

RELATÓRIO DE ESTÁGIO



CUIDADOS CONTINUADOS

Saúde e Apoio Social

GESTÃO EM SAÚDE
2013 - 2016

Paula Umbelina – 20131820
Orientador: Prof. Doutor Paulo Moreira

Junho 2016

Agradecimentos

À Minha Família, o meu muito obrigada por acreditarem que era capaz de enfrentar mais um desafio e ultrapassar os obstáculos que se opusessem nesta caminhada. Espero que esta etapa, que agora termina, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me deram durante estes três anos.

À memória do meu querido e amado Pai. A ele, dedico toda esta etapa.

Agradeço ao Professor Doutor Paulo Moreira, pela disponibilidade, orientação, apoio e incentivo que sempre me transmitiu. Pela sua orientação científica e disponibilidade quer durante a componente letiva, quer na elaboração do relatório de estágio. Obrigada por toda a sua dedicação, rigor e partilha de saberes.

O meu obrigada ao Grupo Naturidade, na pessoa do Enfermeiro Tiago Nascimento, por me terem recebido, por toda a amabilidade e disponibilidade demonstrada durante o estágio.

“Porque se um dia vi mais longe, foi por estar de pé sobre os ombros de gigantes”
Isaac Newton

“Quando nada parece ajudar, olho o cortador de pedras martelando a rocha cem vezes sem que uma só rachadura apareça.
Porém, na centésima primeira a pedra abre-se em duas e sei que não foi aquela martelada que o conseguiu, mas todas as que antes vieram”.

Jacob Riis

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Envelhecimento Populacional – Contexto Mundial e Europeu | 10 |
| 2. Mudança de Paradigma – Saúde e Envelhecimento..... | 12 |
| 3. Enquadramento Internacional e Nacional da Prestação Cuidados Continuados – LD | 14 |
| 4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados | 17 |
| Conceito | 17 |
| Natureza e desenvolvimento da RNCCI | 17 |
| Monitorização da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados no 1º semestre de 2015 - Portugal..... | 19 |
| Lugares de internamento | 19 |
| Lugares totais – Unidades e Equipas..... | 20 |
| Acordos | 21 |
| Equipas referenciadoras..... | 21 |
| Equipas de Coordenação Local..... | 22 |
| Caraterização dos utentes..... | 22 |
| Motivos de referenciação 2015 | 25 |
| Resultados da intervenção e destino pós-alta | 26 |
| Óbitos | 26 |
| Referenciação..... | 27 |
| Utentes que aguardavam vaga no final no 1º semestre de 2015..... | 30 |
| Utentes assistidos | 31 |
| Taxa de ocupação..... | 33 |
| Demora média..... | 33 |
| 5. Logística..... | 35 |
| O que é a Logística | 35 |
| Importância da Logística em Saúde | 35 |
| Ciclo da logística | 35 |
| Importância dos Sistemas de informação na logística | 36 |
| Armazenamento e distribuição | 36 |

| | |
|---|----|
| Instrumentos de gestão com aplicabilidade em logística na saúde..... | 37 |
| Diagramas de blocos | 38 |
| Fluxogramas | 39 |
| Organograma/ Funcionogramas | 40 |
| Aproximações 5 S's e Kaizen | 41 |
| Aproximação Seis Sigma..... | 41 |
| 6. Descrição do GRUPO NATURIDADE | 43 |
| 7. Circuito logístico de distribuição interna dos produtos/ consumíveis clínicos e do medicamento - Unidade Naturidade de Porto Salvo..... | 45 |
| Atividades do circuito logístico interno dos produtos/ consumíveis clínicos | 45 |
| Atividades do circuito logístico interno do medicamento | 46 |
| Sugestões de melhoria dos desafios de gestão da logística da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Naturidade - Porto Salvo..... | 49 |
| Armazém de materiais de consumo clínico | 49 |
| Farmácia..... | 51 |
| 8. Conclusão | 52 |
| 9. Bibliografia | 53 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 Perceived health status in adults aged 65 years and over - 2013 | 10 |
| Gráfico 2 Utentes com idade > a 65 anos | 23 |
| Gráfico 3 Utentes com idade > a 80 anos | 23 |
| Gráfico 4 Distribuição por sexo | 24 |
| Gráfico 5 Utentes com idade > a 80 anos | 24 |
| Gráfico 6 Tipo e origem de apoios aos utentes..... | 25 |
| Gráfico 7 Óbitos totais em 2015 | 27 |
| Gráfico 8 Óbitos totais por tipologias 2015 | 27 |
| Gráfico 9 Referenciação por hospitais e Centros de Saúde | 28 |
| Gráfico 10 Distribuição percentual da origem da referenciação em cada região | 29 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 Unit cost of each type of formal care, as % of GDP per capita - 2010..... | 15 |
| Tabela 2 Nº camas contratadas em funcionamento em 30.06.2015..... | 20 |
| Tabela 3 ACSS 2015 - Cobertura populacional censos 2011 | 20 |
| Tabela 4 Acordos celebrados em 2015 | 21 |
| Tabela 5 Comparativo acordos celebrados em 2014 e 2015 | 21 |
| Tabela 6 Equipas referenciadoras | 22 |
| Tabela 7 Equipas de coordenação local | 22 |
| Tabela 8 Motivos de referenciação | 26 |
| Tabela 9 Resultados da intervenção e destino pós-alta | 26 |
| Tabela 10 Referenciação por região e tipologia - 1º semestre 2015 | 28 |
| Tabela 11 Tempo de referenciação a identificação de vaga | 29 |
| Tabela 12 Utentes a aguardar vaga - final 1º semestre de 2015 | 31 |
| Tabela 13 Utentes assistidos por tipologia vs total assistidos por região..... | 32 |
| Tabela 14 População assistida com idade superior a 65 anos | 32 |
| Tabela 15 Comparativo de taxa de ocupação 2012-2015..... | 33 |
| Tabela 16 Demora média por região..... | 33 |
| Tabela 17 Desagregado da execução financeira da RNCCI | 34 |
| Tabela 18 Execução global 2006-2014 - setor saúde e segurança social..... | 34 |

Índice de Ilustrações

| | |
|---|----|
| Ilustração 1 Fluxograma | 38 |
| Ilustração 2 Simbologia de Fluxogramas..... | 39 |
| Ilustração 3 Fluxograma ANSI | 39 |
| Ilustração 4 Funcionograma..... | 40 |



Siglas

| | |
|--------------|---|
| ARS | ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE |
| AVD..... | ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA |
| CP..... | CUIDADOS PALIATIVOS |
| CS..... | CENTRO DE SAÚDE |
| CSP..... | CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS |
| CCI | CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS |
| CSCMP | COUNCIL OF SUPPLY CHAIN MANAGEMENT PROFESSIONALS |
| ECCI | EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS |
| ECL..... | EQUIPAS DE COORDENAÇÃO LOCAL |
| ECR | EQUIPAS COORDENAÇÃO REGIONAL |
| ECSCP..... | EQUIPAS COMUNITÁRIAS SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS |
| EGA..... | EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS |
| EIHSCP | EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS |
| ERPI..... | ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS |
| LD..... | LONGA DURAÇÃO |
| LVT..... | LISBOA E VALE DO TEJO |
| OMS..... | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE |
| PII..... | PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO |
| PNCP | PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS |
| RNCCI..... | REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS |
| SNS | SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE |
| UC | UNIDADE DE CONVALESCENÇA |
| UDPA | UNIDADES DE DIA E PROMOÇÃO DE AUTONOMIA |
| UMDR | UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO |
| ULDM..... | UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO |
| UCP | UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS |

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial, existindo assim a necessidade de conhecer bem cada realidade no intuito de adotar os cuidados de saúde mais adequados à população com mais de 65 anos de idade.

Esta faixa etária da população, adquire necessidades inerentes ao processo de envelhecimento e atendendo a este facto é preciso ajustar as respostas.

Em Portugal, com o objetivo de criar condições de cuidados de saúde adequados à população com idade superior a 65 anos e ou em situação de dependência, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Pretende o presente relatório, analisar se os cuidados continuados integrados em Portugal estão de acordo com as recomendações da OCDE e OMS e se o modelo adotado responde às reais necessidades da população portuguesa com mais de 65 anos de idade e ou em situação de dependência.

O relatório pretende, ainda, descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, que decorreu numa Unidade de Cuidados Continuados do Grupo Naturidade. Esta Unidade presta cuidados a utentes referenciados na RNCCI, no âmbito da parceria estabelecida com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A área escolhida para desenvolver durante o estágio foi a da logística.

Em termos internos da Unidade foi elaborado um levantamento logístico, nomeadamente dos produtos/ consumíveis clínicos e do medicamento, onde foram identificados alguns desafios de gestão, tendo como objetivo propor algumas medidas para ultrapassar, modificar e melhorar os processos estabelecidos.



1. Envelhecimento Populacional – Contexto Mundial e Europeu

O envelhecimento mundial e europeu é largamente abordado pela OCDE e pela OMS, estas duas Instituições dão enfoque às alterações estruturais dos países para encarar este fenómeno.

O aumento do envelhecimento populacional é um fenómeno global. Decorrente da globalização, verificando-se uma inversão na pirâmide etária devido ao aumento da esperança média de vida e às melhorias dos cuidados de saúde prestados. Outro fator a referir é a diminuição da fertilidade o que contribui para uma proporção cada vez maior das populações dos países da OCDE, com pessoas com idade superior a 65 anos.

Contudo, a velocidade do processo varia de país para país. Na União Europeia é particularmente rápido o processo de envelhecimento, onde a percentagem da população com idade superior a 80 anos aumentou 1,5% em 1960 para cerca de 5% em 2010, e espera-se um aumento de 11% em 2050.

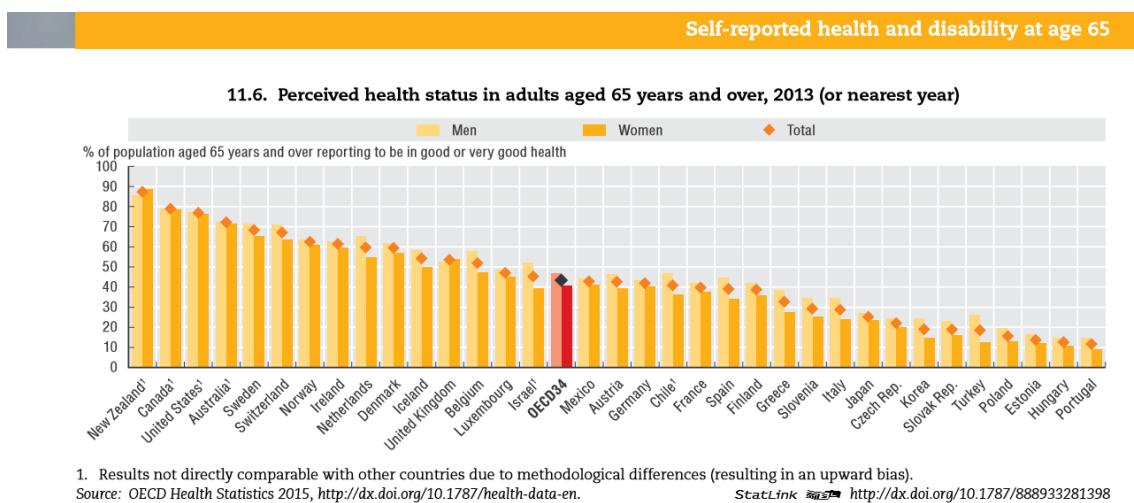


Gráfico 1 Perceived health status in adults aged 65 years and over - 2013

Noutras partes do mundo o envelhecimento tem sido mais lento, embora a OCDE preveja um aceleração nas próximas décadas.

Em países como o Brasil, China, Índia, Indonésia e África do Sul, em 2010 apenas 2% da população tinha 80 anos ou mais, em 2050 a percentagem deverá atingir cerca de 5%.

Na média dos países da OCDE a população com idade superior a 65 anos aumentou menos de 9% em 1996, em 2010 foi de 15% e espera-se quase o dobro nas próximas 4 décadas, em 2050 prevê-se 27%, em cerca de dois terços dos países da OCDE, um quarto da população terá mais de 65 anos idade em 2050.

A proporção será mais significativa o Japão, Coreia e Espanha, nestes países 40% da população em 2050 terá idade superior a 65 anos. Na China o envelhecimento da população deverá triplicar entre 2010 e 2050. Em países como Israel, Estados Unidos e México o crescimento da população idosa irá ser mais lento e gradual, na medida em que há elevadas taxas de fertilidade, bem como devido ao fluxo migratório.

A OMS recomenda que haja uma resposta de saúde pública ao envelhecimento, no sentido de dar resposta às perdas associadas ao envelhecimento da população, recomenda, ainda, que sejam criadas condições para reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial.



2. Mudança de Paradigma – Saúde e Envelhecimento

O aumento da expectativa de vida nos países da OCDE, foi bastante significativa para os homens e mulheres ao longo das últimas décadas.

Os principais aspetos, que contribuíram para estes ganhos em anos de vida, devem-se ao facto do avanço nos cuidados médicos, ao acesso dos cuidados de saúde, bem como à mudança e adoção de estilo de vida mais saudáveis.

Os países com maior aumento da expectativa de vida foi o Japão e a Coreia. Em 2013 e nos países da OCDE as pessoas com mais de 65 anos poderiam esperar viver mais de 21 anos para as mulheres e 18 anos para os homens, em média geral as pessoas vivem mais de 19,5 anos.

A expectativa de vida com mais de 80 anos de idade, em 2013, foi mais elevada na França e Japão para as mulheres em França e Espanha para os homens.

Contudo, o aumento da expectativa de vida aos 65 anos não significa que esses anos sejam vividos com qualidade de vida e com saúde. Na Europa, um dos indicadores para calcular os “anos de vida saudável” é com base no número de pessoas com deficiência na União Europeia (Eurostat) e da Estatística da União Europeia sobre condições de vida e rendimento.

Em 2013 os países nórdicos apresentaram o maior número de homens e mulheres com vida saudável e sem dependência aos 65 anos, em 2013. Outro facto que contribuiu para o aumento da esperança de vida é o nível de escolaridade, ou seja, pessoas com níveis de maior escolaridade tendem a aumentar o número de anos de vida. Devido a este facto constata-se que nos países de Leste da Europa Central, em que o grau de escolaridade é baixo, as pessoas tendem a ter menos anos de expectativa de vida, sobretudo os homens.

Alguns países da OCDE, realizam inquéritos para apurar a perceção das pessoas da sua própria saúde. De referir que as respostas são muito subjetivas e variam também os fatores culturais que podem influenciar as respostas.

Dos resultados apurados os países da Europa com taxa de 60% de avaliação de “bom” para o estado de saúde são. Suécia, Suíça, Noruega e Irlanda. Com avaliação de menos de 20% de saúde como “bom” estão Portugal, Hungria, Estónia, Polónia e Turquia.

Em contexto da sustentabilidade financeira e segundo o autor Barros (2013) o envelhecimento não tem sido, nem será previsivelmente o principal fator de crescimento da despesa com saúde em Portugal, características partilhadas com países da União Europeia e da OCDE, que habitualmente nos comparamos.

Este autor defende que apesar da evolução demográfica do envelhecimento, não é correto concluir que existe, por essa via, o crescimento das despesas públicas com saúde, ou seja não é correto concluir intuitivamente que pelo facto das pessoas mais idosas utilizarem mais cuidados de saúde seja a principal causa do aumento da despesa em saúde. O tipo de cuidado de saúde à população mais idosa abrange múltiplas condições crónicas. Contudo os cuidados apesar de serem diferentes não são necessariamente os mais caros, tendo em conta que não requerem a última inovação ou o

medicamento mais caro. O acompanhamento do doente crónico idoso regularmente tem menores custos para o sistema, garantindo melhor estado de saúde e melhor qualidade de vida do que tratar episódios agudos dessa doença crónica.

O mesmo autor, conclui que a grande quota parte de responsabilidade pelo acréscimo na despesa pública com a saúde, deve-se á inovação tecnológica quer de equipamentos, quer de dispositivos médicos, como os medicamentos inovadores e de ultima geração.



3. Enquadramento Internacional e Nacional da Prestação Cuidados Continuados – LD

Os cuidados continuados, são o suporte de continuidade para situações pós-agudas em ambiente hospitalar. Assim os cuidados continuados integrados podem ser de curta, média, longa duração e paliativos.

Atendendo ao tema de interesse, optou-se por dar maior enfoque aos de longa duração.

Para a OCDE, os cuidados de longa duração são destinados a pessoas que tenham necessidade de apoio de cuidados a longo prazo, incluindo os de enfermagem em âmbito institucional ou em suas próprias casas, ou seja, são pessoas que recebam a longo prazo cuidados pagos, quer sejam cuidados profissionais ou informais recebem dinheiro no âmbito programa social (relatório OCDE – Saúde 2015).

O conceito de cuidados de longa duração é relativamente recente nos sistemas de proteção social. Somente nos finais dos anos 70 alguns países incluindo a França e a antiga Checoslováquia, reconheceram a necessidade de assistência por terceiros e atribuíram abonos especiais para o efeito.

Em média, nos países da OCDE, mais de metade dos beneficiários de longa duração têm mais de 80 anos, e 4 em 5 tem uma idade superior a 65 anos. Contudo, há também um grupo de deficientes mais jovens.

Os cuidados de longa duração podem ser prestados em vários ambientes, nomeadamente em lares, hospitais, no domicílio, ou até mesmo mistos. Os cuidados semidomiciliários têm o objetivo de promoção e preservação da independência do utente, geralmente são o Centro de Dia que oferecem “pacotes” completos de serviços ao utente durante o dia, tais como refeições, saúde diária, serviços de reabilitação e educacionais.

Os cuidados profissionais e informais podem coexistir, complementando-se ou substituindo-se um ao outro, mediante o grau de dependência do utente.

Os cuidados profissionais podem ser prestados no âmbito público ou privado, através de cuidadores que são remunerados para o fazer, como enfermeiros e outro pessoal pouco diferenciado (auxiliares). Por outro lado, para ser considerado cuidador informal, este não é remunerado. A maioria das vezes os cuidados informais são prestados por familiares ou amigos dos pacientes.

Os cuidados informais são muitas vezes vistos pelos Governos como gratuitos. Por outro, os cuidados institucionais são muito mais dispendiosos, do que os domiciliários, apesar de que esta diferença é menos evidente em alguns casos, conforme tabela abaixo.

Table 5 – Unit cost of each type of formal care, as % of GDP per capita, 2010

| Country | Institutional Care | Home Care | Cash benefits |
|---------|--------------------|-----------|---------------|
| BE | 102% | 14% | / |
| DE* | 67% | 22% | / |
| ES | 81% | 25% | 15% |
| FR* | 183% | 30% | / |
| IT | 123% | 39% | 29% |
| LV | 107% | 10% | 43% |
| LT | 30% | 16% | 9% |
| LU | 69% | 25% | 22% |
| HU* | 28% | 2% | / |
| NL | 98% | 14% | / |
| AT | / | / | 16% |
| PL | 89% | 56% | / |
| SI | 59% | 30% | 30% |
| FI | 75% | 56% | 6% |
| SE* | 77% | 77% | 6% |
| UK* | 150% | 54% | 23% |
| EU-27 | 106% | 36% | 24% |

Source: Commission services (DG ECFIN), national data.

Note: Only about half of the Member States have provided data allowing calculation of unit cost. For countries marked with an *, blue-coloured cells denote missing information on detailed expenditure (i.e. only data on numbers of recipients). In addition, for Sweden and the UK, data is derived by extrapolation from partially disaggregated information.

Tabela 1 Unit cost of each type of formal care, as % of GDP per capita - 2010

Para além dos custos diretos despendidos pelo dependente e pelos seus familiares, nos últimos 20 anos, tem havido um aumento do interesse da política pública nos custos públicos envolvidos, ou seja, os custos de oportunidade que derivam dos cuidados informais: o impacto do mercado de trabalho; o impacto no estado de saúde dos cuidadores e na sua produtividade.

Os Governos da maioria dos Estados-Membros da União Europeia estão envolvidos, prestando ou financiando serviços de longa duração, mas a extensão e natureza do seu envolvimento varia de país para país. Alguns Estados-Membros, dependem fortemente na prestação informal de cuidados de longa duração e os custos de cuidados profissionais são menores, enquanto que em outros Estados prestam uma cobertura às pessoas dependentes, em particular aos idosos, e atribuem uma percentagem significativa do GDP para financiar as suas políticas.

A procura de cuidados de longa duração surgiu numa fase em que os orçamentos públicos estavam bastante pressionados, o que fez com que as escolhas políticas fossem seletivas, dando prioridades. Os governantes continuam a arquitetar aspetos para determinar e estabelecer de uma forma sustentada o modo mais equilibrado entre os vários tipos de cuidados de longa duração.

Tipicamente os prestadores profissionais de cuidados de longa duração, são: mulheres com poucas qualificações e remuneradas com baixos salários. Nas projeções futuras haverá uma carência bastante acentuada deste tipo de prestadores, devido ao decréscimo da população ativa, ao aumento da formação da académica das mulheres. Atualmente em alguns países da União Europeia e da OCDE, os migrantes são já uma percentagem significativa e crescente dos cuidadores profissionais de longa duração.

Em termos políticos, nos países nórdicos, nomeadamente a Noruega manteve uma abordagem universalista. Em países mediterrâneos, como a Espanha, colocaram em prática políticas inovadoras como a “*ley da dependencia*”, que garante a prestação de cuidados a todas as pessoas com dependência e em que o Estado é o responsável por prestar esse cuidado. Apesar da sua implementação ter ficado muito aquém das expectativas, devido principalmente à crise financeira, não diminui de todo a importância deste tipo de escolhas políticas.



Para além da Espanha, há agora, quatro Países-Membros que providenciam total cobertura dos cuidados de longa duração através de seguros, nomeadamente países como a Áustria, Alemanha, Luxemburgo e Holanda. Existem outros países que estão seriamente a considerar adotar estas políticas, incluindo França, Hungria, Polónia, Roménia e Eslovénia.

Não irá criar surpresa que países da Europa Central e de Leste, estejam interessados que os cuidados de longa duração sejam incluídos nos seguros, já que o setor da saúde foi bastante negligenciado durante os anos de políticas à esquerda.

Em Portugal, embora não haja uma preocupação pública relativa à disponibilidade dos cuidadores, as mesmas são expressas pelas dificuldades evidenciadas pelos cuidadores familiares e pelas baixas qualificações deste tipo de cuidadores. A resposta política tem chegado no sentido de aumentar o número de formações em cursos de especialização. A criação dos cursos universitários de geriatria e gerontologia, são a resposta face às necessidades.

Nas últimas duas décadas tem havido uma acrescente alteração das políticas face à privatização deste tipo de cuidados. Portugal é uma exceção, a prioridade do Governo tem sido o investimento na expansão da rede de cuidados, uma opção política que é bastante relevante do ponto de vista de igualdade de género.

Na generalidade dos países há dois tipos de pensões. A primeira é paga diretamente ao dependente para que este adquira o serviço. A segunda é paga ao cuidador familiar como compensação do serviço. Para além das pensões, há outro tipo de remunerações, que incluem reembolsos de impostos, pensões de deficiência e subsídios para aquisição de ajudas técnicas ou adaptação do domicílio.

Dado que é esperado um decréscimo dos cuidadores de longa duração, têm sido articuladas respostas políticas numa tentativa de providenciar formação adequada, enquanto que são redesenhadas as especificações educacionais e vocacionais e os percursos de carreira são redefinidos. Em suma, as respostas são no sentido de melhorar o recrutamento e a retenção do pessoal nesta área. Muitos poucos países têm aumentado os salários no sentido de incentivar os trabalhadores em ingressar na área dos cuidados de longa duração e praticamente nenhum país fez algum tipo de esforço para encorajar mais homens a abraçar esta área.

Na Áustria e na Bélgica surgiu uma nova categoria profissional “auxiliar de enfermagem”, posicionada entre um enfermeiro qualificado e um prestador de cuidados indiferenciado.

Apenas dois países, Alemanha e Áustria, tomaram medidas concretas para regularizar a grande quantidade de trabalhadores migrantes irregulares. Na Alemanha o salário mínimo foi recentemente introduzido na área dos cuidados de longa duração, parcialmente em resposta crescente de migrantes irregulares. Na Áustria uma série de medidas têm sido tomadas desde 2007, no sentido de regularizar a situação dos cuidadores de longa duração estrangeiros.

4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Conceito

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. (ACSS)

Natureza e desenvolvimento da RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) surgiu em Portugal em março de 2006, depois da constatação que a configuração do sistema de saúde em vigor não garantia a reabilitação das diferentes necessidades dos utentes, a sua preparação levou cerca de um ano. Desde a criação do SNS, em 1978, a implementação da Rede foi a reforma mais significativa.

Esta reforma foi fortemente possível graças ao contributo das receitas dos Jogos Sociais, que através de Decreto Lei, entrega 16,6% da respetiva receita líquida, para este programa e outros do Plano Nacional de Saúde.

Tendo em conta que existem internamentos hospitalares que correspondem a uma demora média superior a 20 dias, e como sabido a maioria dos internamentos são de pessoas com mais de 65 anos. Assim, houve a visão de ser criada alternativa vantajosa no sentido de deduzir custos, sendo que as unidades de cuidados continuados têm custos diários oito vezes inferior aos de hospitalização. Posto isto, e no âmbito da política social do então governo (2006) e através da criação desta Rede, foram desencadeadas ações no sentido de acolher e apoiar idosos que depois de tratados nos hospitais de agudos, ainda não reuniam condições para ser recebidos pelas suas famílias ou na comunidade. Foram, assim, definidas diferentes tipologias de serviços adaptáveis a cada situação. As unidades de convalescença, depois cuidados de média duração e reabilitação e por fim os cuidados de longa duração e manutenção, como complemento a estes três tipos de apoio, temos os domiciliários e os paliativos.

Assim:

As unidades de convalescença são independentes ou integradas num hospital de agudos. O objetivo desta unidade é o tratamento e supervisão clínica e de enfermagem de forma contínua e intensiva, é também objetivo a reabilitação após internamento hospitalar. O internamento neste tipo de unidade não deverá exceder 30 dias.

As unidades de média duração e reabilitação, destinam-se essencialmente à reabilitação e ao apoio social de pessoas em situação clínica de recuperação de um episódio agudo ou a descompensação de



processo crónico, também tem como objetivo a recuperação de autonomia que foi perdida transitoriamente. O internamento deve ser inferior a 90 dias.

As unidades de longa duração e manutenção servem para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a utentes crónicos, com diferentes níveis de dependência, os quais não têm condições para receber os cuidados no domicílio. O internamento nestas unidades é por períodos superiores a 90 dias.

Em termos de financiamento, é da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde suportar os custos da RNCCI, cabendo a cada Ministério uma parcela consoante os recursos utilizados nas unidades. Nas unidades de convalescença e unidades e equipas de suporte aos cuidados paliativos, o financiamento é integralmente da responsabilidade do setor da saúde. Os centros de dia têm responsabilidade total da segurança social. As unidades de média duração e reabilitação e as de longa duração e reabilitação, o financiamento é misto, sendo 70% do setor da saúde e 20% da segurança social.

Claro está, que não poderá ser desprezado o financiamento das famílias, e à semelhança do que já foi referido mediante políticas internacionais, também em Portugal há cobertura universal de pensões, co-pagamento através de dedução da pensão quando o pensionista se encontra institucionalizado em Organizações financiadas pela segurança social, incluindo internamentos de média e longa duração.

Cabe às equipas de gestão de alta dos hospitais preparar a alta hospitalar do utente de acordo com as respostas às suas necessidades de cariz social e de saúde, quer a nível do domicílio, quer a nível de internamento em unidades da rede. No âmbito de cuidados de saúde primários, há equipas de cuidados continuados integrados no agrupamento de centros de saúde, que prestam assistência domiciliária a nível médico, de enfermagem, de reabilitação, bem como de apoio social, mediante as necessidades de cada um.

A Rede tem o intuito de organizar os cuidados de saúde face às condições dos Utentes. A existência da RNCCI evita que o internamento tenha pessoas com distintas patologias no mesmo espaço físico, em que havia utentes com patologias de grande dependência e que por isso necessitam de cuidados diferenciados e outros que ainda possuíam um grau de independência aceitável ou que a dependência é transitória. Poderá dar-se o exemplo a recuperação de uma cirurgia ortopédica, os doentes vítimas de AVC e os doentes terminais. Desta feita, a RNCCI ambiciona ampliar ganhos em saúde e gerar eficiência, através de quatro dimensões: acrescentar anos à vida; acrescentar saúde à vida; acrescentar vida aos anos e acrescentar qualidade à vida.

Portugal não foge às tendências anteriormente descritas e segundo dados da OCDE, as mulheres portuguesas têm uma atividade a tempo inteiro de 61%, o que implica que a sua disponibilidade não seja a mesma do que em décadas antecedentes, para cuidar das crianças, idosos e doentes no domicílio, ou seja os cuidados informais ficam bastante comprometidos por falta de tempo disponível. Este facto leva ao isolamento e à solidão dos idosos.

Devido à complexa problemática atrás referida, foi intenção governamental assentar os cuidados continuados de longa duração para idosos e utentes em situação de dependência, nos seguintes pilares:

- Na intersectorialidade – saúde e apoio social
- Na multidisciplinariedade de profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc.
- Em parcerias com instituições privadas de solidariedade social, misericórdias e ordens religiosas.

Monitorização da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados no 1º semestre de 2015 - Portugal

Lugares de internamento

Os dados mais recentes encontrados, são do relatório da ACSS, referente à monitorização de RNCCI no 1º semestre de 2015.

De acordo com os despachos n.º 14754/2014 de 5 de dezembro, n.º 1104-A/2015 de 2 de fevereiro, n.º 1832/2015 de 20 de fevereiro e em julho de 2015 o despacho n.º 8320-B/2015 de 29 de julho, até ao final do ano de 2015 estavam previstas a abertura de 990 novas camas.

Em virtude de ter cessado no 1º semestre de 2015 acordos existentes, transpôs o encerramento de 150 camas de Convalescença (UC), 37 de ULDM e 10 de UCP, na região Norte e de 22 camas de Convalescença (UC) no Alentejo.

Das camas previstas para 2015, em setembro já tinham aberto 348: em LVT abriram no total 164 camas (60 de UMDR, 58 de ULDM e 15 de UCP), no Centro do país abriram 79 camas (30 de UC, 25 de ULDM e 24 de UCP), no Alentejo apenas 2 camas de UCP. A nível nacional há um total de 155 de ULDM, 77 de UCP, 76 de UMDR e 40 de UC.

No 1º semestre de 2015 verificou-se um crescimento de 2,1% relativamente ao final de 2014, com a abertura de camas já efetuadas, apesar do encerramento de camas anteriormente referido. Globalmente verificou-se que a região LVT é aquela que apresentou um maior crescimento relativamente ao final de 2014 – 10%.

Das camas planeadas para 2015, no final do ano existiu um crescimento de 11,1%, em relação a 2014, com crescimento de 65,4% de UCP. A região que mais crescerá será LVT com 25%. A tipologia ULDM representou 57% das novas aberturas em 2015. Cerca de 60% das camas da RNCCI são de ULDM.



| Nº DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO - 30.06.15 | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|
| TIPOLOGIAS | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | TOTAL |
| Convalescença | 147 | 232 | 167 | 135 | 69 | 750 |
| Média Duração e Reabilitação | 592 | 637 | 568 | 186 | 104 | 2.087 |
| Longa Duração e Manutenção | 1.328 | 1.177 | 978 | 425 | 314 | 4.222 |
| Paliativos | 41 | 69 | 113 | 19 | 10 | 252 |
| TOTAL | 2.108 | 2.115 | 1.826 | 765 | 497 | 7.311 |

Tabela 2 Nº camas contratadas em funcionamento em 30.06.2015

Lugares totais – Unidades e Equipas

Globalmente existem 14.023 lugares na RNCCI. Na Rede os lugares de domiciliários são inferiores aos lugares de internamento, representando 48% dos lugares, refletindo também no crescimento total de lugares, que se traduz num crescimento de 0,7% relativamente ao final de 2014.

A região de LVT ainda mantém a menor cobertura populacional relativamente aos lugares de internamento, continuando a região do Alentejo a ser aquela com maior cobertura, à semelhança de 2014. Relativamente aos lugares domiciliários o Algarve continua a manter a maior cobertura, seguido da região do Alentejo, dados que se mantêm em anos transatos.

| 2015 - COBERTURA POPULACIONAL COM POPULAÇÃO CENSOS 2011 - Dados definitivos I.N.E. | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------|--|-----------------|---|-------------------|---|
| Região | N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos | Nº de Camas | N.º Camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos | Nº Lugares ECCI | N.º Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ de 65anos | Nº Lugares TOTAIS | N.º Lugares TOTAIS por 100.000 hab. ≥ de 65anos |
| Norte | 631.439 | 2.108 | 334 | 1.673 | 265 | 3.781 | 599 |
| Centro | 393.338 | 2.115 | 538 | 1.064 | 271 | 3.179 | 808 |
| LVT | 696.815 | 1.826 | 262 | 2.076 | 298 | 3.902 | 560 |
| Alentejo | 128.427 | 765 | 596 | 549 | 427 | 1.314 | 1.023 |
| Algarve | 87.769 | 497 | 566 | 1.350 | 1.538 | 1.847 | 2.104 |
| TOTAL | 1.937.788 | 7.311 | 377 | 6.712 | 346 | 14.023 | 724 |
| | | 52% | | 48% | | | |

Tabela 3 ACSS 2015 - Cobertura populacional censos 2011

Em relação a lugares de internamento da UC, mantem-se a tendência dos anos anteriores, sendo a maior cobertura populacional na região do Alentejo e a menor na região de LVT. Em UMDR, a região que apresenta maior cobertura é a região do Centro, sendo a de menor a região de LVT. Em ULDM é no Algarve que a cobertura é maior e LVT a menor.

É evidente a necessidade de crescimento de respostas em LVT, tendo em conta que é esta a região do país com menor cobertura populacional global, tal como em anos transatos, mas tendencialmente em 2015 e concretizando-se a abertura de todas as camas autorizadas, será esta a região com maior crescimento.

Acordos

O estabelecimento de acordos com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), dão resposta de internamento da RNCCI, em 77% do total de acordos celebrados, o que representa a contratação de 5.570 camas, as quais representam 76,2% da oferta.

Ainda no âmbito das IPSS, são as Santas Casas da Misericórdia (SCM) que representam cerca de 54% do total de acordos estabelecidos, com cerca a 3.723 camas contratadas, o que corresponde a cerca de 51% do total de camas.

Em termos de crescimento do número de acordos, as IPSS têm um crescimento de 4% e os acordos privados cresceram 10%, representando cerca de 18% dos acordos e cerca de 20% das camas. Já os acordos com o SNS tiveram um decréscimo de 42%.

| Entidade Prestadora | | N.º de acordos celebrados | % total acordos celebrados | N.º de camas contratadas | % camas por acordos celebrados |
|-----------------------------|--------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | | 30.06.15 | | 30.06.15 | |
| SNS | | 15 | 5% | 299 | 4,1% |
| IPSS | SCM | 173 | 54% | 3.723 | 50,9% |
| | OUTRAS | 74 | 23% | 1847 | 25,3% |
| TOTAL IPSS | | 247 | 77% | 5.570 | 76,2% |
| PRIVADA com fins lucrativos | | 57 | 18% | 1442 | 19,7% |
| TOTAL | | 319 | | 7.311 | |

Legenda: IPSS - SCM: Santa Casa da Misericórdia; IPSS - Outras: Instituição Particular de Solidariedade Social; SNS: Serviço Nacional de Saúde

Tabela 4 Acordos celebrados em 2015

| Entidade Prestadora | | 31.12.14 | | 30.06.15 | | Variação | |
|-----------------------------|------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------|-------------------|
| | | N.º de acordos | N.º de camas contratadas | N.º de acordos | N.º de camas contratadas | acordos | camas contratadas |
| SNS | | 26 | 443 | 15 | 299 | -42% | -32,5% |
| IPSS | SCM | 169 | 3.596 | 173 | 3.723 | 2% | 3,5% |
| | OUTRAS | 69 | 1598 | 74 | 1847 | 7% | 15,6% |
| | TOTAL IPSS | 238 | 5.194 | 247 | 5.570 | 4% | 7,2% |
| PRIVADA com fins lucrativos | | 52 | 1523 | 57 | 1442 | 10% | -5,3% |
| TOTAL | | 316 | 7.160 | 319 | 7.311 | 1% | 2,1% |

Tabela 5 Comparativo acordos celebrados em 2014 e 2015

Equipas referenciadoras

As equipas referenciadoras, com atividade registada no aplicativo informático no 1º semestre de 2015, estão representadas nas tabelas seguintes:



| EGA Hospital | | | |
|--------------|-----------|-----------|--------------|
| Ano Região | 2014 | 2015 | variação |
| Norte | 23 | 29 | 26,1% |
| Centro | 18 | 19 | 5,6% |
| LVT | 27 | 30 | 11,1% |
| Alentejo | 5 | 5 | 0,0% |
| Algarve | 3 | 3 | 0,0% |
| TOTAL | 76 | 86 | 13,2% |

| EGA Centros de Saúde | | | |
|----------------------|------------|------------|------------|
| Ano Região | 2014 | 2015 | variação |
| Norte | 227 | 278 | 22,5% |
| Centro | 87 | 100 | 14,9% |
| LVT | 117 | 162 | 38,5% |
| Alentejo | 55 | 58 | 5,5% |
| Algarve | 35 | 36 | 2,9% |
| TOTAL | 521 | 634 | 22% |

Tabela 6 Equipas referenciadoras

As equipas referenciadoras hospitalares foram as que tiveram maior crescimento a nível nacional, com cerca de 13,2%. Nas equipas referenciadoras nos CSP houve um crescimento de 22%. No total existem 720 equipas referenciadoras.

Equipas de Coordenação Local

As ECL em funcionamento no final de junho de 2015 tiveram um crescimento de 25% a nível nacional, relativamente ao final de 2014, a região de LVT a crescer 61%, o Norte 26% e a região Centro 18%. As regiões do Alentejo e Algarve não tiveram alterações.

| ECL | | | |
|--------------|------------|------------|------------|
| Ano Região | Final 2014 | 30-Jun-15 | variação |
| Norte | 31 | 39 | 26% |
| Centro | 17 | 20 | 18% |
| LVT | 23 | 37 | 61% |
| Alentejo | 25 | 25 | 0% |
| Algarve | 3 | 3 | 0% |
| TOTAL | 99 | 124 | 25% |

Tabela 7 Equipas de coordenação local

Caraterização dos utentes

Segundo a relatório do 1º semestre de 2015 verificou-se que a população da RNCCI tem idade superior a 65 anos e representa 84,5% do total, constando-se um aumento em relação aos últimos anos.

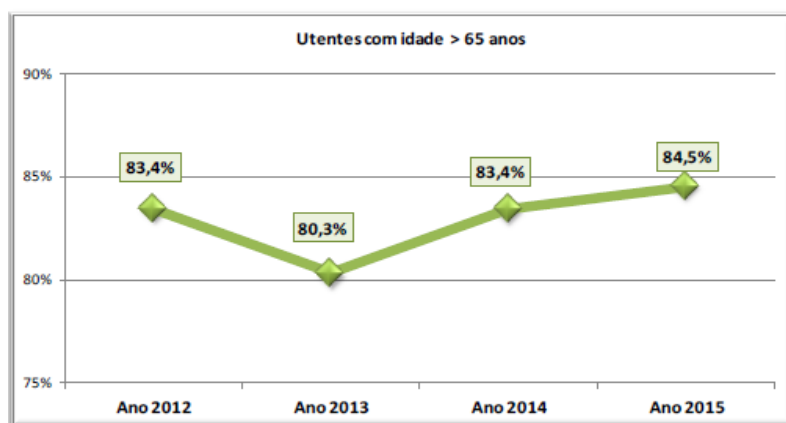


Gráfico 2 Utentes com idade > a 65 anos

A população com idade superior a 80 anos, representa 47% do total, tendo havido também um aumento relativamente a 2014.

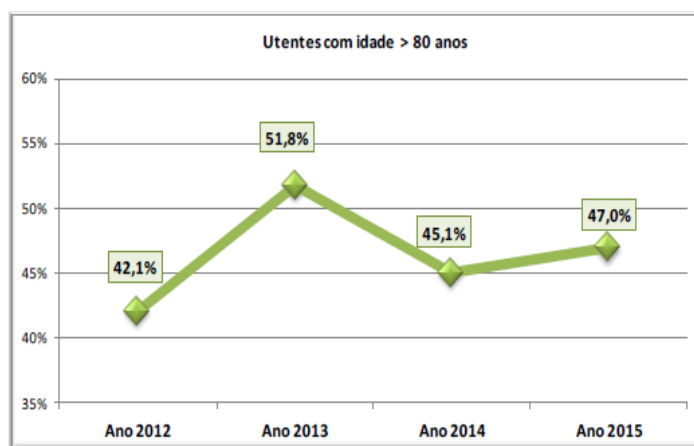


Gráfico 3 Utentes com idade > a 80 anos

Os utentes da RNCCI são do sexo feminino com idade superior a 65 anos, e representa 55,7% do total de utentes, este valor é sobreponível a 2014, cuja percentagem era de 55,6% relativamente ao sexo masculino que representa 44,4% dos utentes.

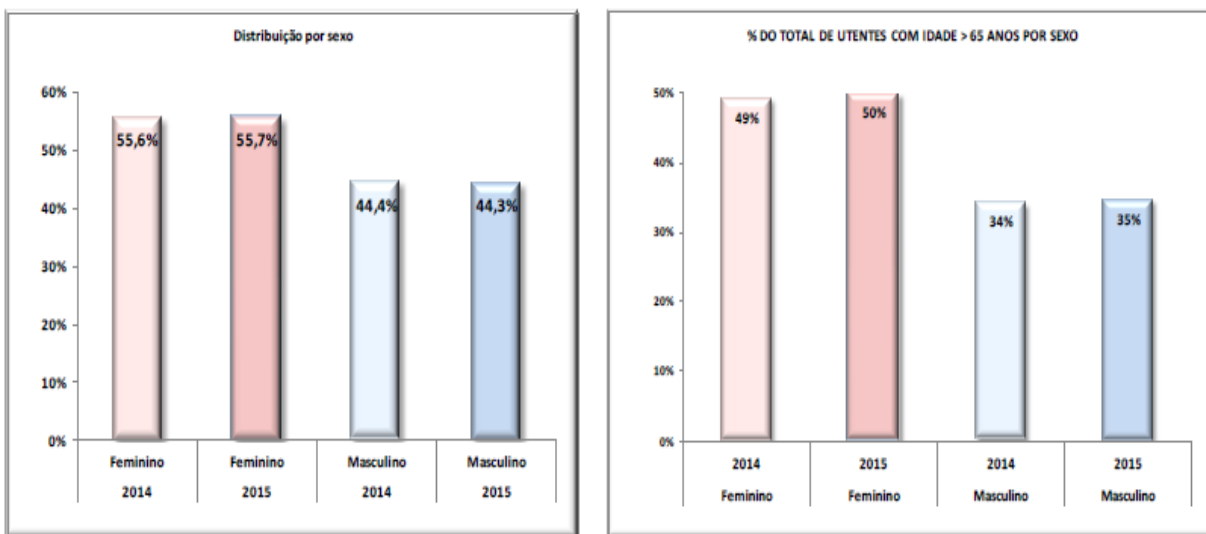


Gráfico 4 Distribuição por sexo

30,4 dos utentes são do sexo feminino com idade superior a 80 anos, valor sobreponível de 29% no ano de 2014, o sexo masculino da mesma faixa etária representa 16,6%, valor sobreponível de 16,4% no ano de 2014.

Do total de utentes com idade superior a 80 anos, 64,7% são do sexo feminino e 35,3% do sexo masculino, enquanto que no ano de 2014 era de 63,5% e de 36,5, respetivamente, verificando-se assim um crescimento do sexo feminino e um decréscimo do sexo masculino.

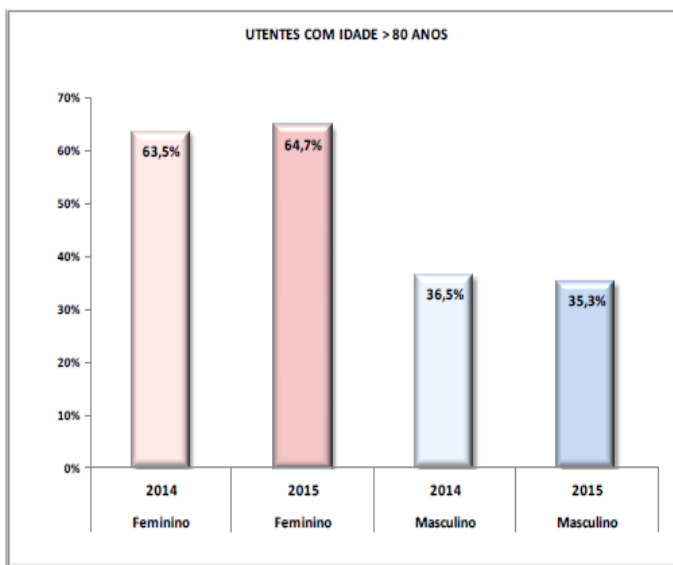


Gráfico 5 Uteentes com idade > a 80 anos

Tal como noutros países da Europa, em Portugal também se verifica que são utentes com nível baixo de escolaridade, constatando-se em 2015 um agravamento em relação a anos anteriores, com 49% sem qualquer instrução, em 2014 era cerca de 26%, e 44% com escolaridade entre 1 a 6 anos, em 2014

representava 65%, assim a escolaridade menor que 6 anos representa 93% total, valor sobreponível de 90% no ano de 2014.

Dos utentes admitidos na RNCCI, 72% vivia com a família natural e 24% vivam sós, estes valores são iguais aos de 2014.

Daqueles que já tinham apoios de vários tipos, 68% com apoio em alimentação, 64% de higiene e 57% em medicamentos, havendo assim um crescimento face ao ano de 2014. O apoio prestado por familiares cresce de 68% para 82%, crescendo também o apoio prestado por ajuda domiciliária e técnicos de Serviço Social.

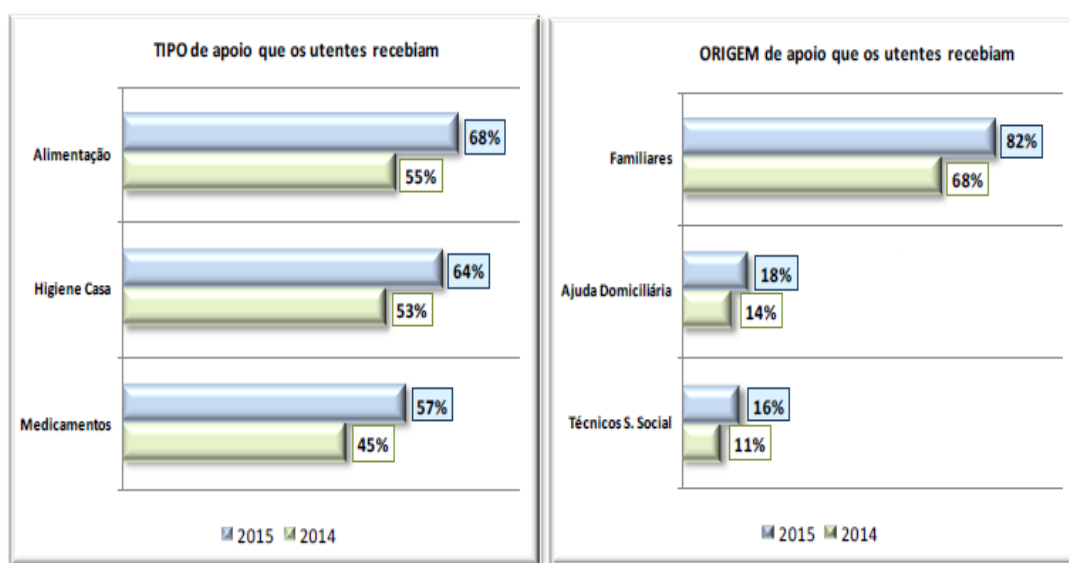


Gráfico 6 Tipo e origem de apoios aos utentes

Face ao exposto, poder-se-á concluir que a população da RNCCI se mantém com as mesmas características, ou seja, está envelhecida. Maioritariamente da população é do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência.

Motivos de referênciação 2015

O principal motivo de referênciação para a Rede, é a *Dependência de AVD* com 91%, o segundo motivo é o *Ensino utente/ cuidador informal* com 89%, o terceiro motivo é *tratamento de feridas/ úlceras de pressão* com 37%.

Conforme já se verificava em anos anteriores, a percentagem de utentes referenciados para ECCI, com o motivo de “necessidade em reabilitação”, bem como os referenciados por motivo de úlceras de pressão, implica a existência de profissionais adequados e de tempo alocado nas equipas de cuidados continuados integrados, para a intervenção nestes utentes, que as regiões devem monitorizar.



| Motivos de Referência 2015 | | | | | | |
|--|------|-----|-----|------|------|----------|
| | ECCI | UC | UCP | ULDM | UMDR | Nacional |
| MOTIVOS | | | | | | |
| Dependencia AVD | 89% | 94% | 75% | 88% | 95% | 91% |
| Ensino utente/Cuidador informal | 91% | 92% | 69% | 84% | 88% | 89% |
| Reabilitação | 43% | 89% | 4% | 31% | 75% | 56% |
| Cuidados pós-cirúrgicos | 18% | 38% | 3% | 6% | 18% | 20% |
| Tratamento de Feridas/Ulceras de pressão | 37% | 3% | 8% | 6% | 14% | 18% |
| Doença Cardiovascular | 10% | 15% | 2% | 12% | 18% | 13% |
| Gestão regime terapêutico | 11% | 4% | 52% | 35% | 6% | 14% |
| Portadores de SNG/PEG | 6% | 2% | 7% | 18% | 9% | 8% |
| Ulceras de pressão múltiplas | 14% | 1% | 3% | 1% | 9% | 8% |
| Descanso do Cuidador | 2% | 0% | 1% | 34% | 1% | 7% |
| Manutenção de dispositivos | 4% | 1% | 9% | 11% | 2% | 4% |

Tabela 8 Motivos de referência

Resultados da intervenção e destino pós-alta

A nível global apurou-se que 41% dos utentes melhoram o seu grau de autonomia. A nível nacional cerca de 75% das altas foram para o domicílio, verificando-se um aumento face a 2014. Na região Norte que tem sempre os valores mais elevados foram 81%, na região Centro e Alentejo foram de 71%.

Dos 71% das altas para o domicílio, foi registada a necessidade de suporte, valor inferior relativamente a 2014 que foi de 76%. Também no Algarve se verificou um decréscimo na necessidade de suporte tendo apenas 35%, em 2014 havia 43%, e no Norte 76%, em 2014 84%.

| ALTAS 2015 PARA DOMICILIO | | | | | |
|---------------------------|--------|-----|----------|---------|----------|
| NORTE | CENTRO | LVT | ALENTEJO | ALGARVE | Nacional |
| 81% | 71% | 72% | 71% | 76% | 75% |

| DOMICILIO com suporte - % das altas para o Domicílio | | | | | |
|--|--------|-----|----------|---------|----------|
| NORTE | CENTRO | LVT | ALENTEJO | ALGARVE | Nacional |
| 76% | 75% | 76% | 65% | 35% | 71% |

Tabela 9 Resultados da intervenção e destino pós-alta

Óbitos

No 1º semestre de 2015, a percentagem dos óbitos na Rede, incluindo os ocorridos em UCP representou 14,5% (13,9% em 2014). Excluindo os óbitos em UCP a taxa de mortalidade foi de 12,7% (11,4% em 2014), havendo uma oscilação entre 8,6% no Algarve e de 15,4% no Norte.

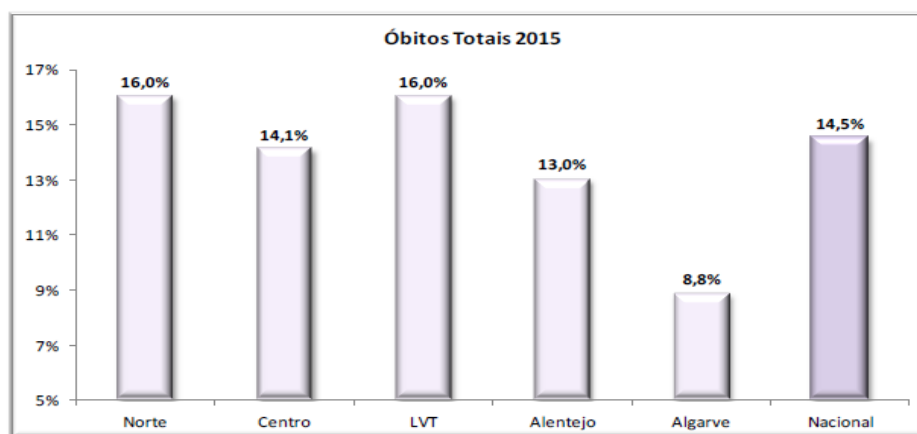


Gráfico 7 Óbitos totais em 2015

Em Unidades de internamento a percentagem de óbitos, excetuando UCP, foi de 12,1% (9,3% em 2014), oscilando entre 9,4% no Algarve e 14,6% no Norte.

Em UCP a percentagem de óbitos foi de 58,4% (77% em 2014). A diminuição poderá estar relacionada com a menor referenciação em fim de vida.

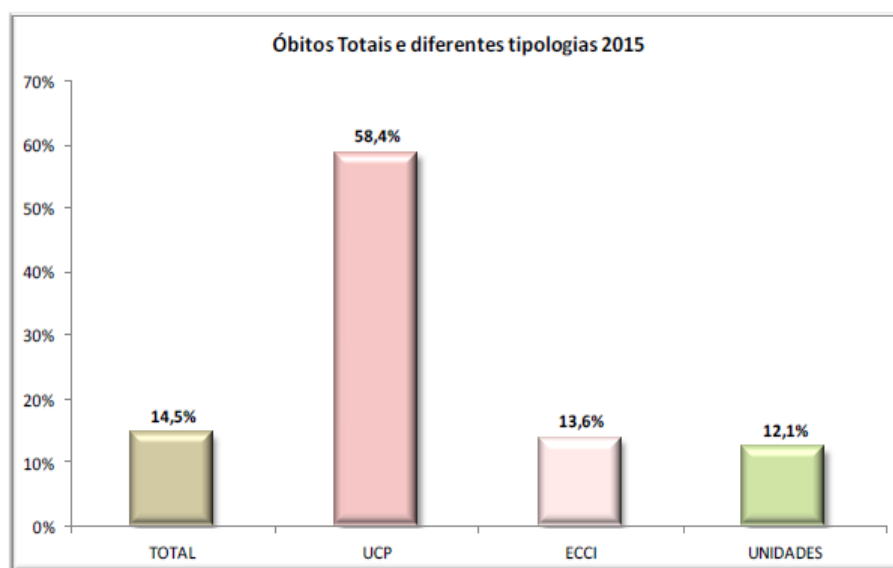


Gráfico 8 Óbitos totais por tipologias 2015

Referenciação

No 1º semestre de 2015, o número de utentes referenciados para a Rede foi de 21.228 (20.161 no 1º semestre de 2014).

Os utentes assistidos nas ECSCP e EIHSCP têm admissões diretas. Dos registos disponíveis, apurou-se que 1.596 utentes foram admitidos diretamente em EIHSCP e 47 em ECSCP, perfazendo um total de 1.648 utentes.



Os referenciados por tipologia e região encontra-se na tabela seguinte:

| UTENTES REFERENCIADOS POR REGIÃO E TIPOLOGIA - 1º SEMESTRE 2015 | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-----------|--------|
| TOTAL com admissões diretas de EIH e ECSCP | Regiões | EHS CP | ECSCP | ECCI | UC | UCP | ULDM | UMDR | TOTALS sem admissões diretas nas EIH e ECSCP | | |
| | | | | | | | | | CS | HOSPITAIS | TOTAL |
| 7.736 | NORTE | 835 | 0 | 2.627 | 1.190 | 120 | 1.322 | 1.642 | 2.762 | 4.139 | 6.901 |
| 4.712 | CENTRO | 0 | 0 | 383 | 806 | 348 | 1.650 | 1.525 | 1.917 | 2.795 | 4.712 |
| 6.765 | LVT | 517 | 45 | 1.747 | 1.021 | 523 | 1.136 | 1.776 | 1.747 | 4.456 | 6.203 |
| 1.956 | ALENTEJO | 108 | 0 | 379 | 351 | 106 | 565 | 447 | 859 | 989 | 1.848 |
| 1.702 | ALGARVE | 136 | 2 | 755 | 287 | 14 | 251 | 257 | 634 | 930 | 1.564 |
| 22.871 | NACIONAL | 1596 | 47 | 5.891 | 3.655 | 1.111 | 4.924 | 5.647 | 7.919 | 13.309 | 21.228 |

Tabela 10 Referência por região e tipologia - 1º semestre 2015

Os utentes referenciados pelos hospitais representam 63% e 37% pelos Cuidados de Saúde Primários.



Gráfico 9 Referência por hospitais e Centros de Saúde

Foi na região de LVT que se verifica a maior referência hospitalar, com cerca de 72%. Contudo é a região que apresenta a menor cobertura populacional em lugares de internamento e global. Os utentes referenciados pelos hospitais em LVT representam 1/3 desse total nacional, representando assim um número superior ao total de utentes referenciados nas regiões do Alentejo e Algarve em conjunto. De prever que face ao peso de referência hospitalar associado à sua cobertura populacional, são observáveis dificuldades de referência a nível hospitalar em LVT.

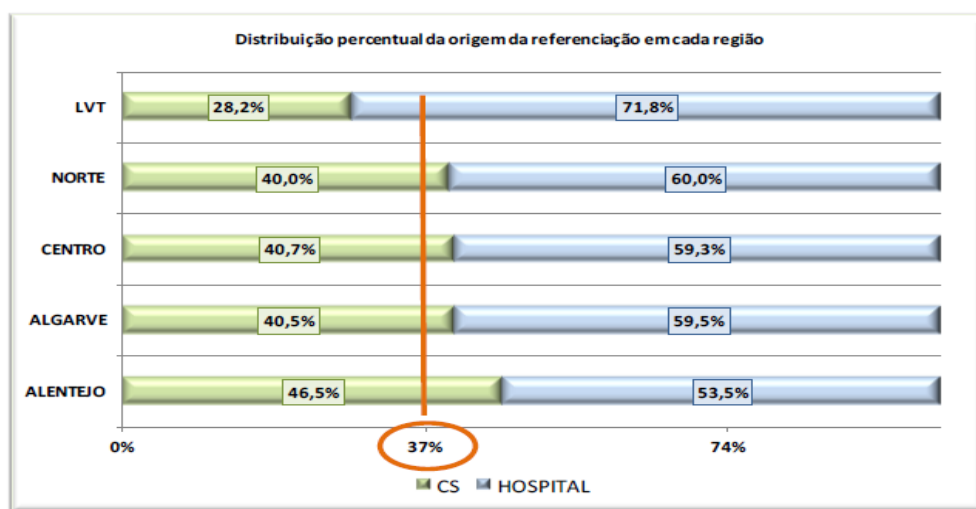


Gráfico 10 Distribuição percentual da origem da referência em cada região

Os cuidados domiciliários são a principal tipologia de cuidados de referência, a nível nacional, seguida de 35% de utentes para ULDM e 32,4% para UMDR.

Conforme referido em relatórios da ACSS anteriores, o tempo que espreia até à identificação da vaga, poderá estar diretamente relacionado a dois factos: as vagas disponíveis, e ao facto de os profissionais das ECL terem outras funções para além das afetas à RNCCI, quer na vertente Saúde, quer na vertente Segurança Social. Nesta última acresce o tempo necessário a execução dos procedimentos para o cálculo do valor a pagar pelos utentes e respetiva comparticipação da Segurança Social, nas tipologias de UMDR e ULDM, quando aplicável.

Assim, a referência deve preferencialmente ser efetuada nas primeiras 48 a 72 horas após a admissão do utente no hospital, no sentido de todo o procedimento ser efetuido durante o internamento do paciente e antes da alta.

| Tempo de Referência a Identificação de vaga | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|----------|------|------|----------|------|------|----------|------|------|----------|------|------|----------|
| | UC | | | UCP | | | ULDM | | | UMDR | | | ECCI | | |
| | 2014 | 2015 | Variação | 2014 | 2015 | Variação | 2014 | 2015 | Variação | 2014 | 2015 | Variação | 2014 | 2015 | Variação |
| NORTE | 6,9 | 13,7 | 99% | 5,1 | 6,8 | 33% | 12,2 | 10,0 | -18% | 23,0 | 35,0 | 52% | 3,8 | 4,0 | 4% |
| CENTRO | 10,8 | 12,0 | 11% | 7,0 | 4,9 | -30% | 16,5 | 21,0 | 27% | 20,9 | 26,4 | 26% | 2,0 | 3,2 | 58% |
| LVT | 19,7 | 34,0 | 73% | 33,3 | 18,0 | -46% | 33,2 | 22,7 | -32% | 35,1 | 39,4 | 12% | 4,2 | 4,0 | -4% |
| ALENTEJO | 11,2 | 10,8 | -3% | 14,0 | 14,1 | 1% | 53,1 | 37,2 | -30% | 33,2 | 33,9 | 2% | 4,2 | 4,1 | -1% |
| ALGARVE | 1,2 | 2,0 | 67% | 11,0 | 7,6 | -31% | 33,9 | 24,7 | -27% | 29,1 | 11,1 | -62% | 0,4 | 0,7 | 75% |

Tabela 11 Tempo de referência a identificação de vaga



É nas tipologias de ULDM e UMDR que os tempos são mais elevados, contudo existem assimetrias regionais.

A saber, para UMDR o tempo aumentou no Norte, Centro e LVT. No Algarve houve um decréscimo nas tipologias de UC e UMDR.

Na região do Alentejo existe o tempo mais elevado das 5 regiões do país para ULDM. Em LVT tem os tempos mais elevados para UC (34 dias), para UCP (18 dias, mas aqui houve um decréscimo) e UMDR (39 dias), estes valores são provavelmente devido à sua baixa cobertura.

A região do Algarve foi a melhorou os seus tempos, embora tivesse havido um agravamento na tipologia UC e ECCI, ainda assim são as mais baixas do país.

Utentes que aguardavam vaga no final no 1º semestre de 2015

Os 72 utentes na região de LVT, que se encontravam em espera para UC, representam 7% dos utentes referenciados nesta região para esta tipologia. O total dos 187 utentes em espera para UC representam 5% dos referenciados para esta tipologia, sendo esta a maior percentagem das diferentes tipologias.

Para UMDR os 81 utentes em espera no Norte, representam 4,9% dos referenciados na região para esta tipologia.

Em UCP a região de LVT tem 75% dos utentes em espera a nível nacional e que representam 6,3% dos referenciados na região para esta tipologia.

Em UCP a região de LVT tem 75% dos utentes em lista de espera a nível nacional e que representam 6,3% dos referenciados na região para esta tipologia.

Em ECCI no Norte os utentes em espera representam 69% dos utentes em espera a nível nacional para esta tipologia.

Do total de 632 utentes que aguardam vaga a nível nacional, representam 3% dos referenciados.

| Utentes que aguardam vaga no final do 1º semestre de 2015 | | | | | |
|---|---------------|---------------------|--------------|---------------|---------------------|
| UC | Aguardam vaga | % utentes em espera | UMDR | Aguardam vaga | % utentes em espera |
| Norte | 49 | 26% | Norte | 81 | 37% |
| Centro | 44 | 24% | Centro | 59 | 27% |
| LVT | 72 | 39% | LVT | 59 | 27% |
| Alentejo | 19 | 10% | Alentejo | 16 | 7% |
| Algarve | 3 | 2% | Algarve | 3 | 1% |
| Total | 187 | | Total | 218 | |

| ULDM | Aguardam vaga | % utentes em espera | UCP | Aguardam vaga | % utentes em espera |
|--------------|---------------|---------------------|--------------|---------------|---------------------|
| Norte | 25 | 22% | Norte | 5 | 11% |
| Centro | 38 | 33% | Centro | 0 | 0% |
| LVT | 32 | 28% | LVT | 33 | 75% |
| Alentejo | 20 | 17% | Alentejo | 6 | 14% |
| Algarve | 1 | 1% | Algarve | 0 | 0% |
| Total | 116 | | Total | 44 | |

| ECCI | Aguardam vaga | % utentes em espera | TOTAL | Aguardam vaga | % utentes em espera |
|--------------|---------------|---------------------|--------------|---------------|---------------------|
| Norte | 46 | 69% | Norte | 206 | 33% |
| Centro | 6 | 9% | Centro | 147 | 23% |
| LVT | 9 | 13% | LVT | 205 | 32% |
| Alentejo | 2 | 3% | Alentejo | 63 | 10% |
| Algarve | 4 | 6% | Algarve | 11 | 2% |
| Total | 67 | | Total | 632 | |

Tabela 12 Utentes a aguardar vaga - final 1º semestre de 2015

Utentes assistidos

Em números absolutos a região Norte e LVT, tendo em conta a população, assistem cerca de 60% dos utentes a nível nacional, situação que se mantém igual a 2014.

A tipologia ECCI é a que assiste a mais utentes em todas as regiões, exceto a região Centro que assiste a maior parte dos seus utentes nas tipologias de ULDM e UMDR (66%), situação que já se verificava em 2014.

O Algarve dá resposta aos seus utentes em ECCI (52,4% no 1º semestre e 45,5% no ano de 2014).



| ASSISTIDOS % cada tipologia vs total de assistidos na Região | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Região | UC | | UMDR | | ULDM | |
| | 2015 | % | 2015 | % | 2015 | % |
| ALENTEJO | 538 | 18,4% | 537 | 18,4% | 744 | 25,5% |
| ALGARVE | 504 | 15,4% | 362 | 11,0% | 497 | 15,2% |
| CENTRO | 1.027 | 16,7% | 1.727 | 28,2% | 2.319 | 37,8% |
| LVT | 822 | 9,7% | 1.583 | 18,7% | 1.586 | 18,7% |
| NORTE | 971 | 10,1% | 1.857 | 19,3% | 2.383 | 24,7% |
| NACIONAL | 3.862 | | 6.066 | | 7.529 | |

| ASSISTIDOS % cada tipologia vs total de assistidos na Região | | | | | | |
|--|-------|------|-------|-------|-----------|------|
| Região | UCP | | ECCI | | EC/EIHSCP | |
| | 2015 | % | 2015 | % | 2015 | % |
| ALENTEJO | 97 | 3,3% | 843 | 28,9% | 159 | 5,4% |
| ALGARVE | 94 | 2,9% | 1.675 | 51,1% | 147 | 4,5% |
| CENTRO | 285 | 4,6% | 776 | 12,7% | 0 | 0,0% |
| LVT | 453 | 5,4% | 3.243 | 38,3% | 776 | 9,2% |
| NORTE | 190 | 2,0% | 3.338 | 34,7% | 892 | 9,3% |
| NACIONAL | 1.119 | | 9.875 | | 1.974 | |

| ASSISTIDOS | | |
|------------|--------|-------|
| Região | TOTAL | |
| | 2015 | % |
| ALENTEJO | 2.918 | 9,6% |
| ALGARVE | 3.279 | 10,8% |
| CENTRO | 6.134 | 20,2% |
| LVT | 8.463 | 27,8% |
| NORTE | 9.631 | 31,7% |
| NACIONAL | 30.425 | |

Tabela 13 Utentes assistidos por tipologia vs total assistidos por região

Na faixa etária da população com idade superior a 65 anos, é na região de LVT que a percentagem é menor em termos de assistência, tal como já se verificava em 2014, valor expectável face à cobertura populacional de respostas.

| Assistidos | |
|------------|------|
| Região | % |
| Norte | 1,5% |
| Centro | 1,6% |
| LVT | 1,2% |
| Alentejo | 2,3% |
| Algarve | 3,7% |
| TOTAL | 1,6% |

Tabela 14 População assistida com idade superior a 65 anos

Taxa de ocupação

A nível nacional, a taxa de ocupação mais elevada destaca-se nas tipologias de longa duração e manutenção com 97% (96% em 2014). O Algarve é a região que apresenta a taxa de ocupação mais elevada do país com 98% em ULDM.

Em UMDR os valores oscilam entre 92% e 97%, a nível nacional.

| ECCI | LVT | CENTRO | ALENTEJO | NORTE | ALGARVE |
|------|-----|--------|----------|-------|---------|
| 2012 | 51% | 37% | 70% | 57% | 60% |
| 2013 | 67% | 48% | 88% | 68% | 78% |
| 2014 | 68% | 53% | 79% | 65% | 68% |
| 2015 | 70% | 63% | 75% | 69% | 65% |

Tabela 15 Comparativo de taxa de ocupação 2012-2015

Demora média

A demora média nas diferentes respostas da RNCCI cresce em UC, passando de 34 para 36 dias, a nível nacional. A região onde se verificou o valor mais elevado foi no Centro, com 41 dias. O Alentejo diminuiu de 47 para 38 dias.

Na tipologia UMDR a demora média cresceu em todas as regiões do país, o Centro apresenta o valor mais elevado de 93 dias, face às restantes regiões que estão abaixo dos 90 dias.

Em ULDM também se verifica um crescimento, passando de 164 para 206 dias.

| Região | UC | | | UMDR | | | ULDM | | |
|----------|--------------|------|----------|--------------|------|----------|--------------|------|----------|
| | Demora Média | | Variação | Demora Média | | Variação | Demora Média | | Variação |
| | 2014 | 2015 | | 2014 | 2015 | | 2014 | 2015 | |
| Norte | 27 | 30 | 11% | 69 | 88 | 28% | 147 | 175 | 19% |
| Centro | 43 | 41 | -5% | 90 | 93 | 3% | 162 | 182 | 12% |
| LVT | 38 | 38 | 0% | 82 | 83 | 1% | 182 | 224 | 23% |
| Alentejo | 47 | 38 | -19% | 86 | 87 | 1% | 181 | 245 | 35% |
| Algarve | 28 | 28 | 0% | 64 | 67 | 5% | 189 | 340 | 80% |
| Média | 34 | 36 | 6% | 79 | 87 | 10% | 164 | 206 | 26% |

| Região | UCP | | | ECCI | | |
|----------|--------------|------|----------|--------------|------|----------|
| | Demora Média | | Variação | Demora Média | | Variação |
| | 2014 | 2015 | | 2014 | 2015 | |
| Norte | 28 | 35 | 25% | 101 | 107 | 6% |
| Centro | 41 | 34 | -17% | 184 | 214 | 16% |
| LVT | 54 | 50 | -7% | 146 | 178 | 22% |
| Alentejo | 29 | 22 | -24% | 164 | 231 | 41% |
| Algarve | 21 | 20 | -5% | 209 | 232 | 11% |
| Média | 37 | 39 | 5% | 142 | 175 | 23% |

Tabela 16 Demora média por região



A despesa global do setor da saúde representa 98% da despesa (118.264.129,09€), enquanto que a despesa da segurança social foi de cerca de 31.764.474,54€. O valor total da despesa da RNCCI foi de 152.705.364,97€.

| MAPA DESAGREGADO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA DA RNCCI (Valores pagos) | | | | | | | |
|--|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|
| Ano | 2014 | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | Total |
| Despesas de Funcionamento | | 31.860.881,62 | 33.235.521,18 | 30.252.712,64 | 14.184.543,41 | 8.730.470,24 | 118.264.129,09 |
| 1. Aquisição de bens de consumo | | | | | | | |
| 2. Aquisição de serviços | | 31.796,80 | 33.146,74 | 0,00 | 62.675,59 | 3.706,24 | 131.325,37 |
| 2.1. Transporte de utentes | | 31.796,80 | 33.146,74 | | 62.675,59 | 3.706,24 | 131.325,37 |
| 2.2. Formação | | | | | | | |
| 2.3. Auditorias | | | | | | | |
| 2.4. Serviços de saúde | | 31.829.084,82 | 33.202.374,44 | 30.252.712,64 | 14.121.406,82 | 8.726.764,00 | 118.132.342,72 |
| UC | | 6.072.482,19 | 6.942.118,46 | 6.131.625,10 | 4.791.026,18 | 2.534.096,57 | 26.471.348,50 |
| UMDR | | 13.678.915,20 | 14.638.404,25 | 11.814.145,75 | 4.385.555,00 | 2.460.816,00 | 46.977.836,20 |
| ULDM | | 11.317.270,97 | 10.376.256,69 | 9.281.379,37 | 4.311.921,72 | 3.318.782,19 | 38.605.610,94 |
| UCP | | 760.416,46 | 1.245.595,04 | 3.025.562,42 | 632.903,92 | 413.069,24 | 6.077.547,08 |
| 2.5. Serviços diversos | | | | | 461,00 | | 461,00 |
| Despesas de Investimento | | 1.768.375,60 | 789.865,20 | 0,00 | 26.343,05 | 92.177,49 | 2.676.761,34 |
| 3. Subsídios ao investimento | | 1.768.375,60 | 789.865,20 | | 26.343,05 | 92.177,49 | 2.676.761,34 |
| 3.1. Modelar 1 | | 705.834,27 | 733.239,05 | | 26.343,05 | | 1.465.416,37 |
| 3.2. Modelar 2 | | 1.062.541,33 | 56.626,15 | | | 92.177,49 | 1.211.344,97 |
| 4. Aquisição de bens de capital | | | | | | | |
| 4.1. Projeto incentivo à qualidade | | | | | | | |
| 4.2. Investimentos em ECCI | | | | | | | |
| 4.3. Investimentos no SNS | | | | | | | |
| Total | | 33.629.257,22 | 34.025.386,38 | 30.252.712,64 | 14.210.886,46 | 8.822.647,73 | 120.940.890,43 |

Fonte: ARS

Tabela 17 Desagregado da execução financeira da RNCCI

Execução global 2006-2014 – setor saúde e segurança social

| Ano | N.º camas | MSS | MS investimento | MS Funcionamento | MS Total | Total (MS e MSS) |
|--------------|-----------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 2006 | 646 | € 24.072,96 | € 2.650.284,00 | € 587.566,00 | € 3.237.850,00 | € 3.261.922,96 |
| 2007 | 1.902 | € 2.238.497,99 | € 2.170.309,00 | € 12.620.966,00 | € 14.791.275,00 | € 17.029.772,99 |
| 2008 | 2.870 | € 9.696.869,13 | € 2.094.051,00 | € 21.241.799,00 | € 23.335.850,00 | € 33.032.719,13 |
| 2009 | 3.938 | € 14.845.754,77 | € 10.700.655,55 | € 49.489.661,36 | € 60.190.316,91 | € 75.036.071,68 |
| 2010 | 4.625 | € 19.565.858,14 | € 29.840.297,00 | € 83.647.837,32 | € 113.488.134,32 | € 133.053.992,46 |
| 2011 | 5.595 | € 25.207.680,27 | € 23.804.062,82 | € 88.418.597,02 | € 112.222.659,84 | € 137.430.340,11 |
| 2012 | 5.911 | € 26.456.838,32 | € 20.380.039,31 | € 117.665.185,75 | € 138.045.225,06 | € 164.502.063,38 |
| 2013 | 6.642 | € 27.696.555,03 | € 4.715.936,56 | € 115.591.140,95 | € 120.307.077,51 | € 148.003.632,54 |
| 2014 | 7.160 | € 31.764.474,54 | € 2.676.761,34 | € 118.264.129,09 | € 120.940.890,43 | € 152.705.364,97 |
| Total | | € 157.496.601,15 | € 99.032.396,58 | € 607.526.882,49 | € 706.559.279,07 | € 864.055.880,22 |

Fonte: ARS

Tabela 18 Execução global 2006-2014 - setor saúde e segurança social

5. Logística

O que é a Logística

Segundo o *Council of Supply Chain Management Professionals (CSCMP)*, a gestão logística é uma parte da gestão cadeia de abastecimento que planeia, implementa e controla com eficiência o fluxo e a armazenagem dos bens, serviços e informação relacionada, entre o ponto de origem e o consumidor de acordo com os requisitos do cliente. A gestão logística é uma função integrada que coordena e otimiza todas as atividades logísticas interagindo com o marketing, produção, finanças e tecnologias de informação.

Por outras palavras podemos considerar que as atividades logísticas são a componente operacional da gestão da cadeia de abastecimento, incluindo quantificação, compra, gestão de inventários, transporte, gestão de frotas e a recolha de dados e *reporting*.

Importância da Logística em Saúde

A importância dos sistemas de logística em saúde, é bastante maior do que assegurar que o produto chega onde ele é necessário. Na verdade, o objetivo de todos os sistemas públicos e privados de logística na saúde, é garantir que cada Utente receba e utilize os produtos e serviços essenciais, na ótica da qualidade da prestação dos cuidados de saúde individuais e coletivos.

Um sistema logístico fiável contribui para melhorar e potenciar a confiança dos utentes nos cuidados de saúde que lhes sejam prestados. Para além deste facto, um sistema logístico fiável contribui também para a motivação e satisfação dos profissionais de saúde: profissionais de saúde motivados prestam cuidados de saúde de maior qualidade.

Sob ponto vista financeiro, um sistema logístico eficaz contribui para uma redução dos custos, otimizando os recursos, ou seja, fortalecer e manter um sistema logístico é um investimento cujo retorno é obtido a curto prazo já que reduz o excesso de stock, desperdícios, produtos com prazos de validade expirados, que visam a redução de ineficiência, i.e., a standardização dos produtos e equipamentos contribuirá para a redução eficaz dos custos, tendo em conta que o mesmo produto poderá ser utilizado por vários serviços e para vários fins.

Ciclo da logística

Um sistema logístico tem múltiplas atividades que estão interligadas entre si, nomeadamente as mais importantes são:

- Servir o utente: ter o produto ou serviço no tempo certo e com qualidade por forma a satisfazer as suas necessidades;
- Seleção do produto: nos sistemas de saúde os produtos são implementados no mercado com autorização de Organismo Regulador, com base nas diretivas da OMS. A seleção dos produtos tem um impacto no sistema da logística, assim os requisitos de logística devem ser considerados durante a seleção do produto;
- Quantificação: após a seleção do produto as quantidades necessárias e o custo de cada um deve ser determinado. Quantificação é o processo que estima a quantidade e o custo dos

produtos necessários, assegurando o fornecimento ininterrupto do produto em qualquer Organização de Saúde, determinando quando o produto deve ser comprado e distribuído.

- Aquisição: após o planejamento do fornecimento ter sido desenvolvido como parte do processo de quantificação, ou seja, as quantidades do produto devem ser compradas. A compra deve seguir uma série de procedimentos específicos de forma a assegurar que o processo de aquisição seja claro e transparente;
- Gestão de inventário - armazenagem e distribuição: após a aquisição de um produto e a sua recepção, este necessita de ser transportado para o serviço que o vai distribuir ao Utente. Durante este processo os produtos necessitam de ser armazenados até serem entregues no próximo nível ou até que o utente necessite dele.

Para além das supracitadas, há outras atividades que suportam o ciclo logístico, assim:

- Organização e recursos humanos: um sistema logístico só pode ter um bom funcionamento se o pessoal estiver bem treinado e com boa formação, for eficiente no sentido de efetuar as encomendas e assegurar a distribuição dos produtos aos utentes.
- Orçamento: a alocação e gestão do orçamento financeiro afeta diretamente todas as partes do ciclo logístico, incluindo a quantidade de produto adquirido, a quantidade de espaço de armazenagem disponível, o número de veículos a ser mantido e o número de recursos humanos afeto à logística. Mobilizar recursos e assegurar um orçamento para as atividades logísticas é extremamente importante para garantir que os produtos estão disponíveis e que o sistema opera com eficácia. Para determinar os custos da cadeia de abastecimento, o gestor deve considerar todos os custos de armazenagem, transporte e gestão, tendo em conta o valor do orçamento geral que foi atribuído para gestão anual.
- Supervisão: supervisionar o pessoal que trabalha na logística assegura o correto funcionamento, ajudando a antecipar as alterações necessárias a implementar no sistema. Uma supervisão eficaz, bem como formação específica em logística, ajuda a prevenir e resolver problemas no fornecimento de produtos e constrangimentos a nível de recursos humanos.
- Monitorização e avaliação: a monitorização e avaliação periódica do fluxo das atividades logísticas demonstram a eficiência e eficácia do sistema, as áreas que podem ser melhoradas e o impacto do sistema de logística na prestação de cuidados de saúde.

Importância dos Sistemas de informação na logística

Os sistemas de informação são uma ferramenta essencial para auxiliar o sistema logístico, nomeadamente no que diz respeito ao registo e *reporting*. Mais importante, os sistemas de informação permitem a recolha de dados necessários que visam as tomadas de decisão informadas permitindo a melhoria dos serviços de saúde.

Armazenamento e distribuição

Os produtos são armazenados em cada nível da cadeia de abastecimento. Este processo tem de garantir a integridade física e a segurança do produto e da sua embalagem, em todos os locais de armazenamento até que este seja dispensado ao utente, independentemente do local de armazenagem os vários passos deste processo são bastante similares, assim:

- Receção de material e sua verificação: esta atividade ocorre durante o processo de entrega do material, numa primeira instância inclui a verificação visual do material de forma a garantir a sua integridade durante o transporte e a posterior são verificadas as quantidades do produto mediante a nota de encomenda. Caso haja alguma anomalia deverá ser reportada de imediato.
- Acondicionamento do produto: este processo inclui a movimentação dos produtos do local da receção para o local de arrumação dos mesmos. É importante cada produto arrumado seja corretamente lançado no registo de stock; um sistema de controlo de inventários ajuda na sua gestão. Quer seja o processo manual ou automático é uma boa prática guardar os produtos no mesmo dia em que são rececionados.
- *Picking* e embalagem: para dar resposta a encomenda os produtos precisam de ser localizados, retirados do registo de stock e preparados para o envio. Sempre que há uma atividade de reembalagem do produto, esta nova embalagem deverá estar devidamente identificada, nomeadamente o nome do produto, o prazo de validade e o lote.
- Envio: para garantir o correto envio, a lista de produtos e suas quantidades deverá ser conferida mediante o pedido formulado. Estes devem ser corretamente acondicionados de acordo os seus requisitos e características, para que sejam evitados estragos ou alterações aos produtos.

Todos os produtos de consumo clínico e farmacêuticos tem um prazo de validade, geralmente definido pelo fabricante mediante as diretrizes dos Organismos Reguladores. O prazo de validade varia entre seis meses e mais de cinco anos, dependente do produto. Assim, os produtos devem ser armazenados e distribuídos de forma a que os utentes os recebam nas suas melhores condições e dentro do prazo de validade.

As boas práticas de armazenagem dos produtos deverão ter em conta o seguinte:

- Limpeza e desinfeção do armazém com regularidade, mantendo o registo dessa atividade;
- Guardar os produtos em zonas bem ventiladas, secas e isenta de luz solar de forma direta;
- Impermeabilização da área do armazém;
- Existência de equipamento de extinção de fogo e seu manuseamento por pessoal treinado;
- Equipamento de frio para produtos que o requeiram;
- Estupefaciente e psicotrópicos devem estar armazenados em local de acesso restrito e controlado;
- Os produtos inflamáveis devem estar em espaço separados dos demais produtos;
- Os produtos farmacêuticos devem estar longe de inseticidas e produtos químicos;
- Os produtos fora do prazo de validade ou danificados deverão ser segregados do armazém.

Instrumentos de gestão com aplicabilidade em logística na saúde

Segundo os autores Crespo de Carvalho, e Ramos, (2013), existem instrumentos, ferramentas e aproximações de gestão que podem auxiliar o bom funcionamento da logística em contexto dos prestadores de cuidados de saúde.

Não sendo pretensão aprofundar todos os instrumentos, ferramentas e aproximações que existem, faz-se a segregação de alguns que permitem aos vários profissionais de saúde utilizá-los de forma simples e centradas em projetos de natureza logística nas suas realidades, assim alguns exemplos são:

Diagramas de blocos

No que diz respeito aos diagramas de blocos o seu desenho apesar de ser simplista torna-se bastante útil para os profissionais de saúde, na medida em são representações gráficas que podem ser usados no contexto da representação de processos, de modelos ou sistemas, i.e., para o processo de escolha, qualificação, negociação e contratualização de um novo fornecedor, conforme o diagrama:

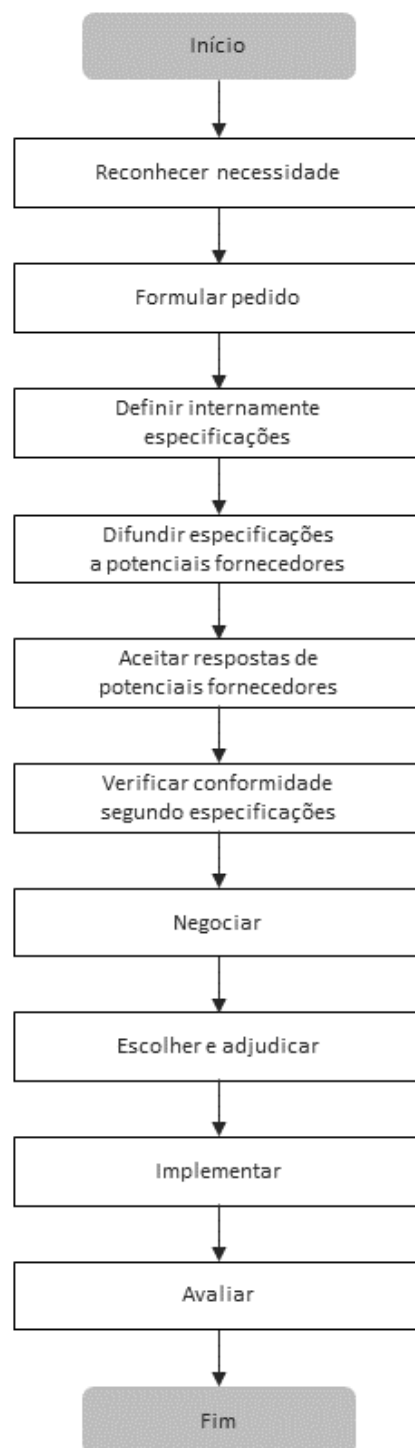












Ilustração 1 Fluxograma¹

¹FONTE: https://www.google.pt/search?q=padr%C3%A3o+ansi&biw=1477&bih=735&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewiU5ePevrbNAhXEnRoKHebuBtwQ_AUIBigB#tbn=isch&q=simbologia+padr%C3%A3o+ansi

Como é perceptível o mais importante e relevante não é a exatidão do processo aqui representado, mas, antes, procurar compreender a possibilidade de utilização do instrumento de representação e as várias realidades a que se pode aplicar, sendo que da representação podem surgir elementos de análise do processo. Estes elementos de análise permitem reflexão, debate que visam a estruturação de soluções para os desafios ou para melhorias que se pretendam introduzir no processo.

Fluxogramas

A representação gráfica dos fluxogramas evidencia os passos necessários ao desenvolvimento de um processo, dos *inputs* aos *outputs*, sendo que a essa notação é relativamente universal e consignada por uma instituição credível, por exemplo a ANSI – *American National Standards Institute*, conforme abaixo de específica:

| SIMBOLOGIA DE FLUXOGRAMAS (PADRÃO ANSI) | | | |
|---|----------------------|---|-----------------------------|
| Símbolo | Significado | Símbolo | Significado |
|  | Operação |  | Armazenagem |
|  | Movimento/transporte |  | Sentido de fluxo |
|  | Ponto de decisão |  | Conexão ¹ |
|  | Inspeção |  | Limites (início, pare, fim) |
|  | Documento impresso | | |
|  | Espera | | |

1 - utilizado quando o fluxograma não cabe em uma única página.

Ilustração 2 Simbologia de Fluxogramas²

Dando um exemplo prático de aplicação de um fluxograma no reabastecimento de um serviço clínico, perante a necessidade emergente de uma prescrição médica de um medicamento, existente, ou não, nesse serviço clínico; quando não existe o fármaco no serviço terá de ser fornecido pela farmácia hospitalar:

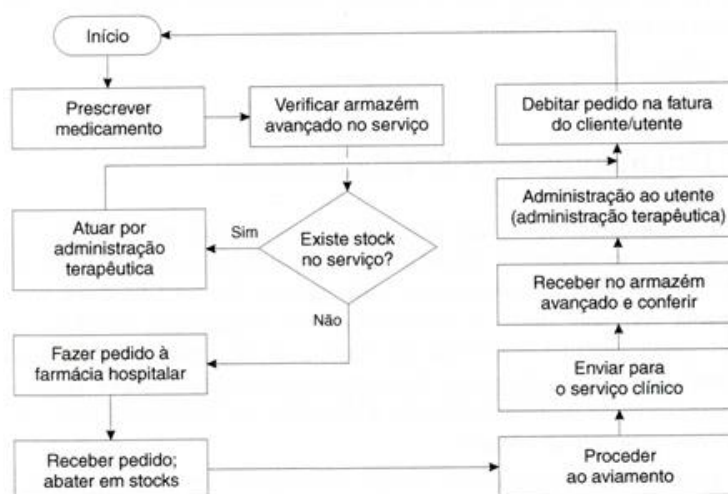


Ilustração 3 Fluxograma ANSI³

Comprova-se que estas representações gráficas são úteis para analisar atividades, medir tempos, determinar custos e perceber onde emergem as dificuldades de serviço, ou seja permite o esboço de um conjunto de soluções para evitar vários desafios que se vão colocando.

²FONTE: Crespo de Carvalho, J., Ramos, T. (2013) logística na Saúde. 2ª ed. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

³ FONTE:

https://www.google.pt/search?q=padr%C3%A3o+ansi&biw=1477&bih=735&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewiU5ePevrbNAhXEnRoKHebuBtwQ_AUIBigB#tbn=isch&q=simbologia+padr%C3%A3o+ansi

Organograma/ Funcionogramas

Esta representação gráfica é uma explanação adicional de um organograma, em que cada caixa apresenta as principais atividades funcional que cabe a cada responsável executar:

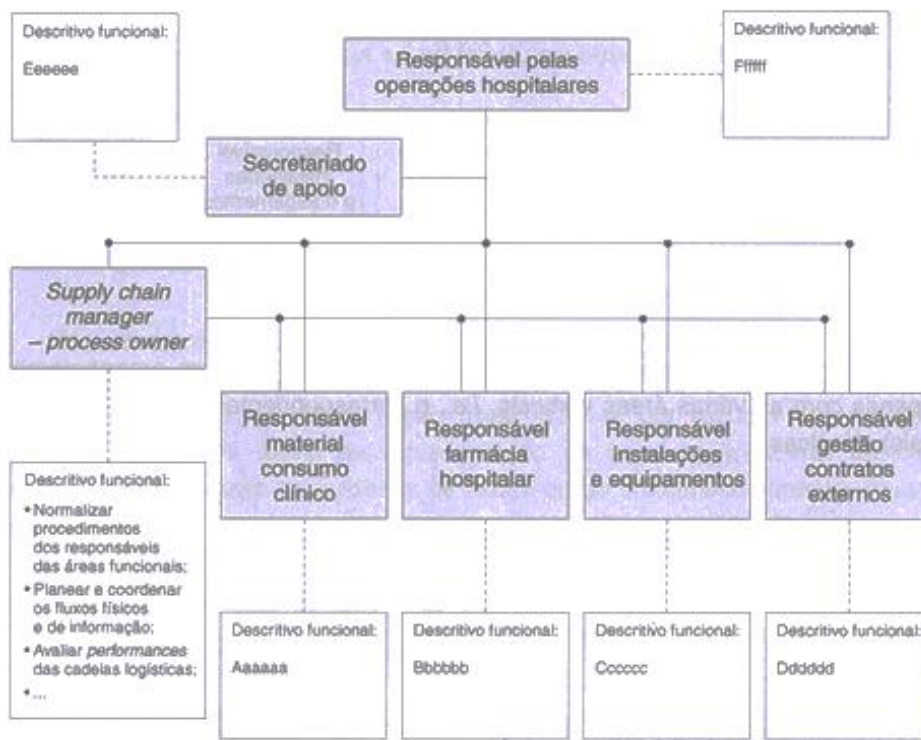


Ilustração 4 Funcionograma⁴

⁴ FONTE: Crespo de Carvalho, J., Ramos, T. (2013) logística na Saúde. 2ª ed. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Aproximações 5 S's e Kaizen

Os 5 S's constituem uma aproximação à organização do espaço de trabalho, especialmente se nesse local trabalharem vários colaboradores, procurando mantê-lo organizado e funcional para todos. O armazém hospitalar é claramente um exemplo disso, bem como os armazéns avançados nos vários serviços clínicos, gabinetes médicos multiutilizador, espaços de acolhimento de utentes:

| | |
|---|--|
| <i>SEIRI</i> (senso de utilização) | Separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário |
| <i>SEITON</i> (Senso de arrumação) | Identificar e arrumar tudo por forma a que qualquer um possa localizar facilmente |
| <i>SEISO</i> (Senso de limpeza) | Desenvolver e manter um ambiente sempre limpo, identificar as causas da não limpeza e aprender a não sujar |
| <i>SEIKETSU</i> (senso de saúde e higiene) | Desenvolver e manter ambiente de trabalho propício à saúde |
| <i>SHITSUKE</i> (senso de autodisciplina) | Fazer das atitudes anteriores modo de vida, i.e, tornando-as um hábito |

A abrangência dos 5 S's vai para além da organização dos espaços, num contexto global podem inserir-se na vasta filosofia de Kaizen, ou seja, na melhoria contínua. Estes princípios de melhoria contínua incorporam a aproximação global dos 5 S's, tendo em conta que procuram a standardização de atividades e processos e a eliminação de desperdícios, quando concomitantemente se apoiam no trabalho de equipa, na autodisciplina, nos círculos de qualidade, no desenvolvimento de um ambiente permeável às sugestões de melhoria e atento à ampliação e elevação da motivação de todos os colaboradores.

Aproximação Seis Sigma

Esta aproximação é típica da filosofia da qualidade. A ideia basilar deste instrumento é melhorar a performance dos processos de negócio, que conduzem à redução das variações processuais, tornando-os mais consistentes, à melhoria dos defeitos processuais, à diminuição de custos e à melhoria dos proveitos.

A aplicabilidade do Seis Sigma em contexto de saúde tem revelado resultados bastante satisfatórios, tendo em conta que é uma metodologia para definir, medir, analisar, melhorar e controlar a qualidade dos produtos, serviços, soluções e processos de uma organização. Através do Seis Sigma é possível identificar e remover as causas de defeitos, erros e não conformidades, entre outros.

O Seis Sigma assenta em duas metodologias:

- DMAIC – *define, measure, analyse, improve and control* (definir, medir, analisar, melhorar e controlar) – que visa a melhoria dos processos existentes;
- DMADV – *define, measure, analyse, design and verify* (definir, medir, analisar, projetar e verificar), para a criação de novos produtos e projetar novos processos.

No mercado de saúde português é possível obter resultados no domínio logísticos com aplicação destes instrumentos, por exemplo no desenho ou redesenho de processos e aproximações que façam parte da simulação da otimização das filas de espera, modelos de gestão de stocks, as lógicas de arrumação e melhoria de *layouts* (carga vs. distância).

6. Descrição do GRUPO NATURIDADE

O Grupo Naturidade deu início à sua atividade em 2005, com a abertura da Casa Minha, no Carregado, que é uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Atualmente o Grupo tem na totalidade seis Unidades, sendo quatro de cuidados continuados com 228 camas e duas ERPI, com 80 camas.

O Grupo detém certificação IPEN ISO9001:2015 de duas Unidades de cuidados continuados, e está em processo a certificação das duas ERPI.

As Unidades de cuidados continuados estão situadas geograficamente em Penela, Rio Maior, Porto Salvo e Laveiras.

A Unidade de Penela, inaugurada em 2008, tem 60 camas sendo 30 destinadas a cuidados de média duração e reabilitação (MDR) e as outras 30 camas destinadas a cuidados de longa duração e manutenção (LDM).

A Unidade de Rio Maior, inaugurada em 2010, possui 38 camas, sendo 19 para MDR e as outras 19 para LDM.

Mediante um Acordo estabelecido com a Administração Regional de Lisboa de Vale do Tejo (ARSLVT), foi inaugurada em setembro de 2015 a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Naturidade - Porto Salvo (UCCI), localizada no concelho de Oeiras e inserida na área de intervenção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Ocidental e Oeiras

Esta UCCI detém 82 camas, sendo 2 camas particulares, 60 camas para LDM e 20 camas para MDR.

Por último, em outubro de 2015 foi inaugurada a Unidade de Cuidados Integrados Naturidade - Laveiras, estruturada com 4 camas particulares, 30 camas para MDR e 14 camas para cuidados paliativos (CP).

Este nível de cuidados contribui para a gestão das altas hospitalares permitindo que as camas dos hospitais sejam atribuídas a doentes agudos.

A missão do Grupo Naturidade é promover a autonomia, conforto e bem-estar aos seus Utentes, com serviços diferenciados em cuidados de saúde. Os valores desta Organização são: o rigor, a confiança, o profissionalismo, a inovação e a eficiência.

A visão do Grupo é tornar-se na maior empresa de prestação de cuidados de saúde e apoio social, pretendendo chegar no futuro às 1500 camas a nível nacional.

Em matéria de recursos humanos o Grupo Naturidade possui uma equipa multidisciplinar, composta por 334 profissionais das várias áreas, nomeadamente medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, serviço social e animação sociocultural.

Tendo em conta que o estágio foi desenvolvido na Unidade Naturidade de Porto Salvo, irá ser descrita em maior detalhe, assim:



Na Unidade Naturidade de Porto Salvo, a equipa multidisciplinar é constituída por 3 médicos, 24 Enfermeiros, 4 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 terapeuta da fala, 2 psicólogos, 3 assistentes sociais e 3 animadores socioculturais.

A equipa desenvolve um trabalho diário com os Utentes, planeando intervenções sequenciais a nível clínico e social, tais como registos na Plataforma Gestcare + Plano Individual de Intervenção + MIF, dinâmicas relacionadas com cada uma das valências, como sejam: administração da terapêutica; tratamento de feridas; treino de AVD e reabilitação física; consulta individual de psicologia; dinamização de atividades de ócio em grupo ou individualmente; reuniões com a família; diligências para efetivação de altas, etc., registos em processo clínico do respetivo Utentes; Internamento de adaptação e AVC.

O objetivo primordial da equipa é a recuperação global do Utente, nomeadamente a recuperação clínica e de qualidade de vida, em situação de convalescença; recuperação pós-operatório; cuidados paliativos; apoio a doentes com *alzheimer*; apoio a doentes nas rotinas do dia-a-dia.

7. Circuito logístico de distribuição interna dos produtos/ consumíveis clínicos e do medicamento - Unidade Naturidade de Porto Salvo

No decorrer do estágio foi elaborado um diagnóstico através de um levantamento do circuito logístico de distribuição interna dos produtos/ consumíveis clínicos e do medicamento, que irá ser infra descrito. Pretende-se, ainda, apresentar propostas que visam melhorias nos vários desafios da gestão. Deu-se enfoque às funções de logística da organização e pessoal, planeamento, armazém, monitorização e avaliação de necessidades.

Atividades do circuito logístico interno dos produtos/ consumíveis clínicos

1. Na atividade de compras e reposição de stock da Unidade, que é efetuada mensalmente, as dificuldades mais frequentes são: as estimativas de consumo em virtude da variação de necessidades por Utente; o tempo de demora de entrega das notas de encomenda ao fornecedor, visto que as mesmas estão sempre sujeitas a validação e aprovação do departamento financeiro do Grupo Naturidade e pelo orçamento atribuído à Unidade. As consequências que advêm dessas falhas é a probabilidade de rutura de stock, visto que o espaço para armazenamento é reduzido face à variação de material para satisfazer as necessidades face às múltiplas patologias dos vários Utentes da Unidade. Outro aspeto que contribui para a rutura de stock, é o facto de o registo ser efetuado manuscritamente numa folha que é devidamente preenchida pelo Enfermeiro responsável de cada piso, cada vez que se desloca para recolher material para os Utentes do seu piso, tendo em conta que a folha não está estruturada por produto dificulta bastante e conduz ao erro na contabilização mensal, quando mensalmente o Enfermeiro responsável pela gestão logística da unidade vai efetuar a estimativa para reposição de stock.
2. A atividade de receção e verificação mediante a nota de encomenda do material é realizada no ato da entrega pelo Enfermeiro responsável pela gestão logística da unidade. A única falha encontrada é a falta de tempo do Enfermeiro, visto que esse profissional para além de ter esta responsabilidade tem também adstrita a função de prestação de cuidados de saúde aos Utentes.

Na atividade de armazenamento dos produtos no espaço físico do armazém está também atribuída ao Enfermeiro, as falhas encontradas neste procedimento é a falta de método de organização no acondicionamento dos produtos nas estantes de arrumação por falta de tempo do Enfermeiro para realização desse trabalho e como tal os produtos são mantidos nas caixas de transporte, comprometendo a rotatividade dos produtos, bem como a manutenção de limpeza do espaço do armazém. Outro aspeto que fica bastante comprometido é o cumprimento do controlo dos lotes e prazos de validade dos vários produtos

Na atividade respeitante ao controlo de saídas dos produtos do armazém, as falhas mais frequentes, é o facto do controlo ser realizado mediante uma folha manuscrita e a mesma não



estar organizada por ordem alfabética dos vários produtos existentes no armazém o que dificulta a localização na localização dos produtos e a sua contagem; o desperdício de tempo despendido pelo Enfermeiro; após a contagem manual o lançamento dos consumos é feito numa folha de cálculo Excel para apuramento das necessidades para uma nova encomenda, o mesmo é colocado na aplicação informática, PHC, existente no Grupo Naturidade, que gera a nota de encomenda a colocar aos fornecedores.

3. A atividade de inventário é realizada mensalmente pelo Enfermeiro responsável pela gestão logística através de uma folha manuscrita o que se volta a verificar a falha pela dificuldade de controlo dos produtos em falta, sendo que a sua contagem é feita manualmente.
4. Na atividade de reposição de stock efetuada mensalmente as falhas com maior enfoque são o facto das compras não estarem a ser previstas semestralmente ou anualmente o que dificulta a negociação dos contratos com os fornecedores com o objetivo da redução dos custos; a validação do departamento financeiro do grupo é outro impedimento encontrado para que a quantidade de stock possa estar sempre garantida e assegurada. Assim, verificou-se que há uma forte necessidade de otimização de tempo entre nota de encomenda ser validada/ autorizada pelo departamento financeiro e a chegada da mesma ao fornecedor, para que não haja rutura de stock dos produtos no armazém.

Em suma, os desafios da gestão mais frequentes são:

- A falta de tempo do Enfermeiro, sendo que a sua afetação na Unidade não é apenas o controlo e gestão logística, mas também a prestação de cuidados de saúde aos Utentes;
- Espaço para armazenamento dos produtos;
- Método no armazenamento;
- Falta de equipamento e de um módulo na aplicação informática que permita o controlo e gestão de stocks com maior rigor;
- Estimativa de consumo, tendo em conta a variação das necessidades dos Utentes, bem como a sua rotatividade na Unidade;
- Validação e gestão de orçamentos;
- Processo moroso na chegada das notas de encomenda ao fornecedor;
- Raturas de stock.

Atividades do circuito logístico interno do medicamento

1. Nas atividades de compras e de reposição de stock de medicamentos para a Unidade, as falhas passam pela compra dos medicamentos a uma farmácia de comunitária, a entrega dos fármacos é morosa e em termos de orçamento há claramente um aumento bastante

- significativo, tendo em conta que ainda não está efetivada a contratualização do fornecimento dos medicamentos diretamente com os laboratórios ou armazenistas.
2. Na atividade de conferência do material no ato da entrega é da responsabilidade do Enfermeiro, em caso de impedimento deste a conferência dos medicamentos rececionados e a nota de encomenda é realizada pelo Administrativo afeto à receção e reconferido pelo Enfermeiro à posteriori. As falhas identificadas são os erros no aviamento e a demora na entrega dos produtos corretos e a otimização de tempo e recursos humanos nesta atividade.
 3. Na atividade de armazenamento dos medicamentos é respeitado e efetuado mediante o método de ordenação por ordem alfabética da substância ativa do medicamento. No entanto, por não existir equipamento de reembalagem os prazos de validade e os lotes da unidade ficam comprometidos no corte do blister, ou seja, essa informação fica perdida. Quando há necessidade de dividir ao meio ou um terço do comprimido, a parte que não for administrada fica no blister e a que segue no carro de medicação vai numa embalagem plástica, ficando assim comprometida as condições do medicamento. Neste momento o aviamento dos medicamentos, para cada piso, está a ser efetuado semanalmente na ótica da otimização do tempo despendido pelos Enfermeiros.
 4. Na atividade de acondicionamento e controlo de psicotrópicos e estupefacientes, verificou-se este tipo de medicamentos estão no mesmo espaço físico do que os demais medicamentos, no entanto o acesso à farmácia da Unidade é através de controlo de acessos, onde apenas médicos e enfermeiros têm acesso ao espaço. O acondicionamento deste tipo de medicamentos está recomendado, pelo Infarmed, que seja feito num cofre e que haja um controlo através do preenchimento de receitas médicas especiais para as tabelas I e II-B, IIC e IV (modelo 1500 da Imprensa Nacional Casa da Moeda), onde deve constar o nome do Utente e identificação do medicamento administrado, bem como a quantidade.
 5. Na atividade de devoluções e inutilizações, as devoluções são feitas à farmácia no momento da entrega do material pedido pela nota de encomenda, caso se verifique algum lapso no aviamento. As inutilizações de medicamentos, seja qual for a razão, está recomendado que deverão ser monitorizadas e registadas para um bom controlo da utilização dos medicamentos. Dado à variação e rotatividade de Utentes na Unidade, caso se verifique que o medicamento não tem aplicabilidade a nenhum outro Utente, e caso esse medicamento tenha aplicabilidade na Unidade de Laveiras, o mesmo é enviado a essa Unidade, sendo feito o ajuste no orçamento de cada Unidade.
 6. Na atividade de limpeza, a mesma é assegurada diariamente, tendo em conta as recomendações do Infarmed. Esta atividade é realizada sempre na presença de um enfermeiro, para que esteja assegurada a segurança do espaço.

Em suma, os desafios da gestão mais frequentes são:

- Falta de um módulo na aplicação informática que permitisse o controlo direto entre o *kardex* de cada Utente com o stock real da farmácia;
- Falta de *software* e equipamento para reembalagem dos medicamentos;



- Estimativas de consumo, sendo que há bastante variação das necessidades dos utentes;
- Validação e gestão de orçamentos;
- Falta de controlo de stock dos antibióticos e a sua reposição ser morosa;
- Necessidade de acondicionamento dos antibióticos nos pisos correspondentes ao utente que está a ser administrado;
- Contratualização com uma única farmácia comunitária para todo o grupo;
- Entregas por grupagem de pedidos e não pela urgência do produto;
- Rutura de stocks;
- Falta de licenças do Infarmed para aquisição de morfina e soros específicos;
- Falta da existência de um cofre no espaço físico da farmácia, para acondicionamento dos psicotrópicos e estupefacientes.

Sugestões de melhoria dos desafios de gestão da logística da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Naturidade - Porto Salvo

Armazém de materiais de consumo clínico

Face ao exposto e tendo em conta que a logística contribui para a satisfação dos utentes, para a qualidade e segurança do utente, nomeadamente a redução de riscos e incidentes, bem como para a eficiência, ou seja, redução de perdas associadas à eficiência e perdas financeiras, sugere-se como melhorias aos desafios de gestão no que diz respeito à logística da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Naturidade - Porto Salvo o seguinte:

De acordo com Crespo de Carvalho (2013), o processo de armazenagem é constituído por um conjunto de operações que são realizadas desde a entrada até à saída dos produtos no armazém



Assim e especificamente no armazém de materiais de consumo clínico da Unidade Naturidade de Porto Salvo, as atividades de recepção, de conferência, arrumação, *picking*, preparação e expedição, entende-se que poderia ser descentralizada esta responsabilidade do enfermeiro para um administrativo, com formação prévia para este fim.

Por se ter observado uma clara necessidade de melhoramento na atividade de arrumação, sugere-se que esta atividade seja efetuada segundo uma lógica de minimização da distância percorrida, ou seja os materiais com maior rotatividade de utilização devem ser arrumados em locais mais acessíveis e mais próximos do local de entrada/ saída do armazém, enquanto os produtos de menor rotatividade devem ser arrumados em locais mais afastados. Por outro lado, a arrumação em altura deve também seguir uma lógica, em que os produtos de rotação mais elevada devem estar na zona mais acessível da estanteria – “na linha dos olhos”, os artigos de menor rotação devem estar num nível mais elevado, os artigos de média rotação devem ser arrumados na parte inferior da estanteria, (Crespo de Carvalho, 2013).

Na atividade de *picking*, o armazém deveria estar equipado com um computador munido de um programa informático que permita rececionar os pedidos diretamente dos diferentes pisos e que seriam monitorizados por esse administrativo encarregue do procedimento logístico da entrada e saída dos produtos. Este procedimento auxiliaria com maior rigor o controlo da gestão de stocks, bem como colmataria a rutura do mesmo. Tendo em conta o encargo financeiro adicional para esta implementação, sugere-se a reestruturação do impresso existente no armazém para controlo de saídas do armazém, nomeadamente o impresso ser organizado pela descrição nominal dos artigos e por ordem alfabética, o que facilitará a contabilização dos produtos saídos face á necessidade de reposição de stock.

Depois da preparação de todo o material devidamente acondicionada e organizada no carro de distribuição, mediante os pedidos dos pisos, a expedição/ entrega poderia também ser executada pelo



próprio administrativo ou então com a deslocação de um auxiliar do respetivo piso para fazer a recolha do material.

Dado que a variação da tipologia de utentes é bastante significativa na Unidade, a gestão de stock depara-se com alguns desafios, assim e no sentido de ultrapassar e melhorar este desafio julga-se aplicável o método de análise ABC. Este método permite classificar o conjunto de artigos utilizados em três classes: classe A os mais relevantes; classe B de relevância média e classe C os artigos de menor relevância. Tendo em conta que a gestão de stocks tem como objetivo minimizar os custos de aprovisionamento, este método é um instrumento que auxilia a decisão em que artigos se deve fazer um maior investimento em termos de controlo de stocks.

Dado que é política do Grupo, haver controlo e validação orçamental por parte da direção financeira, os inventários e as notas de encomenda poderiam ser programadas quinzenalmente para que não haja rutura de stock.

Farmácia

Em meio hospitalar, poderá dizer-se que o medicamento é uma tecnologia estratégica na prestação de cuidados de saúde aos utentes, por isso e no contexto atual na ótica de otimização de recursos é importante e indispensável identificar e divulgar boas práticas no que diz respeito à utilização, gestão e racionalidade dos medicamentos a nível hospitalar.

Assim, e perante os desafios encontrados na farmácia da Unidade Naturidade de Porto Salvo, denotou-se duas grandes falhas que visam a diminuição do seu bom funcionamento, a saber:

- A carência de um profissional com competências técnicas na área de farmácia, nomeadamente um técnico de farmácia, tendo em conta que o enfoque das competências dos enfermeiros não é específica na área de farmácia, logo a responsabilidade de monitorização da logística do medicamento não deve estar exclusivamente atribuída a estes profissionais de saúde;
- Necessidade de aquisição de equipamento de reembalagem dos medicamentos, tendo em conta a dimensão da Unidade (82 camas). A rentabilidade do investimento neste equipamento poderia ser dimensionada, na medida em que os medicamentos utilizados na Unidade situada em Laveiras poderiam ser reembalados também nesta Unidade. Entende-se, assim, que a aquisição deste equipamento é uma grande mais valia para a funcionalidade da Unidade, na medida em que possibilita a automatização da distribuição de medicamentos, logo a relação entre a segurança do doente e o custo-benefício assume particular importância na decisão de investimento.

Existem no mercado equipamentos que permitem reembalar e identificar formas sólidas orais (comprimidos e cápsulas) em dose unitária prescrita para cada doente, para um período de 24 horas, o que é claramente uma vantagem, visto que minimiza os erros associados à medicação. Mediante a configuração no *software* do equipamento, a reembalagem fica assegurada através de um rótulo, a denominação comum internacional, dosagem, quantidade, lote, prazo de validade (25% da validade original) e código dos medicamentos.

Na ótica de uma solução mais direta, sugere-se a aquisição de um módulo para a aplicação informática existente (PHC), que permita que as necessidades geradas nos pisos para cada utente possam ser monitorizadas através do *kardex* do utente. Esta ferramenta para além de evitar efeitos adversos, permitiria também o controlo do stock real da farmácia, facilitando assim a gestão de stocks.

O desafio do abastecimento de medicamentos está a ser contornado pela negociação estabelecida com 4 laboratórios e com armazenistas, para o fornecimento de cerca de 400 medicamentos, para colmatar o encargo financeiro avultado que neste momento a Unidade se debate pelo fornecimento dos medicamentos ser efetuado por uma farmácia de comunidade.

Entende-se como necessidade urgente e emergente: a aquisição de um cofre para acondicionamento de psicotrópicos e estupefacientes, cujo acesso deve ser restrito a um número muito reduzido de profissionais, bem como o controlo nominal do fármaco e respetiva quantidade administrada a cada utente; pedido de licenças do Infarmed para a aquisição de psicotrópicos, estupefacientes e soros específicos, visto que neste momento as aquisições são realizadas através da licença atribuída à Unidade de Laveiras.

8. Conclusão

Com a elaboração do presente relatório, conclui-se que o mercado da saúde é muito complexo e tendencialmente ineficiente. O mercado da saúde tem particularidades que não são observáveis noutros mercados de bens e serviços, nomeadamente devido a assimetrias de informação, risco moral e seleção adversa.

Atualmente e dados os contextos, confortamo-nos com novos modelos de gestão assentes em pressupostos que o mercado privado orienta para o setor da saúde, a questão da eficiência. As parcerias mantidas entre o público e o privado representam uma abordagem inovadora de gestão e de financiamento, visando uma sinergia do que há de melhor no setor público e no setor privado.

Ter tido a oportunidade de desenvolver um estágio numa Unidade particular com parceria com uma entidade pública (ARSLVT), tornou possível a colocação em prática de uma parte dos conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso, nomeadamente na área da logística. Claramente o exercício do estágio contribuiu para o desenvolvimento pessoal, tendo sido por isso uma mais-valia. A elaboração do levantamento dos desafios da Unidade na área da logística, contribuíram e permitiram para uma aprendizagem sobre o processo de logística interna e externa associada à cadeia de abastecimento da Unidade.

Os stocks são um dos fatores responsáveis por um elevado investimento de qualquer instituição, tendo por isso uma importância elevada a gestão de stocks nos custos globais da organização. Assim, uma gestão eficaz e eficiente tem influência no correto funcionamento da instituição, uma vez que dela está dependente o seu abastecimento no seu todo. A importância da gestão de stocks leva a que a sua constante melhoria, na ótica da racionalidade dos recursos. Um bom planeamento estratégico é um forte instrumento para a adaptação a uma esfera competitiva e em constante mutação.

Tendo em conta os resultados obtidos após o término do estágio, fica em aberto alguns desenvolvimentos futuros, apontados nos últimos dois capítulos do relatório.

As duas grandes complexidades foram encontradas no armazenamento de materiais de consumo clínico e no manuseamento, na monitorização e na distribuição interna dos medicamentos. O armazém apresenta algumas limitações físicas, não permitindo uma gestão de stocks e de acondicionamento dos vários materiais de uma forma eficiente, não sendo por isso a ideal, motivo pelo qual deve ser melhorado. Em termos de farmácia pode ser melhorada toda a dinâmica inerente ao medicamento com a aquisição de um novo *software* ou melhoramento do *software* existente, bem como a contratação de um recurso humano com formação específica na área da farmácia.

O Grupo Naturidade é composto por profissionais motivados, que formam equipas proactivas. Assim, a administração do Grupo deverá ser permeável aos *inputs* que estas equipas dão à dinâmica de melhoramento da funcionalidade, e que visam antecipar decisões e ações, atentas às constantes mudanças dos utentes e do mercado.

9. Bibliografia

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP. - Relatório ACSS, março 2015: Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados (RNCCI) 1º semestre de 2015
Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/>
Consultado a 05.05.2016
- Barros, P.P. (2013) Pela Sua Saúde. 1ª ed. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos/ Relógio D'Água Editores
- Bettio, F., Verashchagina, A. (2010) Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries, European Commission.
Disponível em:
http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf
Consultado a 28.02.2016
- Correia de Campos, A. (2008) Reformas da Saúde: O Fio Condutor. 1ª ed. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- Crespo de Carvalho, J., Ramos, T. (2013) Logística na Saúde. 2ª ed. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.
- Lipszyc, B., Sail, E., e Xavier, A. (2012) European Economy – Long Term Care: need, use and expenditure in the EU-27, European Commission.
Disponível em:
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf - Consultado a 10.04.2016
- OECD (2015) Health at a Glance 2015 – OECD Indicators;
Disponível em:
<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
Consultado a 10.04.2016
- USAID – From the American People (2011) The Logistics Handbook - A Practical Guide for the Supply Chain Management of Health Commodities. Arlington, John Snow, Inc.
Disponível em:
http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf
Consultado a 23.03.2016