

GESTÃO DA ALTA HOSPITALAR E REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS

CONTINUADOS INTEGRADOS: UM ESTUDO DE CASO

HOSPITAL DISCHARGE MANAGEMENT AND REFERENCE FOR THE NATIONAL NETWORK OF INTEGRATED CONTINUOUS CARE: A CASE STUDY

GESTIÓN DE ALTA HOSPITALARIA Y REFERENCIA PARA LA RED NACIONAL DE ATENCIÓN CONTINUADA INTEGRADA: UN ESTUDIO DE CASO

Maria José Rainho (mjrainho@utad.pt)*

Ana Branca de Carvalho (acarvalho@estgl.ipv.pt)**

Maria José Sobral (mjose@chtmad.min-saude.pt)***

RESUMO

O Serviço Nacional de Saúde português, tradicionalmente organizado em cuidados de saúde primários e hospitalares, foi reestruturado em 2006 com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para responder a novas necessidades de saúde e sociais relativas aos cuidados continuados. Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes referenciados por um Hospital Central localizado no norte de Portugal e avaliar o processo de gestão de alta hospitalar e sua articulação com as entidades envolvidas no processo de referenciação e admissão na RNCCI. De uma amostra de 805 casos referenciados em 2013, 595 (74%) foram admitidos na RNCCI, o que corresponde a uma taxa inferior à média nacional (86%). Quase metade da amostra foi admitida em Unidades de Média Duração e Reabilitação (46,4%), 22,0% em Equipas de Cuidados Continuados Integrados, 15,3% em Unidades de Convalescença, 11,1% em Unidades de Longa Duração e Manutenção e 5,2% em Unidades de Cuidados Paliativos. O tempo médio entre a referenciação hospitalar e a admissão na RNCCI foi de 9,73 dias, com uma correlação positiva entre o tempo de apreciação processual e o prolongamento do internamento hospitalar.

Palavras Chave: sistema nacional de saúde, referenciação e cuidados de reabilitação, gestão da alta hospitalar.

ABSTRACT

The Portuguese National Health Service, traditionally organized in primary and hospital healthcare, was restructured in 2006 with the foundation of the National Network of Integrated Continuous Care (NNICC) to respond to new health and social needs concerning the continuity of care. This study aims to characterize the NNICC user's sociodemographic profile and requirements referred by a Central

Hospital located in northern Portugal, and to assessing the hospital discharges management process and its articulation with the entities involved in the NNICC referral and admission process. From a sample of 805 cases referenced in 2013, 595 (74%) were admitted in the NNICC, a rate lower than the national average (86%). Almost half of the sample was admitted in Medium-Term Rehabilitation Units (46,4%), 22,0% in Integrated Continuous Care Teams, 15,3% in Convalescence Units, 11,1% in Long-Term and Maintenance Units, and 5,2% in Palliative Care Units. The average time from hospital referral to network admission was 9.73 days with a positive correlation between referred network management procedures and hospital length of stay.

Keywords: national health system, intermediate care, hospital discharge management.

RESUMEN

El Servicio Nacional de Salud de Portugal, tradicionalmente organizado en atención primaria y hospitalaria, fue reestructurado en 2006 con la creación de la Red Nacional de Atención Continuada Integrada (RNACI), para responder a las nuevas necesidades sociales y de salud relacionadas con la atención a largo plazo. Este estudio tiene como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico de los usuarios referidos por un Hospital Central ubicado en el norte de Portugal y evaluar el proceso de gestión del alta hospitalaria y su articulación con las entidades involucradas en el proceso de derivación y admisión en RNACI. De una muestra de 805 casos referenciado en 2013, 595 (74%) fueron admitidos en el RNACI, lo que corresponde a una tasa inferior al promedio nacional (86%). Casi la mitad de la muestra fue admitida en Unidades de Media Duración y Rehabilitación (46,4%), 22,0% en Equipos de Atención Continua Integrada, 15,3% en Unidades de Convalecencia, 11,1% en Unidades de Cuidado y Mantenimiento a Largo Plazo y 5,2% en Unidades de Cuidados Paliativos. El tiempo promedio entre la derivación al hospital y el ingreso al RNACI fue de 9.73 días, con una correlación positiva y una correlación positiva entre el tiempo de evaluación del procedimiento y la duración de la estadía en el hospital.

Palabras clave: sistema nacional de salud, rehabilitación y continuidad asistencial, gestión del alta hospitalaria.

* Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro/Centro de Estudos Transdisciplinares Para o Desenvolvimento.

** Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego – Instituto Politécnico de Viseu/CISeD.

*** Centro Hospitalar de Trás-os-Montes Alto Douro/Unidade Hospitalar de Vila Real.

Submitted: 2nd March 2020

Accepted: 27th June 2020

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Nesse ano, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, foi criada uma rede de prestação de cuidados, com estruturas vocacionadas para a prestação de serviços de reabilitação e cuidados personalizados, de acordo com as condições particulares dos seus destinatários, designada Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI foi implementada em todo o território nacional, com parcerias que envolvem instituições públicas, privadas e do setor social. Vocacionadas para a prestação de cuidados de reabilitação e de apoio social, os estudos preparatórios identificaram os idosos como potenciais destinatários da nova oferta de cuidados (Gesaworld, 2005). O modelo implementado, além do carácter descentralizado e articulado com os cuidados de saúde primários e hospitalares, complementa a oferta de cuidados, com objetivos e estruturas bem definidas e diferenciadoras.

Em tempo de restrições orçamentais, é ainda mais pertinente compatibilizar a gestão eficiente dos recursos financeiros, humanos, técnicos e tecnológicos afetos à Saúde com a prestação dos cuidados necessários, oportunos e eficazes, assegurando também a sustentabilidade das instituições públicas de saúde. Dada a complexidade inerente à gestão do sistema de saúde, importa saber se os objetivos definidos para esta nova estrutura estão a ser alcançados, nomeadamente a adequação da oferta, a eficácia gestionária e a articulação entre os prestadores.

Relativamente à adequação da oferta de cuidados é pertinente conhecer o perfil sociodemográfico da população referenciada, a capacidade instalada e a sua adequação tipológica e territorial. A promoção de cuidados de proximidade às novas necessidades de saúde que estiveram na origem na criação da RNCCI tem impacto nas famílias, na relação entre os seus membros, na adaptação às situações de doença e na prestação de cuidados de saúde personalizados.

O planeamento e organização dos recursos disponíveis é determinante no acesso aos cuidados de saúde, na promoção da equidade e na concretização de um modelo de intervenção integrado. A articulação eficiente das entidades prestadoras é essencial no processo curativo, de reabilitação ou apoio social dos utentes, pelo que os processos de referenciação e admissão na RNCCI devem convergir para a eficácia imprescindível do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Assim, os objetivos deste estudo consistem: i) na caracterização dos utentes referenciados para a RNCCI pelos serviços hospitalares, confirmando se correspondem ao perfil dos destinatários e necessidades que estavam originalmente referenciadas; ii) e na apreciação do processo organizacional de gestão de altas hospitalares e a sua articulação com as entidades envolvidas no processo de referenciação e admissão na RNCCI.

1. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura incide sobre a relevância do planeamento da alta hospitalar e a caracterização da RNCCI, enquadrando o tema da continuidade de cuidados de saúde e o modelo de investigação proposto.

1.1. Gestão da alta hospitalar

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

Os hospitais caracterizam-se pela oferta de cuidados de “saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (INE, 2014)¹. Após o internamento, os utentes podem necessitar da continuidade de cuidados na sequência dos episódios agudos ou crónicos da doença, seja no domicílio, em ambulatório no próprio estabelecimento de saúde ou na transferência para outra instituição de cuidados de saúde.

O processo organizacional da referenciação para a RNCCI foi normalizado em 2008 pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) com a aprovação do Manual de Planeamento e Gestão de Altas, aplicável aos hospitais e com os objetivos de “garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes” (UMCCI, 2008, p.3).

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

¹ Retirado de <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>

A alta deve ser planeada o mais cedo possível, preferencialmente na data de início do internamento, devendo todas as decisões e procedimentos estar bem definidos, justificados e registados, o que permitirá assegurar a qualidade dos serviços prestados pelos vários intervenientes ao utente e dotar a correspondente nota de alta de toda a informação imprescindível à continuidade dos cuidados (UMCCI, 2008).

Um sistema de alta hospitalar eficaz contribui para a redução de readmissões hospitalares desnecessárias e melhora a articulação entre as entidades envolvidas na continuidade de cuidados (Yam *et al.*, 2012). Se a alta for precoce, o utente corre o risco de ter depreciações do seu estado de saúde e, eventualmente, uma readmissão hospitalar, por outro lado, se for prolongada além do necessário existe um desperdício de recursos afetos a um utente que deles não necessita (Leeds, Sadiraj, Cox, Schnier & Sweeney, 2013).

Enderlin *et al.* (2013) verificaram que os idosos são os utentes mais vulneráveis às falhas existentes na articulação dos vários serviços prestadores de cuidados, em termos de qualidade e segurança, com graves consequências para a sua saúde, nomeadamente em reinternamentos hospitalares e até mesmo a morte. Os mesmos autores referem que as investigações mais recentes consideram que a avaliação dos processos de transferências intrainstituições destes utentes é prioritária para melhorar os indicadores de saúde.

A complexidade das práticas organizacionais é indutora de problemas a nível comunicacional, partilha de informação, prescrição medicamentosa, continuidade de cuidados de saúde e acesso a cuidados após a alta, cujas consequências para os utentes incluem as infeções nosocomiais, delírios, quedas e erros de toma de medicação. Estes problemas podem ser agravados pela linguagem utilizada, o grau de literacia em saúde dos cidadãos e diferentes práticas culturais (Enderlin *et al.*, 2013).

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

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

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

Eastwood *et al.* (2014) consideram que investigações dirigidas ao estudo das readmissões nos 7 ou 30 dias após a alta são determinantes na clarificação dos fatores de risco que lhe estão

associados, bem como na identificação, desenvolvimento e teste de potenciais estratégias de redução.

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

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

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

Eastwood *et al.* (2014) identificaram causas diversas nas readmissões após os 7 e 30 dias em casos de diagnóstico de insuficiência cardíaca. Num período de 7 dias foram admitidos novamente 5,6% dos utentes e 18% a 30 dias. Entre os fatores potenciadores de reingresso a muito curto prazo foram identificados a existência de doença renal, a necessidade de cuidados no domicílio e a alta contra indicação médica. A redução do risco de readmissão estava associada a internamentos mais longos e em unidades coronárias especializadas. A 30 dias, além dos identificados para as readmissões a 7 dias, foram ainda considerados a idade superior a 75 anos, a doença hepática, as neoplasias e doença crónica pulmonar. Os fatores redutores incluíam o internamento em unidades especializadas e a transferência para unidades de cuidados de longa duração.

1.2. Rede nacional de cuidados continuados integrados

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

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

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

Também em Portugal as alterações sociodemográficas têm originado novas necessidades a nível dos cuidados de saúde. O aumento da longevidade, os índices de envelhecimento e dependência dos idosos (www.portada.pt) e as alterações nos perfis das patologias mais

frequentes (Direção Geral da Saúde, 2014) têm sido motivo de reestruturações organizacionais nos cuidados de saúde primários e hospitalares.

A RNCCI surge como resposta às novas necessidades de saúde e sociais, no complemento de oferta de prestação de cuidados de saúde a pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Decreto-Lei n.º 101/2006). Dotada de unidades diferenciadas, a Rede pretende garantir a continuidade dos cuidados de saúde em unidades especializadas.

Tipologicamente, os serviços disponibilizados pela RNCCI estão agrupados em unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias (artigo 12 do DL nº 101/2006, de 06 de junho) (Figura 1).

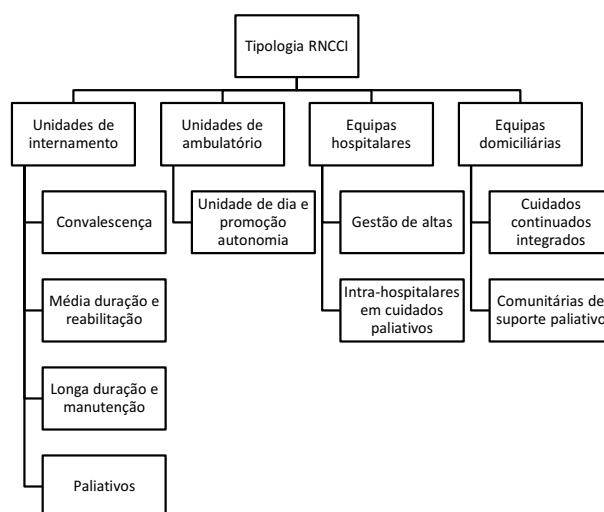


Figura 1. Tipologia da RNCCI

Fonte: DL nº 101/2006, de 06 de junho.

As unidades de internamento são constituídas pelas seguintes tipologias:

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

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

dias. As UCP estão vocacionadas para prestar apoio a utentes em estado terminal e que necessitam de cuidados especializados de natureza paliativa.

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

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

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

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

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) é a entidade gestora nacional da Rede. A coordenação regional é assegurada por cinco estruturas – Equipa Coordenadora Regional (ECR) que integram representantes das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Centros Distritais de Segurança Social. A nível local e de proximidade, a RNCCI é gerida pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), equipas de natureza multidisciplinar, integrando, no mínimo, um profissional médico e de enfermagem (setor da saúde) e um técnico de assistência social (de preferência e proveniente do setor da segurança social) e, caso seja necessário, um técnico da autarquia local. Em 2013, as ECL eram 92, uma por ACES. A referenciação é efetuada pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) e equipas dos cuidados de saúde primários. Em 2013 existiam 83 EGA e 526 Equipas nos Centros de Saúde, bem como 25 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e 11 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ACSS, 2014).

O modelo organizacional da referenciação é constituído por três etapas: *i)* sinalização dos utentes com critérios de ingresso na Rede e avaliação pela EGA ou Equipa dos Cuidados de Saúde Primários; *ii)* ingresso na Rede, com a avaliação da proposta de referenciação pela ECL; e *iii)* admissão em unidade da Rede, após consentimento do utente, com remessa do processo à ECR para cativação de vaga numa unidade.

Em termos de origem da oferta de camas de internamento, em 2013 o setor social disponibilizava cerca de 71%. As restantes camas distribuíam-se por unidades privadas com fins lucrativos (22%) e o SNS, com apenas 7% da capacidade instalada (ACSS, 2014).

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

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

1.3. Modelo de investigação

De acordo com os objetivos enunciados, o modelo proposto considera duas áreas de análise: i) a caracterização sociodemográfica dos utentes referenciados pela EGA e dos admitidos na RNCCI e ii) o circuito processual da referênciação, envolvendo a EGA, a ECL e a ECR (Figura 2).

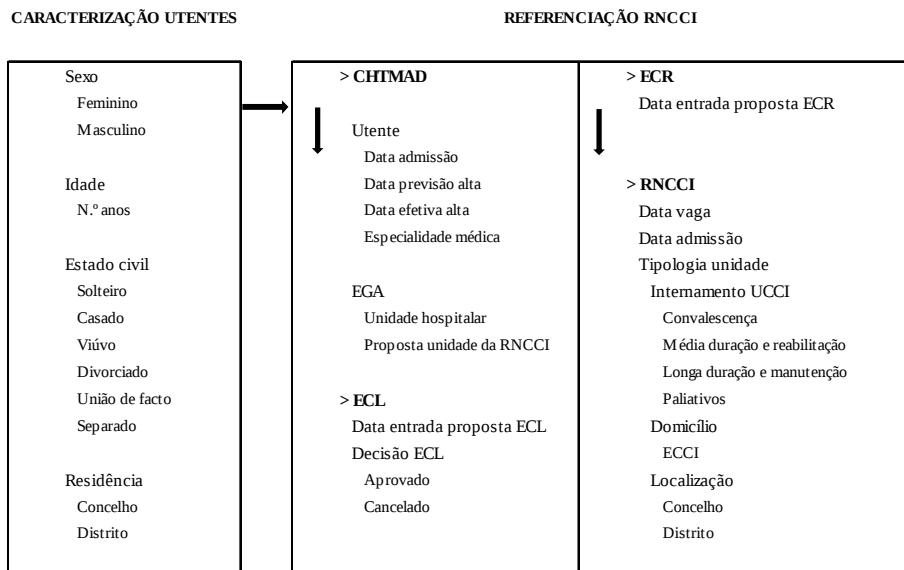


Figura 2. Modelo conceptual proposto

As questões de investigação que dão corpo ao modelo são as seguintes:

- Q11: Qual o perfil dos utentes referenciados para a RNCCI?
- Q12: Qual a demora média desde a referênciação até à admissão numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)?
- Q13: Os utentes referenciados são admitidos em UCCI próximas da sua área de residência?
- Para responder às questões de investigação foram formuladas as seguintes proposições:
- P1: Os idosos são os utentes referenciados com mais frequência para as UCCI.
- P2: Sendo a gestão da RNCCI regional e centralizada na ARS Norte e a oferta de camas reduzida, a efetivação da referênciação pode não ser feita em tempo útil.
- P3: Sendo a gestão da RNCCI regional e centralizada na ARS Norte e a oferta de camas reduzida, os utentes são colocados fora do seu concelho de residência.

2. METODOLOGIA

O projeto foi concretizado através de um estudo de caso realizado no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD), localizado na zona norte e que integra quatro unidades hospitalares (Vila Real, Chaves, Lamego e Régua). Está incluído no setor empresarial do Estado e tem estatuto de hospital central. A área de influência total abrange 452.000 habitantes, distribuídos por 34 concelhos dos distritos de Vila Real, Bragança e Viseu (CHTMAD, 2014).

O estudo é de natureza descritiva e retrospectiva, reportando-se à análise de dados de referenciação do CHTMAD para a RNCCI em 2013. Os procedimentos da referenciação foram estudados através dos normativos de aplicação nacional, emitidos pela UMCCI, através das normas internas do CHTMAD e informação do respetivo Coordenador da EGA.

A população é constituída pelos utentes internados no CHTMAD no ano de 2013 e a amostra é composta pelos utentes referenciados pela EGA, num total de 805 casos.

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

Para o tratamento de dados e apresentação de resultados foi usada a aplicação *Statistical Package for the Social Science*® da IBM, versão 20, com utilização da estatística descritiva.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise de dados foi estruturada de acordo com o modelo proposto, considerando: i) os utentes referenciados pela EGA (805 casos) e os utentes admitidos na RNCCI (595 casos) e, ii) o circuito processual de referenciação.

3.1. Caracterização sociodemográfica dos utentes

A síntese dos dados caracterizadores dos utentes encontra-se representada na Tabela 1. Dos 805 casos referenciados (o que corresponde a uma taxa de 3,45% dos doentes saídos no ano de 2013), 415 utentes (51,7%) são do sexo feminino e 387 (48,3%) do sexo masculino. Estes números estão próximos dos dados nacionais, 55,2% e 44,8% respetivamente (ACSS, 2014).

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

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

Quanto ao estado civil, 50,9% dos utentes são casados (404 dos casos válidos) e 33% viúvos (262 casos). Os 26 casos restantes correspondem ao estado civil de divorciado, separado e

em união de facto. Enquanto os utentes casados são maioritariamente do sexo masculino, já os viúvos são do sexo feminino.

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

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

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

Tabela 1 - Caracterização dos utentes

Utentes	Sexo	Idade	Estado Civil
Referenciados (805)	51,7% Feminino	Média 74,36	51% casados
	48,3% Masculino	Mediana 76	33% viúvos
		Moda 74	Casados, maioria do sexo masculino
		88% > 60 anos	Viúvos, maioria do sexo feminino
		38% > 80 anos	
Admitidos na RNCCI (595)	51,4% Feminino	Média 74,97	50% casados
	48,6% Masculino	Mediana 77	34% viúvos
		Moda 74	Casados, maioria do sexo masculino
		90% > 60 anos	Viúvos, maioria do sexo feminino
		40% > 80 anos	

Fonte: elaboração própria

3.2. Circuito Processual da Referenciação

Relativamente aos processos instruídos pelo CHTMAD em 2013 (Tabela 2), dos 805 casos referenciados pela EGA, 117 não chegaram a ser apreciados pela ECL, por vários motivos: alta clínica (97), cancelamento da proposta de referenciação (9), óbito (6) e outras razões (5). Assim, foram colocadas à apreciação da ECL 688 processos e, até terminar o processo com a admissão na Rede, verificou-se nova redução nos processos aprovados (93). O motivo mais frequente foi o cancelamento pela ECL ou ECR, após avaliação da proposta (74), por óbito (10), alta (8) e por outros motivos (1).

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

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

Tabela 2 - Processos referenciados

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

Fonte: elaboração própria

Quanto à demora média na referenciação, verifica-se que o tempo médio de referenciação dos utentes numa unidade da Rede é próximo dos 10 dias, com mais frequência os cinco dias. Por tipologia, verificou-se que a referenciação para as ULDM é a que apresenta tempos médios mais elevados (30,27 dias) e para as ECCI os mais reduzidos (5,57 dias). A mediana entre o início da referenciação e a identificação da vaga é inferior tanto à nacional (9,26 dias) bem como à da região norte (6,98) (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempo em dias na referenciação por tipologia da RNCCI

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

Fonte: elaboração própria

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

O teste de correlação de Pearson permite confirmar que existe uma associação positiva entre o tempo de apreciação dos processos para integração na Rede e o tempo decorrido entre a alta prevista e a efetiva (Tabela 4).

Tabela 4 - Tempo entre as datas previstas e efetivas de alta

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

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

Fonte: elaboração própria

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

Comparando a tipologia da unidade da RNCCI proposta pela EGA e a unidade de admissão, verifica-se haver aceitação total no que diz respeito à referenciação para a UC e UCP. Das 174 propostas para a ECCI, 40 foram transferidas para a UMDR e 12 das 78 propostas para a ULDM ingressaram numa UMDR (Tabela 5).

Tabela 5 - Unidades propostas pela EGA e validadas pela ECL

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

Fonte: elaboração própria

Refira-se que, a nível nacional, a tipologia em que mais utentes foram admitidos foi a ECCI (30%), seguida da UC (24%) e UMDR (23%), estas com valores muito aproximados, ULDM (18%) e UCP (5%) (ACSS, 2014). No CHTMAD, aproximadamente metade dos utentes foi admitida na tipologia de UMDR (46%), ficando todas as outras tipologias (com exceção da UCP) abaixo da média nacional (Figura 3).

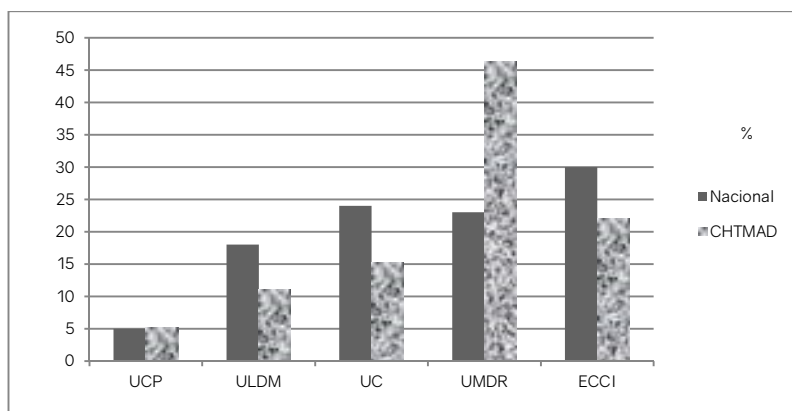


Figura 3. Taxa de admissão por tipologia da RNCCI (Fonte: elaboração própria)

A taxa global de utentes que foi admitida em unidades no seu concelho de residência foi de 33% (Tabela 6). Excluídos os utentes admitidos em ECCI, que prestam cuidados no próprio domicílio, apenas 15% permaneceram no concelho de residência.

Tabela 6 - Taxa de utentes admitidos nas unidades da RNCCI no concelho de residência

Concelho residência	UCCI - mesmo Concelho	UCCI - Concelho diferente	Total	% mesmo Concelho
Chaves	43	72	115	37%
Vila Real	34	39	73	47%
Valpaços	21	52	73	29%
Montalegre	18	19	37	49%
Vila Pouca de Aguiar	14	24	38	37%
Alijó	13	15	28	46%
Peso da Régua	13	18	31	42%
Sabrosa	12	5	17	71%
Murça	11	7	18	61%
Santa Marta Penaguião	6	16	22	27%
Boticas	4	23	27	15%
Ribeira de Pena	3	12	15	20%
Macedo de Cavaleiros	1	0	1	100%
Porto	1	0	1	100%
Vila Flor	1	1	2	50%
Outros	0	87	87	0%
Subtotal	195	390	585	33%
Sem informação do Concelho de residência			10	
Total			595	

Fonte: elaboração própria

É agora sinteticamente apresentado o circuito processual da referenciação do CHTMAD em 2013, com tempos médios em dias desde a admissão no internamento hospitalar até à admissão numa unidade da RNCCI, bem como o respetivo fluxo de utentes (Figura 4).

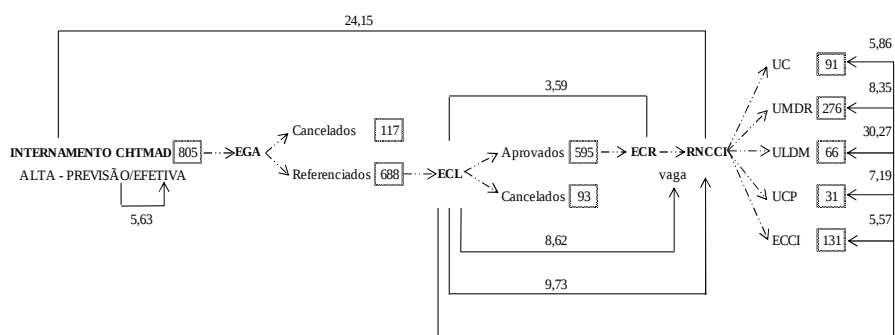


Figura 4. Circuito processual e tempos médios (dias) (Fonte: elaboração própria)

4. SUMÁRIO DOS RESULTADOS

Relativamente às questões orientadoras do trabalho, cabe fazer as seguintes observações:

Q1 1: Qual o perfil dos utentes referenciados para a RNCCI?

Os idosos são os utentes referenciados com mais frequência pelo CHTMAD. Esta constatação corresponde ao não só ao perfil identificado pelos estudos preparatórios que estiveram presentes na implementação da Rede, como também à tendência e previsão das instituições europeias (OCDE, 2013b) e em conformidade com os mais recentes dados nacionais publicados (ACSS, 2014).

Q1 2: Qual a demora média desde a referenciação até à admissão numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados?

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

Relativamente às UCP, o tempo médio de referenciação foi de 7,19 dias e a mediana de 6 dias, com uma amplitude entre os 0 a 111 dias. Considerando que o motivo mais frequente de admissão nesta tipologia é a doença oncológica, Dias (2012) destaca o impacto provável deste indicador na sobrevivência dos utentes e sobretudo na qualidade de vida dos mesmos, tendo concluído que os utentes referenciados para esta tipologia já o são em fase final da doença, tendo verificado num estudo de caso que mais de metade dos utentes (54,41%) faleceu nos primeiros 14 dias de internamento. Destaca ainda o facto de 10 doentes (3,32%) terem falecido no próprio dia em que foram admitidos e 12 doentes (3,99%) no segundo dia de internamento.

Os tempos decorridos entre a referenciação e a identificação da vaga são considerados elevados e a ACSS justifica o facto com quatro fatores: i) a referenciação hospitalar ser efetuada próxima da data prevista da alta quando o deveria ser entre as 48 a 72 horas após a admissão hospitalar; ii) a disponibilidade ou indisponibilidade de vaga; iii) o exercício de outras funções dos profissionais da ECL; iv) e a necessidade processual na avaliação e definição da comparticipação atribuída ao utente, quando a unidade de destino é uma UMDR ou ULDM (ACSS, 2014).

A referenciação para unidades onde está prevista a comparticipação financeira do utente é indutora de demoras na elaboração do processo. A ERS (2013) destaca uma eventual transferência de encargos para os utentes no usufruto das unidades da Rede, pelo internamento em unidades desadequadas ao seu estado clínico e que preveem o contributo financeiro dos utentes, quando deveriam ser admitidos em unidades onde está prevista a isenção.

Considerando que no presente estudo de caso 46% dos utentes foram admitidos numa UMDR, será importante avaliar o impacto deste facto na demora média do internamento hospitalar dos utentes, uma vez que o processo de apuramento da comparticipação individual poderá corresponder a um adiamento da alta e prolongamento do internamento hospitalar e eventual desistência de admissão numa unidade da RNCCI, constituindo uma barreira à satisfação das necessidades de saúde.

Em termos de validação estatística dos procedimentos de referenciação e admissão na RNCCI, o teste de correlação de Pearson indicou uma associação positiva entre as variáveis, contribuindo o circuito processual em 12% no prolongamento da permanência hospitalar.

QI 3: Os utentes referenciados são admitidos em UCCI próximas da sua área de residência?

Relativamente à mobilidade e flexibilidade da oferta da RNCCI, verifica-se que 78% dos utentes foram admitidos em unidades de internamento e 22% em ECCI. Dos utentes internados apenas 15% permaneceram na sua área de residência. Globalmente, esta taxa foi de 33%.

Apesar dos utentes poderem escolher três unidades preferenciais, os procedimentos de gestão de vagas e a distribuição geográfica da oferta são razões que condicionam e limitam a admissão nas unidades selecionadas e próximas da área de residência dos utentes.

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

Na análise do acesso potencial dos utentes à RNCCI, considerando o perfil sociodemográfico da população e o tempo máximo de 60 minutos a percorrer em estrada até às unidades de internamento, a ERS (2013) concluiu que em 166 concelhos de todos os distritos de Portugal continental existem áreas com baixo acesso às unidades. O impacto previsível é em 79,3% do total da população residente (perto dos 8 milhões) e em 75,8% dos idosos.

A ERS concluiu ainda que a oferta disponível em camas é claramente insuficiente e fica muito aquém das metas estabelecidas, sendo a discrepância mais significativa nas camas de UCP (ERS, 2013). Também Canha *et al.* (2013) consideram que a RNCCI é incapaz de responder às necessidades atuais, embora o tempo de espera para integração numa unidade da Rede tenha diminuído.

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

Para colmatar as assimetrias regionais e adequar a oferta à procura, a ACSS recomenda que cada uma das entidades gestoras regionais faça a avaliação das taxas médias de ocupação das unidades da Rede, bem como do número e perfil dos recursos humanos necessários e tempo alocados (ACSS, 2014). Esta avaliação revela-se de premente importância no planeamento da localização das unidades e definição das tipologias. Considerando que a maior parte das camas de internamento é disponibilizada pelo sector social, a contratualização prévia de acordo com as necessidades deveria ser implementada.

CONCLUSÃO

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

A análise aprofundada e focalizada na atividade das entidades intervenientes no processo de referênciação, através de estudos de caso, de natureza individualizada e detalhada, permite

apurar a conformidade ou não destes casos com dados globais de índole nacional e ressaltar pontos específicos de atuação, com impacto na atividade dos profissionais e na qualidade e oportunidade dos serviços prestados aos utentes.

Este acompanhamento e monitorização da RNCCI poderá contribuir para local e regionalmente identificar constrangimentos organizacionais que poderão ser superados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos e/ou pela articulação com as ECL e ECR.

Concretizando, este estudo permitiu verificar que a instituição hospitalar em estudo não tem acesso à extração de informação de carácter sintético e seleção de indicadores globais da sua atividade e dos utentes referenciados pela EGA (a informação necessária ao estudo foi disponibilizada pela entidade gestora nacional). A informação é imprescindível para agir e identificar os pontos fulcrais de intervenção.

Permitiu, ainda identificar procedimentos passíveis de aperfeiçoamento, nomeadamente sobre a necessidade de: i) aumentar a interoperacionalidade entre o sistema informático da RNCCI – Gest-Care CCI® e os aplicativos hospitalares (médicos e de enfermagem), permitindo agilizar os procedimentos administrativos de referência previstos, seja por exigência dos normativos legais ou instruções operacionais, uma vez que a informação solicitada na plataforma é extensa e exige uma introdução manual; ii) atualizar os normativos internos, nomeadamente o regulamento da EGA; iii) aperfeiçoar os procedimentos internos de referência e articulação com a ECL, para que a mesma seja efetuada em tempo oportuno, diminuindo demoras e eventuais prolongamentos desnecessários de internamento; iv) reduzir o número de processos cancelados, pela análise dos motivos que lhe deram origem, especialmente quando já existe reserva de vaga; e, v) avaliar a adequação dos tempos de apreciação e avaliação das propostas de referência.

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

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto UIDB/04011/2020. Agradecemos adicionalmente à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e ao CETRAD.

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto Refª UIDB/05583/2020. Agradecemos adicionalmente ao Centro de Investigação em Serviços Digitais (CISeD) e ao Politécnico de Viseu pelo apoio prestado.

REFERÊNCIAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2013. Lisboa.

Administração Regional de Saúde do Norte (2014). Relatório de monitorização da atividade nos cuidados continuados integrados na região norte em 2013. Porto.

Canha, C., Massano, A., Esperto, H., Rato, J., Ferreira, T. & Geraldo, A. (2013). National post hospital

care project and length of hospitalization of patients with stroke 2010-2011. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 683-688.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (2014). Relatório de gestão e contas: Exercício de 2013. Vila Real.

Coutinho, S. (2017). Impacto do atraso da admissão na RNCCI, dos doentes referenciados em 2016 pelos Serviços do Pólo HUC do CHUC, E.P.E." tese de mestrado em cuidados continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina, p.47

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A.

Dias, A.S.S. (2012). Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portugueses: quando? quem? e porquê?, Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10518>.

Direção Geral da Saúde (2014). Portugal: Doenças oncológicas em números – 2014. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014.aspx>.

Eastwood, C.A., Howlett G.J., King-Shier, K.M., McAlister, F.A., Ezekowitz, J.A. & Quan H. (2014). Determinants of early readmission after hospitalization for heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(6), 612-618.

Enderlin, CA., McLeskey N., Rooker, J.L., Steinhauser, C., D'Avolio D., Gusewelle R. & Ennen, K.A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34(1), 47-52.

Entidade Reguladora da Saúde. (2013). Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. Porto. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf.

Gesaworld Sociedad Anónima (2005). Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual - Projecto de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede de cuidados continuados integrados e progressivo desenvolvimento de cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rede-de-cuidados-continuados-relatorio-final-da-fase-1.aspx>.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Estatísticas no feminino: Ser mulher em Portugal 2001- 2011. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2014). Projeções de população residente: 2012-2060. Lisboa.

Jencks, S.F., Williams, M.V. & Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428.

Kanak, M.F., Titler, M., Shever, L., Fei, Q., Docheterman, J. & Picone, D.M. (2008). The effects of hospitalization on multiple units. *Applied Nursing Research*, 21(1), 15-22.

Kassin, M.T., Owen, R.M., Perez S.D., Leeds, I., Cox, J.C., Schnier, K. & Sweeney, J.F. (2012). Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(3), 322-330.

Leeds, I.L., Sadiraj, V., Cox, J.C., Schnier, K.E. & Sweeney, J.F. (2013). Assessing clinical discharge data preferences among practicing surgeons. *Journal of Surgical Research*, 184(1), 42-48.

Lucas, D.J. & Pawlik, T.M. (2014). Readmission after surgery. *Advances in Surgery*, 48(1), 185-199.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2013a). Health at a Glance 2013: OEDC indicators. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2013b). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2008). Manual de planeamento e gestão de altas. Lisboa. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf.

Yam, C.H.K., Wong, E.L.Y., Cheung, A.W.L., Chan, F.W.K., Wong, F.Y.Y. & Yeoh, E. (2012). Framework and components for effective discharge planning system: A delphi methodology. *BMC Health Services Research*, 12(1), 396.

