alguns minutos.

Toda a informação recolhida neste estudo é de carácter **confidencial e anónimo** e será processada para efeitos exclusivamente estatísticos e agregados, de acordo com a Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto, relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, não sendo utilizada para outros meios fins, que não os do estudo em causa e a divulgação dos seus resultados.

Os resultados da investigação poderão ser enviados por e-mail para os respondentes, após a sua conclusão. Para o efeito deverão ser solicitados (spescada@ualg.pt), dado o anonimato do questionário.

O inquérito poderá ser preenchido online até ao final de _____ de 2023 no seguinte link <https://forms.office.com/e/MfggVjag1y>

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação a este inquérito ou em relação aos objetivos da investigação poderá contactar-nos através do endereço eletrónico spescada@ualg.pt ou pelo telemóvel 91 578 3438.

Os nossos sinceros agradecimentos pela colaboração prestada.

A investigadora responsável,

Susana Pescada

GRUPO I

O conjunto de 26 questões tem por finalidade **aferrir os níveis de importância e de desempenho relativos a um conjunto de aspetos associados a quatro áreas-chave de Gestão da RNCCI na região do Alentejo**: Recursos Humanos; Financeira; Qualidade; e Desempenho.

Para cada questão, solicita-se que se manifeste, quanto à importância e ao desempenho, assinalando com **X** a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

Muito Reduzida	Reduzida	Elevada	Muito Elevada
1	2	3	4

1. O funcionamento das equipas em termos de alocação e dotação face às necessidades da RNCCI.

Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

2. A articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da RNCCI.

Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

3. A articulação entre as estruturas da RNCCI e as instituições de ensino superior com vista ao desenvolvimento da formação em contexto.

Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

4. O desenvolvimento de ações de formação dirigidas a todas as equipas e unidades (no que concerne, por exemplo, às ações direcionadas para a uniformização e consensualização dos procedimentos).

Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

5. O desenvolvimento de planos de formação e qualificação das equipas.

Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

6. O Diagnóstico e levantamento de necessidades de formação das equipas.

Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

7. A elaboração dos Planos Individuais de Intervenção de uma forma sistematizada e integrada.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

8. O planeamento financeiro da RNCCI.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

9. A coordenação e o controlo da execução dos planos e orçamentos.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

10. As ações de monitorização e acompanhamento às Unidades e Equipas na implementação dos procedimentos, orientações e outros inerentes à abordagem integrada da RNCCI.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

11. A revisão e as propostas de melhoria às grelhas de acompanhamento e avaliação às equipas e unidades.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

12. A aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

13. O sistema de registos no Aplicativo de Monitorização da RNCCI – SI.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

14. A gestão das exposições relativas aos utentes internados nas unidades da RNCCI.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

15. O controlo de resultados de execução dos contratos para a prestação dos cuidados (a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação).								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

16. As medidas corretivas para o bom funcionamento das unidades e equipas.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

17. O desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus-tratos nas unidades através da definição de indicadores base.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

18. A realização das auditorias internas no cumprimento das regras definidas.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

19. Os indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados (no que se refere, por exemplo, a resultados em ganhos de autonomia e/ou manutenção).								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

20. O planeamento das respostas necessárias para o desenvolvimento da RNCCI e a sua adequação periódica às necessidades (no que se refere, por exemplo, a adequação das respostas e do número de lugares da rede).								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

21. A divulgação da informação à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

22. O processo de sinalização e referenciação quanto à equidade e desburocratização.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

23. A gestão da colocação dos utentes em unidades e equipas da RNCCI obedecendo aos critérios de referenciação e priorização.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

24. A monitorização dos utentes internados em unidades com feridas e úlceras de pressão.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

25. O reforço da divulgação da informação sobre a RNCCI e circuitos de sinalização e referenciação.								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

26. O acompanhamento do processo de referenciação (no que se refere, por exemplo, aos fluxos de admissão e procedimentos).								
Quanto à IMPORTÂNCIA					Quanto ao DESEMPENHO			
1	2	3	4		1	2	3	4

GRUPO II

Neste grupo, solicita-se informação relacionada com as características sócio demográficas e profissionais dos inquiridos, destinando-se apenas a fins estatísticos. A sua participação é **rigorosamente confidencial e anónima.**

CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

Sexo: *

- Feminino
 Masculino

Classe etária: *

- Até 30 anos
 Dos 31-40 anos
 Dos 41-50 anos
 Dos 51-60 anos
 Mais de 60 anos

Habilitações Literárias: *

- Licenciatura / 1º Ciclo
 Mestrado / 2º Ciclo

Doutoramento / 3º Ciclo

Atividade Profissional: *

Enfermeiro

Médico

Assistente Social

Psicólogo

Gestor

Outra. Qual? _____

Qual a equipa da RNCCI que pertence? *

ECL

EGA

ECCI

Unidades de Internamento

Qual a sua função/cargo desempenhado na RNCCI *

Coordenador

Diretor

Outra. Qual? _____

Tempo de trabalho exercido na atual função (anos)

O seu regime de trabalho é:*

Tempo integral com exclusividade

Tempo integral sem exclusividade

Tempo Parcial

O seu contrato de trabalho é a:*

Tempo indeterminado

Tempo certo

Indefinido

Contexto de Atividade Profissional:*

Administração Regional de Saúde do Alentejo

Instituto da Segurança Social, Centro Distrital de Évora; Beja; Portalegre; Setúbal.

Unidade de Local de Saúde

Agrupamento de Centros de Saúde/Centro de Saúde

Unidade Hospitalar

Instituição Particular de Solidariedade Social

Indique qual? Santa Casa da Misericórdia Centro Social

Associação Sócio-Cultural Fundação Instituto Hospitalar
Atividade de Gestão:*

Exerce cargo(s) de gestão Não exerce cargo(s) de gestão

Apêndice 6 - Análise de confiabilidade da escala de medição Importância e Desempenho dos 26 Atributos

	Itens	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Recursos Humanos	IRH-1	,947
	IRH-2	,945
	IRH-3	,945
	IRH-4	,945
	IRH-5	,944
	IRH-6	,944
	IRH-7	,944
	DRH-1	,945
	DRH-2	,944
	DRH-3	,944
	DRH-4	,943
	DRH-5	,944
	DRH-6	,944
	DRH-7	,944
Financeira	IF-8	,945
	IF-9	,944
	DF-8	,945
	DF-9	,944
Qualidade	IQ-10	,945
	IQ-11	,944
	IQ-12	,944
	IQ-13	,943
	IQ-14	,944
	IQ-15	,944
	IQ-16	,945
	IQ-17	,945
	IQ-18	,945
	IQ-19	,945
	DQ-10	,944
	DQ-11	,944
	DQ-12	,944
	DQ-13	,943
	DQ-14	,944
	DQ-15	,944
	DQ-16	,944
	DQ-17	,944
DQ-18	,944	

	DQ-19	,944
Desempenho	IR-20	,945
	IR-21	,944
	IR-22	,945
	IR-23	,944
	IR-24	,945
	IR-25	,944
	IR-26	,945
	DR-20	,944
	DR-21	,944
	DR-22	,945
	DR-23	,945
	DR-24	,945
	DR-25	,943
	DR-26	,944

Apêndice 7: Constituição das Equipas e Unidades da RNCCI na Região de Saúde do Alentejo

Equipas de Coordenação Nacional e Regional

Elementos	Nível de intervenção/atuação	Região/Sub-região	Perfil Profissional	Áreas de competência
MS	Nacional/setor saúde	Nacional	Enfermeiro	Coordenação Nacional
MTSS	Nacional/setor social	Nacional	Assistente Social	Coordenação Nacional
ARSA	Regional/Saúde	Alentejo	Enfermeiro	Coordenação Regional
CDISS	Regional/Social	Alentejo	Assistente Social	Coordenação Regional

Equipas de Coordenação Local

Elementos (N=25)	Nível de intervenção/atuação	Região/Sub-região	Perfil Profissional	Áreas de competência
ECL	Local/Beja	Baixo Alentejo	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Castro Verde	Baixo Alentejo	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Ferreira do Alentejo	Baixo Alentejo	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Mértola	Baixo Alentejo	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Moura	Baixo Alentejo	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Serpa	Baixo Alentejo	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Arraiolos	Alentejo Central	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Estremoz	Alentejo Central	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Évora	Alentejo Central	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Portel	Alentejo Central	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Vendas Novas	Alentejo Central	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Vila Viçosa	Alentejo Central	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Campo Maior	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Elvas	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Fronteira	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Monforte	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Portalegre	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Crato	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Marvão	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Nisa	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Ponte de Sôr	Norte Alentejano	Enfermeiro	coordenação local

ECL	Local/Alcácer do Sal	Litoral Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Odemira	Litoral Alentejano	Enfermeiro	coordenação local
ECL	Local/Santiago do Cacém	Litoral Alentejano	Enfermeiro	coordenação local

Equipas de Gestão de Altas

Elementos (N=5)	Nível de intervenção/atuação	Região/Sub-região	Perfil Profissional	Áreas de competência
EGA-Hospital do Espírito Santo Évora	Local/Hospital do Espírito Santo – Évora	Alentejo Central	Médico	Referenciação
EGA -Hospital I José Joaquim Fernandes	Local/ Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Referenciação
EGA – Hospital Dr. José Maria Grande	Local/Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	Norte Alentejano	Médico	Referenciação
EGA – Hospital Sta Luzia	Local/ ULS do Norte Alentejano	Norte Alentejano	Médico	Referenciação
EGA – Hospital Litoral Alentejano	Local/Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano	Litoral Alentejano	Médico	Referenciação

Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Elementos (N=38)	Nível de atuação/concelho	Sub-região	Perfil Profissional	Áreas de competência
ECCI	local/Alandroal	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Almoreg	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Arraiolos	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Borba	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Estremoz	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Évora	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Montemor-O-Novo	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Portel	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Redondo	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Vendas Novas	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados

ECCI	local/Viana do Alentejo	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Vila Viçosa	Alentejo central	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Almodôvar	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Beja	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Ferreira Do Alentejo	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Ourique	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Serpa	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Vidigueira	Baixo Alentejo	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Odemira	Litoral Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Alcácer Do Sal	Litoral Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Grândola	Litoral Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Santiago Do Cacém	Litoral Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Sines	Litoral Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Alter Do Chão	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Arronches	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Avis	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Campo Maior	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Castelo De Vide	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Crato	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Elvas	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Fronteira	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Gavião	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Marvão	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Monforte	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Nisa	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Ponte Sôr	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/ Portalegre	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ECCI	local/Sousel	Norte Alentejano	Enfermeiro	Prestação de Cuidados

Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Elementos (N=39)	Instituição	Sub-região	Perfil Profissional	Áreas de competência
UC	Centro Social e Paroquial de S. Tiago de Urra, Portalegre	Norte Alentejano	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
UC	Cruz Vermelha Portuguesa Elvas	Norte Alentejano	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
UC	Cruz Vermelha Portuguesa Vila Viçosa	Alentejo central	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
UC	SCM de Serpa - São Paulo	Baixo Alentejo	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
UC	Instituto S. João de Deus / Hospital S. João de Deus, Montemor-o-Novo	Alentejo central	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados

UC	Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, Reguengos de Monsaraz	Alentejo central	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
UC	Associação de Beneficência de Selmes e Alcaria (40 lugares)	Baixo Alentejo	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
ULDM	Associação Cultural e de Desenvolvimento da Beirã A Anta, Marvão	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	Associação de Intervenção Social de Grândola	Baixo Alentejo	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	Centro Social e Paroquial de S. Tiago de Urra, Portalegre	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	Cruz Vermelha Portuguesa Elvas	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, Reguengos de Monsaraz	Alentejo central	Diretor/Enfermeiro	Prestação de Cuidados
ULDM	Fundação S. Barnabé, Moura	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	Instituto S. João de Deus / Hospital S. João de Deus, Montemor-o-Novo	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Alter do Chão	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Arronches	Norte Alentejano	Diretor/Enfermeiro coordenadora	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Ferreira do Alentejo	Baixo Alentejo	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Mértola	Baixo Alentejo	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Mora	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Odemira	Litoral Alentejano	Diretor/Psicólogo	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Ponte de Sor	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Portel	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Santiago do Cacém, Conde Bracial	Litoral Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Santiago do Cacém, S. João Deus	Litoral Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
ULDM	SCM de Vila Viçosa	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados

ULDM 19	SCM de Serpa	Baixo Alentejo	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	Associação Cultural e de Desenvolvimento da Beirã A Anta, Marvão	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	Instituto S. João de Deus / Hospital S. João de Deus, Montemor-o-Novo	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	Cruz Vermelha Portuguesa Estremoz	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	Fundação Joaquim António Franco e Seus Pais, Casével, Castro Verde	Baixo Alentejo	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	Fundação S. Barnabé, Moura	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Alter do Chão	Norte Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Arronches	Norte Alentejano	Diretor/Enfermeiro coordenador	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Évora	Alentejo central	Diretor/Médico	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Mora	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Odemira	Litoral Alentejano	Diretor/Psicólogo	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Portel	Alentejo central	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR	SCM de Santiago do Cacém, Conde Bracial	Litoral Alentejano	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados
UMDR 13	SCM de Serpa	Baixo Alentejo	Diretor/Assistente Social	Prestação de Cuidados

Apêndice 8: Recomendações estratégicas com ações de gestão com base nas evidências empíricas dos estudos I e II

		Evidências do Estudo Empírico I e II	Recomendações de ações de gestão
RECURSOS HUMANOS	Afetação e Dotação	(1) Baixo nível de dotação de recursos humanos e de pessoal de saúde capaz de satisfazer os níveis de procura de serviços e cuidados de saúde.	<p>1) Reavaliar o número de profissionais de diferentes áreas para dar resposta à procura e à diferenciação dos cuidados (Costa e Mourão, 2015; Kim, Cha e In Nam, 2021; OECD, 2020).</p> <p>2) Reavaliar as necessidades de recursos humanos por equipas e tipologias de cuidados. Por exemplo, o número e o perfil dos recursos humanos necessários e o tempo alocado por cada uma das equipas de gestão (regionais, locais) e prestadoras de cuidados (Campbell <i>et al.</i>, 2016; Clarkson <i>et al.</i>, 2018; Rainho, Cabral e Sobral, 2021).</p>
		(2) O <i>Funcionamento das equipas em termos de afetação e dotação face às necessidades da Rede</i> foi avaliado como um atributo pouco valorizado, mas avaliado com elevado desempenho (<i>Possible Overkill</i>).	<p>3) Rever as prioridades e os recursos alocados, mantendo um padrão aceitável de desempenho (Martilla e James, 1977; Oh, 2011). Neste sentido, é crucial envolver uma revisão das estratégias para garantir que os recursos humanos sejam direcionados para áreas mais cruciais (equilíbrio entre estruturas e recursos humanos) (Kaplan <i>et al.</i>, 2013; Costa e Mourão, 2015).</p> <p>4) Perante a baixa importância atribuída, deve considerar-se a realocação de recursos para outros atributos, características ou processos considerados mais críticos ou relevantes no contexto da RNCCI na região do Alentejo. Isso pode incluir redistribuição de investimentos financeiros, alocação de tempo e esforço das equipas para outras áreas de maior impacto (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>5) Ainda que a importância seja considerada baixa, é prudente considerar possíveis mudanças no contexto da Rede que possam alterar essa percepção. Estar aberto a mudanças e adaptar-se às necessidades em evolução é essencial para uma gestão eficaz e eficiente dos RH (Kaplan <i>et al.</i>, 2013; Turner, 2018; Witter <i>et al.</i>, 2020; Quin <i>et al.</i>, 2023).</p> <p>6) É útil manter os canais de comunicação abertos para entender por que razão este elemento é percebido como de baixa importância. Isso pode revelar <i>insights</i> valiosos que orientarão as futuras decisões de gestão (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p>

Articulação	<p>(3) A <i>Articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da rede</i> foi avaliada com importância e desempenho elevados (<i>Keep up the Good Work</i>).</p>	<p>7) Continuar a dedicar recursos e esforços para manter esta articulação. Reforçar a importância da articulação entre as equipas da Rede, no sentido de motivar a equipa a manter o padrão elevado e encorajar a continuidade do bom trabalho (Baxter <i>et al.</i>, 2018; Turner, 2018).</p> <p>8) Investir na capacitação e desenvolvimento das equipas, o que poderá incluir formação específica (<i>e.g.</i> trabalho em equipa, práticas colaborativas comunicação...), programas de reconhecimento e incentivos para manter a motivação e a excelência (Nancarrow <i>et al.</i> 2013; Turner, 2018; Barry <i>et al.</i>, 2020; Buljac-Samardizic, 2020; Lopes, 2021).</p> <p>9) Mesmo com elevado desempenho, é importante acompanhar as tendências e as necessidades das equipas e da Rede (<i>e.g.</i> o alargamento da Rede com a criação de novas equipas e unidades, a reconfiguração dos cuidados para grupos de pessoas com necessidades complexas). Antecipar possíveis mudanças e adaptar-se a elas pode ajudar a manter o elevado desempenho num ambiente dinâmico (Baxter <i>et al.</i>, 2018; Lopes e Sakellarides, 2021; OPSS, 2022).</p>
	<p>(4) A <i>Articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de Ensino Superior com vista ao desenvolvimento da formação em contexto</i> foi avaliado como um atributo pouco valorizado, mas avaliado com elevado desempenho (<i>Possible Overkill</i>).</p>	<p>10) Apesar da importância ser reduzida, é importante manter um nível aceitável de desempenho para garantir a qualidade e a consistência nesta articulação. Neste sentido, é prudente considerar possíveis mudanças no contexto dessa articulação que possam alterar essa perceção (Lopes e Sakellarides, 2021).</p> <p>11) A articulação entre as estruturas da Rede e as instituições de ensino superior devem manter-se adaptáveis e flexíveis. Ainda que a importância seja reduzida, as circunstâncias podem mudar, o que implica estar preparado para possíveis ajustamentos, caso haja uma alteração na importância percebida (Baxter <i>et al.</i>, 2018; Lopes e Sakellarides, 2021).</p> <p>12) É útil manter os canais de comunicação abertos para entender por que razão esse o atributo é percebido como de baixa importância. Tal pode revelar <i>insights</i> valiosos que orientarão as futuras decisões de gestão (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p>
Formação e Qualificação	<p>(5) O <i>Diagnóstico e o levantamento das necessidades formativas e o Desenvolvimento de planos de formação</i> foram considerados como pontos pouco valorizados e de reduzido desempenho (<i>Low Priority</i>).</p>	<p>13) Reavaliar a relevância de investir recursos para melhorar estas áreas e considerar a realocação desses recursos para áreas mais estratégicas ou críticas impacto (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>14) Analisar os custos associados à melhoria do desempenho destes dois atributos (Diagnóstico e Desenvolvimento de planos de formação) e compará-los com os possíveis benefícios. Se os custos superarem os benefícios potenciais, pode ser mais sensato direcionar os recursos para áreas mais críticas impacto (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p>

	<p>15) Manter um nível mínimo de monitorização para garantir que o baixo desempenho não se torne crítico. Embora não seja uma área prioritária, evitar que o desempenho no que se refere ao diagnóstico de necessidades formativas e ao planeamento da formação caia para níveis prejudiciais, que interfiram a estabilidade geral da Rede (Turner, 2018; Witter <i>et al.</i>, 2020; Qin <i>et al.</i>, 202).</p> <p>16) Comunicar de forma clara e transparente a avaliação dos reduzidos níveis de importância e desempenho atribuídos a estes atributos, garantindo que todos compreendam a racionalidade por trás da alocação de recursos (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>17) Realizar revisões periódicas para avaliar se a situação permanece inalterada ou se houve alguma mudança na perceção de importância ou no desempenho desses atributos (Oh, 2001).</p>
<p>(6) O <i>Desenvolvimento de ações de formação dirigidas a todas equipas e unidades</i> foi representado como uma oportunidade de melhoria necessária para atender às expectativas e às necessidades da RNCCI na região do Alentejo (<i>Concentrate Here</i>).</p>	<p>18) Priorizar a alocação de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos, etc.) para melhorar o desempenho da rede ao nível do desenvolvimento da formação às equipas e unidades (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>19) Investir em formação, qualificação e desenvolvimento de competências das equipas para melhorar o desempenho (<i>e.g.</i> com foco na liderança, na atração e retenção de talentos, na formação, na motivação e satisfação no trabalho) (Baxter <i>et al.</i>, 2018; Turner, 2018; OECD, 2020).</p> <p>20) Reestruturar a força de trabalho, de modo que as equipas integrem os valores organizacionais com novos modelos de prestação de cuidados (Nielsen Halling e Andersen-Ranberg, 2017; Guerra, Berbiche e Vasiliadis, 2019; Barry <i>et al.</i>, 2020; Buljac-Samardizic, 2020; Lopes e Sakellarides, 2021).</p>
<p>(7) A <i>Elaboração dos Planos Individuais de Intervenção (PII)</i> de uma forma sistematizada e integrada foi avaliada com elevado desempenho e reduzida importância (<i>Possible Overkill</i>).</p>	<p>21) Mesmo com um desempenho satisfatório, se a elaboração dos PII é percebida como de baixa importância. Neste caso, é fundamental reavaliar as prioridades, o que poderá envolver uma revisão das estratégias para garantir que os recursos sejam direcionados para áreas mais cruciais (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>22) Para garantir a qualidade a consistência ao nível da elaboração dos PII, é fundamental manter um nível aceitável de desempenho, mesmo que a importância atribuída seja reduzida.</p> <p>23) Investir na comunicação e feedback para entender por que razão esse atributo é avaliado com importância reduzida, o que poderá ajudar a revelar <i>insights</i> importantes para orientar futuras decisões ao nível dos PII.</p> <p>24) Avaliar uma potencial mudança futura na importância deste atributo é importante para evitar discrepâncias ao nível da I-D. Esta potencial mudança, poderá passar, por exemplo,</p>

			<p>por: a) abordagens focadas na prática para a construção de estratégias integradas de cuidados centrados na pessoa, baseadas nos princípios-chave de Cuidados Centrados no Paciente (PCC), de pensamento em saúde baseada em valor e na gestão eficaz de recursos (<i>e.g. Complex Case and Recovery Management Framework</i>); b) abordagens que colocam o utente/paciente no centro da cocriação dos resultados de saúde, isto é, abordagens que veem o processo de cocriação como uma integração dinâmica de recursos entre atores (de diferentes níveis) e como múltiplos atores podem moldar colaborativamente um ecossistema de serviços de saúde, influenciando diretamente os resultados de saúde (Vonderembse e Dobrzykowski, 2017; Ciasullo <i>et al.</i>, 2017; Spurrell, Potts e Shaw, 2023).</p>
FINANCEIRA	Planeamento e Execução	<p>(8) Aumento dos custos com o funcionamento das unidades</p> <p>(9) No que diz respeito ao <i>Planeamento financeiro da Rede</i>, este foi avaliado como crítico em termos de priorização, pela sua importância elevada e reduzido desempenho (<i>Concentrate Here</i>).</p>	<p>25) Identificar as causas, estabelecer as metas claras, investir em melhorias e recursos, além de manter um processo contínuo de monitorização e ajustamentos para alcançar o desempenho desejado (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>26) Gerir e monitorizar as opções da oferta para a RNCCI na região de Saúde do Alentejo em matéria de financiamento público, privado, com ou sem fins lucrativos, e setor social, com vista a determinar o nível de cobertura de CCI (Costa e Mourão, 2015; Kim, Cha e In Nam, 2021).</p> <p>27) Reconfigurar o modelo de cuidados vigente, adaptando-o e ajustando-o às características e necessidades da população, com vista a assegurar a sua sustentabilidade financeira (Costa e Mourão, 2015; WHO, 2016, 2021; OECD, 2019);</p> <p>28) Gestão proativa dos cuidados, antecipando consequências económicas e financeiras (Onder <i>et al.</i>, 2015; Marengoni <i>et al.</i>, 2016; Nielsen <i>et al.</i>, 2017; Guerra, Berbiche e Vasiliadis, 2019). Esta gestão proativa poderá passar por adotar as seguintes estratégias: a) Avaliar as características específicas e diferenciadoras do perfil dos utentes e a sua influência no consumo de recursos; b) Aplicar ferramentas e instrumentos de gestão (<i>e.g.</i> um sistema de classificação das características homogéneas dos utentes), que permitiam avaliar melhor a distribuição do consumo de recursos (Santana <i>et al.</i>, 2017; Chen, Pai e Yeh, 2019).</p>
		<p>(10) A <i>Coordenação e controlo da execução dos planos e orçamentos</i> foi considerado um ponto forte e altamente valorizado quando bem realizados (<i>Keep up the Good Work</i>).</p>	<p>29) Investir na manutenção deste padrão elevado, dedicando recursos e esforços, além de procurar inovação contínua e valorizar este atributo para garantir a relevância e a competitividade no longo prazo (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>30) Acompanhar as tendências e as necessidades da Rede, antecipando possíveis mudanças e adaptando-se, no sentido de manter o elevado desempenho (Costa e Mourão, 2015; Lopes e Sakellarides, 2021).</p>

QUALIDADE	Acompanhamento e Monitorização	<p>(11) Os atributos relacionados com as <i>Ações de monitorização e acompanhamento às Unidades e Equipas, a Revisão e as propostas de melhoria às grelhas de acompanhamento e avaliação das equipas e unidades</i> foram avaliados com importância elevada e desempenho reduzido, pelo que foram classificados como prioritários (<i>Concentrate Here</i>).</p>	<p>31) Se estes atributos e processos são de elevada importância, a gestão da Rede deve priorizar a alocação de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos, etc.) para melhorar o seu desempenho (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>32) Com base na análise das causas do baixo desempenho, implementar estratégias e mudanças necessárias para melhorar a situação, como por exemplo a revisão de processos, a atualização de tecnologias e/ou reformulação de práticas existentes (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>33) Definir metas realistas e padrões de desempenho nestas ações de acompanhamento e avaliação às Unidades e Equipas. Isso ajudará as equipas a entender as expectativas e a trabalhar em direção a melhorias (ERS, 2019, 2024).</p> <p>34) Comunicar claramente a importância destes atributos e processos de avaliação para a Rede e envolver as equipas na procura por soluções. O comprometimento das equipas pode gerar ideias valiosas e um senso de responsabilidade coletiva para alcançar metas de desempenho.</p> <p>35) Delinear um sistema de monitorização e de avaliação contínua das respostas de cuidados existentes (com foco nos cuidados domiciliários e comunitários), com base em indicadores de resultados e de custos para aferir e acompanhar continuamente a relação custo-benefício deste tipo de cuidados (OPSS, 2011, 2022; Santana <i>et al.</i>, 2017; Santos <i>et al.</i>, 2022).</p> <p>36) Investir no acompanhamento e monitorização da RNCCI, no sentido de contribuir para local e regionalmente identificar estrangulamentos organizacionais, que poderão ser ultrapassados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos e/ou pela articulação com as equipas de coordenação regional e local (ACSS, 2014; ERS, 2019, 2024; Escoval, Lívio e Ribeiro, 2013; OPSS, 2011, 2022; Santana <i>et al.</i>, 2017; Santos <i>et al.</i>, 2022).</p>
		<p>(12) <i>Aplicação da grelha de monitorização das equipas e unidades</i> foi considerada como um ponto forte, pelo que foi valorizado e avaliado com elevado desempenho (<i>Keep up the Good Work</i>).</p>	<p>37) Mesmo com um elevado desempenho, é importante procurar constantemente a inovação e o aperfeiçoamento. Investir em pesquisa e desenvolvimento para aperfeiçoar ainda mais a qualidade ou a eficiência desses atributos pode garantir que permaneçam competitivos e relevantes no longo prazo (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>38) Reconhecer e valorizar publicamente este atributo, pode reforçar a sua importância dentro da Rede e, por conseguinte, motivar a equipa a manter o padrão elevado e encorajar a continuidade do bom trabalho.</p> <p>39) Continuar a investir na capacitação e desenvolvimento das equipas e unidades responsáveis pela aplicação das grelhas de monitorização.</p>

Avaliação	<p>(13) <i>A realização de auditorias internas</i> foi percebida com uma importância elevada e baixo desempenho, o que se traduz numa prioridade na gestão da Rede (<i>Concentrate Here</i>).</p>	<p>40) Identificar as razões do baixo desempenho, que pode envolver a revisão de processos, a identificação de deficiências nas competências, a falta de recursos, entre outras razões que possam contribuir para o desempenho inadequado (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>41) Realizar avaliações periódicas para medir o avanço e fazer ajustamentos conforme necessário (Escoval, 2010; Escoval, Lívio e Ribeiro, 2011; ERS, 2019, 2024).</p> <p>42) Comprometer e envolver as equipas e os profissionais nos processos de avaliação pode gerar ideias valiosas e um senso de responsabilidade coletiva para alcançar metas de desempenho (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>43) Priorizar a alocação de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos, etc.) para melhorar o desempenho da gestão da Rede (Martilla e James, 1977; Oh, 2001), no que se refere à realização das auditorias.</p>
	<p>(14) <i>O sistema de registos no aplicativo de monitorização da RNCCI (SI) e o Controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados integrados</i> foram identificados com baixa prioridade, pelo que foram percebidos com uma importância e desempenho reduzidos (<i>Low Priority</i>).</p>	<p>44) Avaliar se é necessário ou estratégico dedicar recursos para melhorar o desempenho destes dois elementos – o SI e o Controlo dos contratos para prestação dos Cuidados Continuados Integrados.</p> <p>45) Analisar os custos associados à melhoria do desempenho destes atributos e compará-los com os possíveis benefícios que essa melhoria traria para a Rede (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>46) Mesmo que o desempenho seja baixo e a importância seja reduzida, é importante garantir que estes dois atributos não se deteriorem a ponto de impactar negativamente noutros atributos, características ou processos da RNCCI (Oh, 2001).</p> <p>47) Investir na utilização e a integração de plataformas e aplicações digitais são consideradas essenciais para melhorar a eficiência, reduzir os custos e aumentar a qualidade da prestação dos cuidados (European Commission, 2019; Melchiorre, 2020; Woerd <i>et al.</i>, 2022; Mello <i>et al.</i>, 2023).</p> <p>48) Manter um nível mínimo de monitorização ao nível do controlo de resultados da execução dos contratos para garantir que o baixo desempenho não se torne crítico. Contratualizar previamente as camas de internamento de acordo com as necessidades, tendo em conta que a maior parte das camas é disponibilizada pelo sector social (Escoval, Lívio e Ribeiro, 2013; OPSS, 2022; Santana <i>et al.</i>, 2017; Santos <i>et al.</i>, 2022).</p> <p>49) Embora não seja uma área prioritária, evitar que o desempenho caia para níveis prejudiciais é importante para a estabilidade e a evolução da RNCCI na Região de Saúde do Alentejo. Neste sentido, recomenda-se que, no âmbito da abordagens orientadas para a</p>

			adoção de ferramentas <i>eHealth</i> , sejam valorizadas as seguintes ações: a) a introdução de soluções inovadoras, com recurso às TIC, com vista a fornecer CCI adaptados aos doentes com MM; b) a implementação de sistema de informação integrados em saúde (<i>e.g.</i> sistema interRAI), permitindo a transferência eletrónica de informações entre contextos de prestação de cuidados, possibilitando a integração dos cuidados e fornecendo apoio ao planeamento dos cuidados e à monitorização da qualidade; c) o desenvolvimento de plataformas de rede para facilitar e alimentar a construção de redes para aprimorar os cuidados integrados, oferecendo novas formas de trabalho para lidar com a sua natureza multinível (<i>e.g.</i> plataforma de rede chamada "BeterKeten") (Melchiorre, 2020; European Commission, 2019; Mello <i>et al.</i> , 2023; Woerd <i>et al.</i> , 2022)
		(15) Embora sejam executados eficazmente (considerando o elevado desempenho percebido), os atributos relativos à <i>Gestão das exposições relativas a utentes internados nas unidades da rede</i> , às <i>Medidas corretivas para o bom funcionamento das unidades e equipas</i> , ao <i>Desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus-tratos</i> e aos <i>Indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados</i> foram avaliados com reduzida importância (<i>Possible Overkill</i>).	50) Considerando a reduzida importância atribuída a estes atributos, é crucial fazer uma revisão das estratégias para garantir que os recursos sejam direcionados e realocados para áreas consideradas mais críticas ou relevantes (Martilla e James, 1977; Oh, 2001). Como por exemplo, a redistribuição de investimentos financeiros, a alocação de tempo e esforço das equipas para outras áreas de maior impacto. 51) Avaliar uma potencial mudança futura na importância destes atributos é importante para garantir examinar e melhorar a qualidade geral dos serviços/cuidados prestados pelas equipas e unidades. A utilização de ferramentas de gestão para melhorar o desempenho da qualidade da Rede nestes atributos podem ajudar a priorizar as áreas mais críticas e introduzir melhorias quando os recursos são limitados (Chen, Pai e Yeh, 2019). 52) Criar e manter os canais de comunicação abertos para entender por que razão estes atributos são percebidos como de baixa importância (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).
DESEMPENHO	Resposta	(16) O <i>Planeamento das respostas e a sua adequação periódica às necessidades da Rede</i> e a <i>Divulgação da informação sobre a Rede e os circuitos de sinalização e referenciação</i> evidenciam-se como atributos com padrões elevados de importância e desempenho (<i>Keep up the Good Work</i>). (17) A região de saúde do Alentejo é a segunda região do país com a maior cobertura de oferta/respostas por 100.000 habitantes com 65 ou +.	53) Continuar a dedicar recursos e esforços (capacitação das equipas responsáveis) para manter o elevado desempenho nestes dois atributos (Martilla e James, 1977; Oh, 2001). 54) Investir em pesquisa e desenvolvimento para aperfeiçoar ainda mais a qualidade ou a eficiência destes atributos pode garantir que permaneçam competitivos e relevantes no longo prazo. Por exemplo, garantir que o planeamento das respostas se baseie numa avaliação objetiva das necessidades da população, adaptada à situação regional (Coster <i>et al.</i> , 2018; Spasova, Baeten e Vanhercke, 2018; Hashiguchi e Llana-Nozal, 2020; Lopes e Sakellarides, 2021; OCDE, 2021; WHO, 2021); 55) Analisar as necessidades e as tendências (<i>e.g.</i> as alterações demográficas e epidemiológicas, o aumento e a combinação complexa de fragilidades das pessoas, a criação

Sinalização e Referência	<p>(18) Crescimento de ECCI (até 2019) e sua estabilização até 2023.</p> <p>(19) Existência de heterogeneidade ao nível da dotação relativa de vagas nas quatro sub-regiões do Alentejo: Inexistência de UC no Alentejo Litoral; rácios mais altos de vagas no Norte Alentejo, nas tipologias ECCI e ULDM; rácios mais altos de UMDR no Baixo Alentejo e Alentejo Litoral.</p> <p>(20) Número de lugares contratados, por tipologia, diminuiu, entre 2021-2022, especialmente nas tipologias ULDM e ECCI.</p>	<p>de novas equipas e unidades), com vista a manter o elevado desempenho num ambiente incerto e dinâmico (Baxter <i>et al.</i>, 2018; Lopes e Sakellarides, 2021; OPSS, 2022)</p> <p>56) Direcionar os CCI para os pacientes/utentes com maiores necessidades de cuidados, ajustando-os ao seu perfil e contexto sociofamiliar (Campbell <i>et al.</i>, 2016; Coster <i>et al.</i>, 2018; Spasova, Baeten e Vanhercke, 2018).</p> <p>57) Continuar a investir na gestão e monitorização das opções de oferta da Rede na região, quanto ao número (vagas e lugares contratados), localização e tipologia das unidades e equipas, com vista a determinar o nível de cobertura de CCI (Costa e Mourão, 2015).</p> <p>58) Inverter os desequilíbrios regionais e investir numa política de cuidados mais reativa às necessidades e características de cada região e localidade (Santana <i>et al.</i>, 2017; Kim, Chan e In Nam, 2021).</p>
	<p>(21) A <i>Divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das unidades e equipas da Rede</i> foi considerado um elemento de baixa prioridade, pela reduzida valorização e desempenho (<i>Low Priority</i>).</p>	<p>59) Reavaliar a relevância de investir recursos para melhorar esta área de resposta da Rede e considerar a realocação desses recursos para áreas mais estratégicas ou críticas (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>60) Considerando o desempenho reduzido, a partilha de informação entre as equipas da Rede e a população sobre os “propósitos e a existência da UCCI” torna-se crucial para que os utentes e as famílias não idealizem estas unidades como lares, mas antes como uma resposta intermédia e de transição entre níveis de cuidados (Costa e Mourão, 2015).</p>
	<p>(22) O <i>Acompanhamento do processo de referênciação (e.g. fluxos de admissão, procedimentos) e o Processo de sinalização e referênciação que garantam maior equidade e sejam mais simples</i> foram avaliados como elementos críticos pela importância elevada atribuída e o reduzido desempenho percebido (<i>Concentrate Here</i>).</p> <p>(23) Decréscimo ao nível das referênciações e da colocação de utentes, entre 2019 e 2020, em todas as tipologias (à exceção da UC).</p> <p>(24) Existência de discrepâncias entre o tempo previsto para internamento e o tempo efetivo de internamento dos utentes.</p>	<p>61) Identificar as causas do reduzido desempenho. Isso pode envolver revisão de processos, identificação de deficiências nas competências, falta de recursos ou quaisquer outras questões que possam estar a contribuir para o desempenho inadequado (Martilla e James, 1977; Oh, 2001).</p> <p>62) Priorizar a alocação de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos, etc.) para melhorar o desempenho da Rede ao nível da gestão do processo de referênciação (ERS, 2015, 2024; Fonseca-Teixeira et al., 2020; Lopes e Sakellarides, 2021; OPSS, 2022).</p> <p>63) Com base na análise das causas do baixo desempenho, é crucial implementar estratégias e mudanças necessárias para melhorar a situação. Tal pode incluir revisão de procedimentos, critérios e atualização de tecnologias ou reformulação de práticas existentes, designadamente:</p> <p>a) estudar as repercussões do circuito de referênciação no acesso à RNCCI, o que envolve examinar as etapas do processo (desde a sinalização do utente por profissionais de saúde e social até à admissão nas unidades), nomeadamente avaliar a rapidez, adequação das</p>

	<p>(25) Aumento das taxas de ocupação em todas as tipologias, sendo que as ULDM são as que apresentam as maiores taxas de ocupação.</p> <p>(26) Demora no tempo médio na gestão dos processos, desde a referênciação até à identificação da vaga.</p> <p>(27) Maior tempo médio (e mediana) de espera até à identificação da vaga nas ULDM.</p> <p>(28) Menor média e mediana de tempo nas ECCI, apesar do aumento observado entre 2019 e 2020.</p> <p>(29) Aumento do número de cancelamento de episódios nas ULDM (apesar da diminuição observada entre 2019-2020).</p>	<p>referenciações e dos tempos de apreciação dos pedidos às propostas de referênciação, a comunicação e articulação entre as diferentes entidades envolvidas no processo e os possíveis bloqueios que podem atrasar ou impedir o acesso aos cuidados;</p> <p>b) analisar os impactos do circuito de referênciação nas taxas de internamento, nos custos associados e na experiência do paciente/utente (com recurso a dados quantitativos e qualitativos);</p> <p>c) investigar se o processo de referênciação está alinhado com os objetivos estratégicos da RNCCI como a redução do tempo médio de internamento;</p> <p>d) definir estratégias de prevenção de atrasos das altas hospitalares e dos internamentos nas unidades da rede (em conformidade com o artigo 20.º relativo ao processo de referênciação da Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro);</p> <p>e) aumentar a interoperacionalidade entre o sistema de informação da RNCCI e os sistemas de informação hospitalares, no sentido de agilizar os procedimentos administrativos de referênciação previstos;</p> <p>f) diminuir o número de processos cancelados através da análise dos motivos (sobretudo quanto existe reserva de vaga);</p> <p>g) estabelecer protocolos entre hospitais e unidades da RNCCI; h) atualizar as <i>guidelines</i> da alta hospitalar e respetivos processos de atuação (em conformidade com o Manual de Articulação de Saúde e ISS para o planeamento das Altas Hospitalares) (ISS e ACSS, 2023);</p> <p>i) definir diretrizes ao nível da informação disponibilizada quanto aos direitos e responsabilidade do paciente/utente no internamento hospitalar;</p> <p>j) Agilizar os procedimentos internos de referênciação e articulação com a ECR e as ECL.</p> <p>64) Implementar melhorias no sistema de comunicação entre as equipas hospitalares, equipas referenciadoras dos CSP e as equipas da RNCCI, o que implica: a) Comunicar claramente a importância desse atributo, característica ou processo para a organização e envolver as equipas na procura por soluções; b) Comprometer os profissionais, no sentido de gerar ideias valiosas e um senso de responsabilidade coletiva para alcançar metas de desempenho.</p> <p>(Colombo <i>et al.</i>, 2011; Campbell <i>et al.</i>, 2016; Coster <i>et al.</i>, 2018; Spasova, Baeten e Vanhercke, 2018; Fonseca-Teixeira <i>et al.</i>, 2019; Santos <i>et al.</i>, 2022; Rainho, Cabral e Sobral, 2020; Rainho, Carvalho e Barreira, 2021).</p>
--	---	---

Recomendações transversais

- Investir em literacia em saúde (WHO, 2020; Sakellarides e Lopes, 2021; OPSS, 2022;).
- Reorganizar os cuidados para responder adequadamente o desafio das multimorbidades (WHO, 2016, 2021; OECD, 2019).
- Equacionar novos tipos e formas de organização dos cuidados (Campbell *et al.*, 2016; Coster *et al.*, 2018).
- Redução da procura de cuidados através de abordagens preventivas e de autogestão dos cuidados (Sakellarides e Lopes, 2021).
- A abordagem dos cuidados deve assentar na prestação de serviços holísticos e integrados através da organização de equipas multi e interdisciplinares (Spasova, Baeten e Vanhercke, 2018; Czypionka *et al.*, 2020; Harnett *et al.*, 2020).
- Investir na continuidade dos cuidados, alcançada através de pontos de contacto únicos, alinhamento de serviços e relações fortes entre pacientes e profissionais através da construção de relações baseadas na confiança, onde os profissionais criam confiança através de uma comunicação contínua (Czypionka *et al.*, 2020)
- Investir em ferramentas de apoio à gestão da Rede, com vista a fornecer orientações para a criação de modelos de cuidados eficazes, centrados na pessoa e eficientes em termos de gestão de recursos (Czypionka *et al.*, 2020; Harnett *et al.*, 2020).
- Construir um modelo de maturidade de cuidados que permita a interseção de múltiplas perspetivas – pacientes/utente e famílias, membros da comunidade, prestadores de serviços, líderes de organizações/programas e profissionais de saúde e sociais, administradores e planeadores de sistemas de cuidados, com vista a estimular a conversação e, por essa via, identificar os pontos divergentes e convergentes (Hogeveen e Beltzner, 2022).
- Operacionalizar a mudança sistémica, ao introduzir os incentivos e os facilitadores necessários - finanças, tecnologia e avaliação, na adoção da metodologia de mudança mais adequada através de diferentes abordagens e modelos, no sentido de contribuir para a melhoria das práticas, das exigências organizacionais e do processo de integração de cuidados, com a perceção de vários atores /agentes institucionais (*e.g. Rainbow Model of Integrated Care*) (Ovretveit, 2011; Valentijn, 2015; Minkmans, 2015; Leijten *et al.*, 2018; Harnett *et al.*, 2020).
- Alinhar a gestão dos recursos, da informação e da formação com os referidos processos de mudança (desenvolvimento de processos de criação, transferência e gestão de conhecimento) (Sakellarides e Lopes, 2021).
- Envolver as equipas e profissionais da Rede através de uma partilha transparente da informação, no sentido da convergência de objetivos comuns e aprendizagens mútuas, isto é, fomentar a inteligência coletiva e colaborativa com foco em desafios concretos (Sakellarides e Lopes, 2021).
- Definir uma estratégia que congregue uma cultura de transformação ou de mudança, com uma perspetiva de *bottom-up*, que se traduz numa mudança a partir das iniciativas dos profissionais nos seus contextos (Lopes, 2021).

Anexos

Anexo 1: Autorização/ Parecer CE da ARS Alentejo

23 MAR. 2021



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

11.03.2021
Processo 19/CE/2020
Parecer 04
Comissão de Ética para a Saúde

Parecer 04/CE/2021

Sobre o estudo “A influência da tutela e da referenciação na gestão das internamento da rede de cuidados continuados integrados na região do Alentejo. *Um diagnóstico para a melhoria da efetividade, da eficácia e da*

O COM SEIHO DIRETIVO 15, 04, 2021
O Presidente: José Marques Róbalo
O Vogal José António Martinho Lopes
Alentejo. *Um diagnóstico para a melhoria da efetividade, da eficácia e da* qualis. p q j
q Marques

A: Relatório

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início à abertura do **Processo 19/2020/CE**, em 27.08.2020, sobre o estudo “A influência da tutela e da referenciação na gestão das unidades de internamento da rede de cuidados continuados integrados na região do Alentejo. *Um diagnóstico para a melhoria da efetividade, da eficácia e da qualidade*” òn investigadora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, do Projeto de Doutoramento em Ciências Económicas e Empresariais — Especialidade Gestão, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

1. Protocolo de investigação: introdução; problemática da investigação; métodos (objetivos; tipo de estudo; fases do estudo); Quadro 1: Grelha analítica do Inquérito por Questionário cronograma;
2. Declaração dos orientadores científicos ou pedagógicos;
3. Declaração de Identificação do elo de ligação.....
4. Declaração de compromisso do investigador(a) principal para entrega à CE do Relatório final e/ou relatórios anuais de evolução da investigação;
5. Declaração do Diretor de Serviço/Unidade sobre as condições materiais necessárias à realização de Ensaio clínico/Projeto de Investigação.
6. Cópia da notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados sobre criação de bases de dados - Regulamento Geral da Proteção de Dados.....
7. Carta de explicação do Estudo e do Consentimento Informado Livre e Esclarecido.
8. Declaração de compromisso da investigadora para entrega do relatório final à CE... ..

A.3. Resumo da Documentação.....

O presente projeto de investigação surge no âmbito do Programa de Doutoramento em Ciências Económicas e Empresariais, com a finalidade de diagnosticar um Ser s particular de Saúde

Pública, a RNCCI, cujo desenvolvimento e implementação, resultou da aplicação do Decreto — Lei nº 101/2006, de 06 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, que não só veio criá-la, como torná-la numa resposta pública do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (MS e MTSS, 2006).

Trata-se de um estudo analítico e exploratório que visa um diagnóstico da realidade da RNCCI, com vista à definição de medidas que contribuam de modo efetivo para o desenvolvimento de uma Rede de CCI, que potencie o seu acesso, qualidade e desempenho para a obtenção de mais ganhos em saúde.

O projeto de investigação propõe-se a alcançar os dois objetivos gerais: ...

1). Analisar para o ano de 2019, a influência de um conjunto de descritores do exercício da Tutela, associados às unidades de internamento, ligados às Unidades Locais de Saúde do Alentejo e Agrupamento de Centros de Saúde que constituem a região e saúde do Alentejo, na produção da RCCI. Pretende ao nível institucional, compreender o efeito da perspetiva da gestão da tutela, no que concerne às atividades realizadas ao nível operacional, nomeadamente as operações desenvolvidas na RCCI;

2). Analisar para o ano de 2019, a influência de um conjunto de descritores do processo de referenciação, associados às equipas e unidades da rede que constituem a região e saúde do Alentejo, na produção da RCCI. Pretende ao nível intermédio da gestão, compreender o seu efeito no que respeita às atividades realizadas ao nível operacional, nomeadamente as operações desenvolvidas na RCCI.....

No que respeita ao diagnóstico de situação, centrado sobretudo na realidade alentejana, irão ser desenvolvidos três objetivos específicos:

1) Utilizar o método COSTATIS2 para estudar a articulação entre o exercício dos órgãos da tutela (ARS-Alentejo, Centros Distritais do Instituto de Seguranc̃a Social e Equipa de Coordenaçã Regional) e o processo de referenciação (Equipas de Coordenaçã Local, Equipas de Gestã de Altas da RCCI e Ḿdicos de Família) com a produçã da RCCI, especialmente no respeitante ao internamento, de modo a detetar d́fices, lacunas e incongruências existentes nos processos de gestã e de planeamento dos cuidados; .

2). Identificar os principais instrumentos orientadores para elencar um conjunto de recomendações entendidas como as respostas mais adequadas para promover a melhoria do acesso, qualidade e desempenho, num quadro de sustentabilidade, potenciando, assim, um maior valor em saúde;

3). Contribuir para a elaboração de um diagnóstico mais detalhado da situação e, não somente facilitar melhorias nos sistemas de informação e comunicação*, como também identificar processos de melhoria contínua que promovam a efetividade, a eficácia, a qualidade e a redução de custos na gestão dos cuidados.

Metodologias (validade científica)

De modo a viabilizar o estudo e alcançar os objetivos propostos, a presente atividade irá recorrer a diferentes vias e fontes de dados. Para o efeito, as operações em que a mesma se desdobrará serão as seguintes:

1) Fontes primárias: a) Aplicação de inquéritos por questionário a participantes ligados aos diferentes níveis hierárquicos de Gestão da RCCI na região do Alentejo.

2) Fontes secundárias: a) Acesso a informações registadas no aplicativo de monitorização da RCCI - *GestCare* CCI, uma plataforma exclusiva da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI, regulado e monitorizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

De acordo com as operações as mesmas serão operacionalizadas em três grandes etapas:.....

1) Acesso, recolha e organização dos dados (*GestCai-e* CCI);

2) Aplicação dos inquéritos por questionário e organização dos dados recolhidos;

3) Triangulação dos dados e respetiva análise e tratamento, integrando e combinando as seguintes técnicas de recolha de dados: recolha documental; dados do sistema de informação *GestCai-e*; inquéritos por questionário.

No que se reporta ao sistema de Informação da RNCCI, *GestCai-e*, os dados a recolher irão incidir nas seguintes variáveis de análise por região, sub-região (ULS, ACeS e Hospital) e tipologia:

1) Atividade Assistencial: nº de utentes assistidos; variação em relação ao período homólogo anterior; nº de utentes assistidos em ECCI em relação às Unidades de internamento; % de utentes assistidos em cada tipologia em relação ao total de assistidos em cada sub-região; nº de utentes assistidos em relação à população com idade superior de 65 anos; as transferências na Rede de tipologia e para as ECCI; a funcionalidade na admissão (sem Saúde Mental); os resultados da intervenção através da % de objetivos atingidos na **alta**, destino pós alta; taxa de ocupação; nº médio de dias de internamento/tratamento dos utentes com alta da rede (demora média).

2) Referenciação: motivos de referenciação; tempo de referenciação até à identificação de vaga; nº utente referenciado por tipologia e sub-região; origem da referência; nº de utentes que aguardam vaga; referenciação em relação à população com idade superior a 65 anos.

3) Estruturas da Rede e Lugares: nº de camas em funcionamento; cobertura populacional de casas e lugares domiciliários da rede; nº de equipas existentes ECL e ECCI; nº de lugares de ECCI e variação 2018-2019; nº médio de lugares ECCI; nº de lugares por tipologia e variação 2015-2019; nº de acordos celebrados e nº de lugares contratados, nº de acordos; nº de acordos por titularidade e por tipologia e sub-região;

4) Características dos Utentes Assistidos: grupo etário; sexo; escolaridade; coabitação; estado civil; tipo e origem dos apoios; diagnósticos principais e secundários.....

Os dados a recolher a partir da aplicação dos inquéritos por questionário irão incidir em quatro eixos temáticos: 1) Produção Racional dos CCI; 2) Resultados da Atividade da RCCI; 3) Capacidade de Eficiência e Eficácia da RCCI; 4) Qualidade da prestação dos CCI: alcance dos resultados e ganhos em saúde.

No que se refere aos inquéritos por questionário, estes serão aplicados aos seguintes grupos de representantes da RCCI do Alentejo: 1) Elementos do grupo da tutela; 2) Elementos do grupo de referenciação. 3) Prestadores de cuidados, designadamente das Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Recolha/análise documental, através da leitura e análise de documentos oficiais das políticas sociais e de saúde da UE e do Estado português (especificamente no domínio dos cuidados continuados) e de documentos relativos à RNCCI (plano de desenvolvimento estratégico, relatórios de initorização da rede, termos de contratualização, legislação específica, diretivas técnicas, entre outros documentos relevantes para o estudo.

Método de **análise** dos dados recolhidos - método COSTATIS (*Tliouloilse et al, 2011*) que integra um dos métodos de Análise Multivariada de Dados (AMD) de Três- Vias, uma vez que fornecem uma forma de analisar uma série de matrizes de dados como um todo e, em presença de múltiplos conjuntos de matrizes de dados, revela-se extremamente útil no fornecimento de informações sobre a estabilidade ou diversidade ou mesmo sobre as diferenças ou as coincidências das estruturas comuns das duas séries de matrizes em estudo. A decisão de utilizar, nesta investigação, o método COSTATIS, prende-se com a necessidade de estudar a articulação entre o exercício dos órgãos da tutela (ARS-Alentejo, Centros Distritais do Instituto de Seguranc Social e Equipa de Coordenação Regional) e o processo de referenciação (Equipas de Coordenação Local, Equipas de Gestão de Altas da RCCI e Médicos de Família) com a

produção da RCCI, especialmente no respeitante ao internamento, por forma a detetar défices, lacunas e incongruências existentes nos processos de prestação e de planeamento dos cuidados. ...

Pretende-se com esta metodologia: 1. Analisar, para o ano de 2019, a influência de um conjunto de descritores do exercício da Tutela ($n_1, n_2, n_3, \dots, n_j$), associados às quatro unidades de internamento (unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR), unidades de longa duração e manutenção (ULDM) e equipa de cuidados continuados integrados - apoio ao domicílio (ECCI)), ligados às respetivas Unidades Locais de Saúde (ULS) e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que constituem a Região de Saúde do Alentejo, na atividade da RCCI, designadamente num conjunto de variáveis que descrevem a sua produção ($c_1, c_2, c_3, \dots, c_j$). Pretende-se ao nível institucional, perceber o efeito do nível estratégico, decorrente da gestão da tutela, no que concerne às tarefas realizadas ao nível operacional, nomeadamente as operações desenvolvidas na RCCI; .

População-Alvo - os profissionais com funções e cargos dos diferentes níveis de gestão, estratégico, tático e operacional, que integram a Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região de Saúde do Alentejo. Critérios de inclusão: a abrangência geográfica da rede (Alto e Baixo Alentejo, Alentejo Central e Litoral); a função/cargo ocupado nos diferentes níveis de gestão da RCCI - estratégico, tático e operacional; o desempenho de funções de direção e coordenação. Excluem-se, deste modo, do estudo, as tipologias da área da Saúde Mental e todos os profissionais que não exercem funções de direção e coordenação no âmbito da RCCI, bem como os utentes e respetivos familiares.....

Dimensão da amostra: 1) 4 Elementos do nível estratégico (Coordenação Nacional da RNCCI; ECR); 2) 4 Elementos das entidades complementares e de suporte à RCCI (Departamento de contratualização, Departamento de Saúde Pública e Planeamento, Núcleos de Apoio Técnico para a área dos Sistemas de Informação, Planeamento, Investimento e Estatística); 3) 29 Elementos das equipas de referência (EGA'S e ECL) 4) 77 elementos das equipas prestadoras de cuidados (Unidades de Internamento das tipologias UC, ULDM, UMDR e Equipas Domiciliárias).

Metodologia de acesso aos participantes — A primeira fase é operacionalizada pelo elo de ligação que está em contacto com os potenciais participantes. Cabe a este aferir a autorização dos mesmos, para disponibilizar o seu contacto à investigadora principal. Posteriormente a investigadora inicia o processo de convite aos participantes de forma informal, contactando-os via telefone ou endereço eletrónico, com o intuito de apresentar o projeto e solicitar a participação no estudo. Após este contato informal, a formalização do pedido de participação, é feita por carta convite, onde os participantes terão acesso ao consentimento informado, documento que oficializa a aceitação da participação ..

Condições e financiamento: O financiamento do estudo ficará a cargo da investigadora. Contudo, a escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. O participante poderá a qualquer momento decidir não tomar parte do estudo, não havendo quaisquer prejuízos.

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.

B.1. A relevância e pertinência do estudo, em particular para a ARS Alentejo, estão cabalmente justificadas com a fundamentação teórica apresentada, nomeadamente na melhoria dos processos de qualidade em saúde. *Tratando-se de uma investigação no domínio da gestão, as análises que daí resultem podem contribuir para uma maior orientação da avaliação dos cuidados continuados, contribuindo, desta forma, para uma melhoria nos sistemas de informação e comunicação e nos processos, com vista à promoção da efetividade, eficácia, qualidade e redução de custos na gestão dos cuidados*

B.2. Os princípios de rigor e transparência estão garantidos em relação ao desenho e metodologia do estudo. A metodologia descrita no protocolo de investigação no que diz respeito a fontes de recolha de dados e o seu tratamento salvaguarda requisitos éticos que asseguram e garantem a privacidade, respeito e segurança, ou seja, a confidencialidade e o anonimato, ... *Os dados recolhidos são usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e tratados de forma confidencial. O investigador fica responsável pela confidencialidade dos dados e garante o anonimato dos participantes. Todo o material escrito será codificado, e o seu código conservado num local seguro. A identidade dos participantes será, desta forma, protegida e nunca será tomada pública. O investigador garante e assegura o respeito pela intimidade e divulgação de informação que considere privada e, uma vez digitalizadas as respostas, os questionários serão destruídos*

B.3. A participação no estudo não acarreta encargos financeiros para os participantes ...

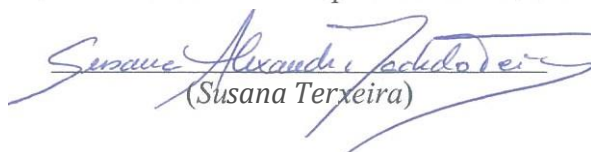
B.4. Esta CE solicita o envio dos currículos *vitae* formato curto (máximo 3 páginas) dos orientadores científico/pedagógicos antes do início da colheita de dados.....

CONCLUSÃO.....

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo, condicionado ao ponto **B.4.....**

Aprovado em reunião do dia 11 de março de 2021, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo


(Susana Terxeira)

Anexo 2 – Organização administrativa da Região de Saúde do Alentejo

Unidades Locais de Saúde (ULS)	
Norte Alentejano	Alter do Chão Arronches Avis Campo Maior Castelo de Vide Crato Elvas Fronteira Gavião Marvão Monforte Nisa Ponte de Sôr Portalegre Sousel
Baixo Alentejo	Aljustrel Almodovar Alvito Barrancos Beja Castro Verde Cuba Ferreira do Alentejo Mértola Moura Ourique Serpa Vidigueira
Litoral Alentejano	Alcácer do Sal Grândola Odemira Santiago do Cacém Sines

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)	
Alentejo Central	Alandroal Arraiolos Borba Estremoz Évora Montemor-o-Novo Mora Mourão Portel Redondo Reguengos de Monsaraz Vendas Novas Viana do Alentejo Vila Viçosa

Fonte: ARS, 2019