

**DETERMINANTES NO ACESSO A CUIDADOS CONTINUADOS EM CONTEXTO DOMICILIAR**

Determinants in access to long-term care at home

Determinantes en el acceso a cuidados de largo plazo en el domicilio

Carina Pereira Fonseca\*, Susana Sampaio Oliveira\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a prestação de cuidados continuados em contexto domiciliário promove a saúde e a autonomia dos utentes, contribuindo para a diminuição dos custos em saúde, pelo que assegurar a sua acessibilidade é fulcral. **Objetivo:** identificar determinantes passíveis de melhoria no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário. **Metodologia:** estudo transversal, exploratório, descritivo e correlacional, com abordagem mista, apoiado no modelo conceptual de acesso a cuidados de saúde de Levesque *et al.* (2013). Numa primeira fase, foram realizadas 4 entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde com vasta experiência em cuidados continuados. Na segunda fase, foram analisadas 123 respostas ao questionário aplicado a profissionais de saúde que exercem funções em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). **Resultados:** os participantes consideraram que, das dimensões “proximidade”, “aceitabilidade”, “capacidade e acomodação” e “adequabilidade”, os determinantes com maior influência se enquadravam nas dimensões de proximidade e aceitabilidade, e identificaram maior capacidade de intervenção nos determinantes presentes nas dimensões de proximidade e adequabilidade. **Conclusão:** para um melhor acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário, demonstrou-se prioritário intervir na literacia em saúde, na disponibilização de informação sobre as ECCI e o processo de referenciação, bem como na adequabilidade dos cuidados.

**Palavras-chave:** assistência de longa duração; cuidado domiciliário; acesso aos serviços de saúde

\*MSc, Enfermeira do ACeS Grande Porto III – Maia/ Valongo; Faculdade de Economia, Universidade do Porto – <https://orcid.org/0000-0001-6082-6494> - Contribuição no artigo: conceção, recolha e análise dos dados, redação e revisão.  
 \*\*PhD, Prof. Adjunta da Faculdade de Economia, Universidade do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-3799-1608> - Contribuição no artigo: conceção, redação e revisão.

**Como referenciar:**

Fonseca, C.P., & Oliveira, S.S., (2021). Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 19-33 <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.144>

**ABSTRACT**

**Background:** the provision of long-term care in the home context promotes the health and autonomy of users, contributing to the reduction of health costs, so ensuring accessibility is crucial. **Objective:** to identify determinants that can be improved in access to long-term care in the home context. **Methodology:** cross-sectional, exploratory, descriptive and correlational study, with a mixed approach, supported by the conceptual model of access to health care of Levesque *et al.* (2013). First, 4 semi-structured interviews were conducted with health professionals with extensive experience in long-term care. In a second phase, 123 responses to the questionnaire applied to health professionals who work in Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) were analyzed. **Results:** participants considered that, from the dimensions “approachability”, “acceptability”, “availability and accommodation” and “appropriateness”, the determinants with the greatest influence fit into the dimensions of approachability and acceptability and identified greater capacity for intervention in the determinants present in the dimensions of approachability and appropriateness. **Conclusion:** for better access to long-term care in the home context, it is a priority to intervene in health literacy, provision of information about ECCI and the referral process, as well as the adequacy of care.

**Keywords:** long-term care; home care services; health services accessibility

**RESUMEN**

**Marco Contextual:** la prestación de cuidados de largo plazo en el domicilio promueve la salud y la autonomía de los usuarios, contribuyendo a la reducción de los costes sanitarios, por lo que garantizar la accesibilidad es fundamental. **Objetivo:** identificar los determinantes que podrían mejorar el acceso a la atención a largo plazo en el domicilio. **Metodología:** estudio transversal, exploratorio, descriptivo y correlacional, con enfoque mixto, sustentado en el modelo conceptual de acceso a la salud de Levesque *et al.* (2013). Primero se realizaron 4 entrevistas semiestruturadas con profesionales de la salud experimentados en cuidados de largo plazo. Después, se analizaron 123 respuestas al cuestionario aplicado a los profesionales que laboran en Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). **Resultados:** los participantes consideraron que, de las dimensiones “proximidade”, “aceptabilidad”, “capacidad y acomodación” e “adecuación”, los determinantes con mayor influencia encajan en las dimensiones de proximidad y aceptabilidad. Identificaron mayor capacidad de intervención en los determinantes de las dimensiones de proximidad e adecuación. **Conclusión:** para mejor acceso a la atención continua en el domicilio, se mostró prioritario intervenir en la alfabetización en salud, en la provisión de información sobre ECCI y el proceso de derivación, así como en la adecuación de la atención.

**Palabras clave:** cuidados a largo plazo; servicios de atención de salud a domicilio; accesibilidad a los servicios de salud

Recebido para publicação em: 09/05/2021  
 Aceite para publicação: 25/06/2021

## INTRODUÇÃO

Os cuidados continuados visam uma ação integrada e pró-ativa entre equipas de saúde e de apoio social, que permitem melhorar o estado de saúde, a autonomia e o bem-estar dos seus utentes, contribuindo para a diminuição dos custos em saúde e suporte social (Hsieh & Kenagy, 2020; Colombo, 2011). A evolução dos cuidados domiciliários resulta de exigências sobretudo relacionadas com a contenção de despesas, mas também com o avanço tecnológico, permitindo reduzir reinternamentos hospitalares, mortalidade e institucionalização (Moura, 2020).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) resultam da interface entre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a reforma dos cuidados de saúde primários, e têm uma intervenção de curto prazo, em contexto domiciliário, visando melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, maximizando a sua qualidade de vida (Decreto-Lei 101/2006). As ECCI são equipas multidisciplinares que prestam cuidados todos os dias do ano a uma população referenciada com maioritariamente idade superior a 65 anos (ACSS, 2019). Desde o seu surgimento, estas Equipas têm aumentado progressivamente a sua capacidade de atendimento, o que, de acordo com os dados da última monitorização nacional, se reflete em 286 ECCI e 5643 lugares (ACSS, 2019). Contrariamente ao plano de desenvolvimento da RNCCI, o número de lugares domiciliários em ECCI mantém-se inferior ao de lugares de internamento,

verificando-se, desde 2015 até 2019, uma diminuição de 918 lugares (ACSS, 2019; OPSS, 2018).

Sendo a manutenção da pessoa no domicílio um propósito dos cuidados continuados, e percebendo que desigualdades na acessibilidade aos cuidados prestados pela ECCI podem contribuir para assimetrias em saúde, constituiu objetivo deste estudo identificar determinantes passíveis de melhoria no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário.

## ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A acessibilidade em saúde tem sido modelizada de diversas formas. Levesque *et al.* (2013) definem o acesso como a oportunidade com que os consumidores ou as comunidades são capazes de usar serviços de saúde apropriados, e na proporção das suas necessidades. É visto como o resultado da interface entre as características de pessoas, famílias, ambientes sociais e físicos e as características dos sistemas, organizações e prestadores de saúde. De acordo com os autores, o acesso é alcançado através da interação entre cinco dimensões essenciais: proximidade (*approachability*), aceitabilidade (*acceptability*), capacidade e acomodação (*availability and accommodation*), esforço financeiro (*affordability*) e adequabilidade (*appropriateness*) (Figura 1). A interação destas com as características do lado da oferta (prestadores de cuidados de saúde) e do lado da procura (utentes) permite avaliar a acessibilidade em saúde. São considerados, por um lado, os fatores predisponentes à utilização e, por outro, os fatores facilitadores do sistema de saúde.

## Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliar

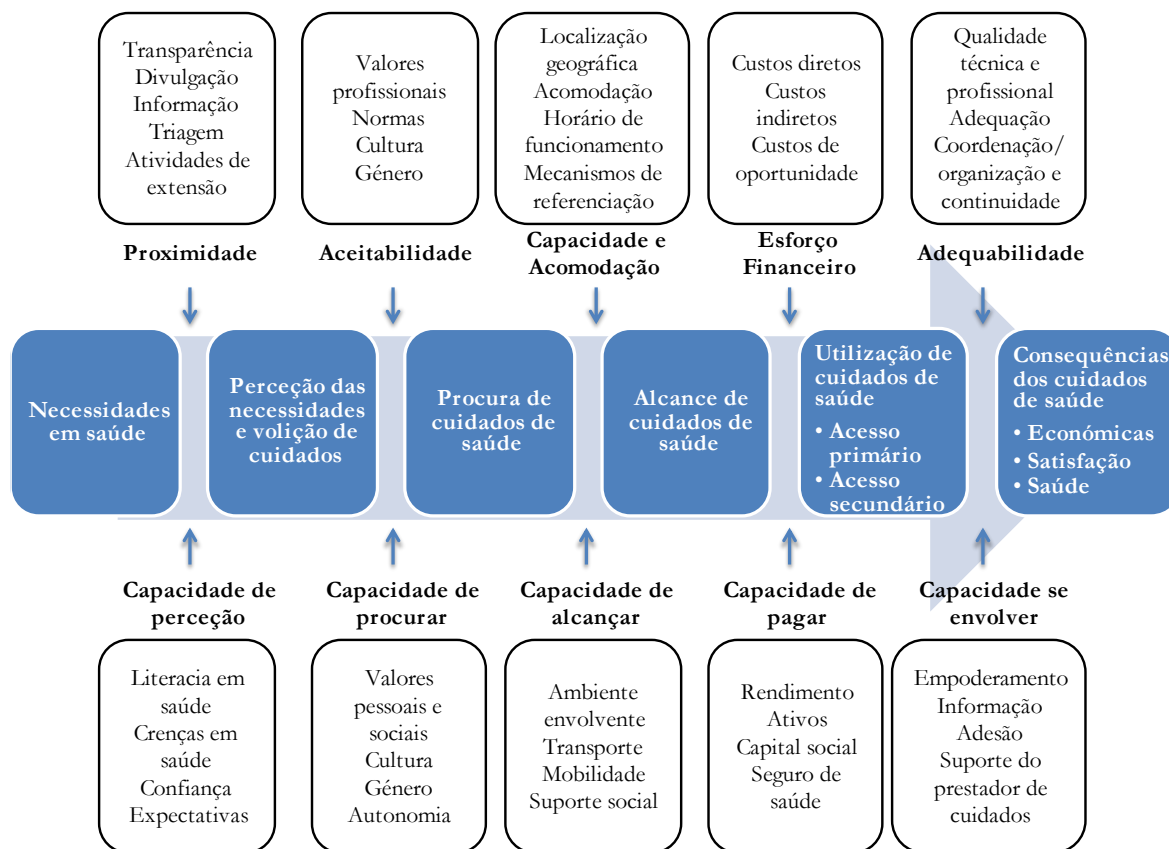


Figura 1

Adaptação da estrutura conceptual de acesso aos cuidados de saúde (Levesque *et al.*, 2013, p. 5).

A proximidade está relacionada com a capacidade dos potenciais utentes identificarem que necessitam de cuidados de saúde e reconhecerem que existe alguma forma de serviços que pode ser usada com impacto sobre a sua saúde (Teixeira *et al.*, 2016; Levesque *et al.*, 2013). Uma das primeiras barreiras para aceder aos cuidados continuados em contexto domiciliário ocorre quando uma pessoa não percebe que apresenta necessidade de cuidados de saúde que a torna elegível para tal. Esta condicionante poderá resultar de falta de conhecimento sobre quais os critérios para receber cuidados em casa, ou de preferências da pessoa e/ou família (Suurmond *et al.*, 2016).

Guihan *et al.* (2011) concluíram que os idosos referenciados para os cuidados continuados

domiciliários e os seus cuidadores têm dificuldade em obter informações precisas e oportunas sobre os serviços de cuidados continuados, nomeadamente sobre os seus custos, tipos de serviços disponíveis e critérios de referênciação, identificando ainda entraves no processo de referênciação. Felix *et al.* (2019) compreenderam que clientes com apoio de agentes comunitários no domicílio têm maior facilidade em aceder a uma maior gama de serviços de saúde, evidenciando a eficácia da intervenção destes agentes na disponibilização de informação e promoção destes serviços de saúde.

A aceitabilidade refere-se a fatores culturais e sociais que influenciam a aceitação de aspetos do serviço, tais como a idade, o sexo ou grupo social dos prestadores,

crenças associadas aos sistemas médicos, ou localização geográfica do prestador (Levesque *et al.*, 2013). Uma consideração cultural importante é garantir a sensibilidade ao género e a diferentes etnias, criando serviços culturalmente seguros e, portanto, mais acessíveis (Brito *et al.*, 2019; Bailie *et al.*, 2015). Suurmond *et al.* (2016) perceberam que a inserção em redes comunitárias facilita a procura de serviços de saúde em contexto domiciliário, pela troca de experiências e conhecimento. Verificaram ainda que muitas pessoas atribuem grande relevo à opinião do médico de família relativamente à referenciação para os cuidados domiciliários. Teixeira *et al.* (2016) constataram que uma maior duração da relação entre o profissional de saúde e o utente se associa a um maior acesso a cuidados de saúde. Sendo o médico de família, juntamente com o assistente social e o enfermeiro de família, a referenciar os utentes para as ECCL, pode inferir-se que a relação destes com o indivíduo influencia o processo de acesso a cuidados continuados domiciliários. Um estudo, realizado recentemente na Alemanha, concluiu que idosos com mais necessidades de cuidados continuados enfrentam mais barreiras de acesso a cuidados especializados (Schulz *et al.*, 2020), o que poderá resultar da dificuldade destes em procurar este tipo de cuidados.

A capacidade e acomodação representam em que medida o prestador detém os recursos necessários para atender às necessidades dos utentes. Traduz uma medição da capacidade da rede em oferecer serviços em quantidade suficiente para fazer face à procura potencial, permitindo avaliar se a organização do prestador (em termos de localização geográfica,

horário de funcionamento, marcação de consultas, etc.) é adequada às restrições e preferências dos utentes (Teixeira *et al.*, 2016). O acesso é limitado se os recursos disponíveis forem distribuídos de maneira desigual pelo país ou pelos níveis de atendimento (OPSS, 2018). Em Portugal, embora o número de ECCL tenha crescido 1,8% entre 2017 e 2019, o número de lugares disponíveis a nível nacional diminuiu 2,3%. Mantêm-se ainda assimetrias regionais, com o número médio de lugares disponíveis por ECCL oscilar entre 11 no Centro e 35 em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) (ACSS, 2019).

Independentemente do número de lugares disponíveis, a agilidade com que é tratada a referenciação de utentes tem um peso considerável no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário (Bailie *et al.*, 2015) e depende, a montante do processo, do acesso a consultas com o médico de família, enfermeiro de família e assistente social. Esta cadeia de contactos e avaliações, pela sua burocracia e complexidade, poderá condicionar o acesso. Relativamente à referenciação para a RNCCI, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) de 2018 salienta a sua complexidade, envolvendo diferentes etapas imprescindíveis, mas que, por vezes, geram demoras na admissão. Em comparação com outras unidades da RNCCI, os tempos de espera são claramente mais baixos para as ECCL, mas dentro da mesma tipologia da Rede, LVT e o Norte são as regiões com maior tempo de espera para admissão (OPSS, 2018).

O horário de funcionamento de um serviço de saúde é também muito importante no que diz respeito à sua acomodação (Levesque *et al.*, 2013). Contudo, a

maioria dos utentes em ECCL são reformados e/ou incapacitados para atividade laboral pelo que, à partida, demonstram uma maior flexibilidade para marcação de visita domiciliária. A falta de transporte (Baile *et al.*, 2015) e a mobilidade restrita dos idosos e pessoas com deficiência adquirida (Levesque *et al.*, 2013) não representam à partida barreiras para os utentes da ECCL, uma vez que os cuidados são prestados em sua casa.

O esforço financeiro diz respeito aos preços dos serviços e às despesas relacionadas, além dos custos de oportunidade associados à perda de remuneração durante o tempo em que usam os serviços de saúde (Teixeira *et al.*, 2016). Relativamente ao acesso à ECCL, não há gastos de transporte para os utentes, nem taxas moderadoras, e os recetores dos cuidados estão numa situação de dependência ou inaptos para o trabalho, pelo que não existem à partida custos de oportunidade associados ao tempo sacrificado. Além disso, segundo a Comissão Europeia (2019), os pagamentos diretos em cuidados continuados em Portugal encontram-se abaixo da média europeia (0,6% da quota global de despesas em saúde comparativamente com 2,4% da média da União Europeia).

Na última dimensão do acesso em saúde, a adequabilidade, pretende-se refletir sobre a adequação dos serviços prestados em tipo e qualidade, bem como a capacidade de envolvimento do indivíduo, para a obtenção de resultados em saúde que vão ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa, e sejam sustentáveis do ponto de vista socioeconómico (Levesque *et al.*, 2013).

No âmbito das ECCL, os serviços prestados encontram-se bem definidos na carta de compromisso

contratualizada. Importa, contudo, avaliar adequadamente as necessidades de cada pessoa e os melhores profissionais para a assistir. De acordo com Baile *et al.* (2015) e Levesque *et al.* (2013), a existência de serviços especializados é uma mais-valia para melhorar o acesso a determinado serviço de saúde. Assim, dado que as ECCL dispõem de profissionais com diferentes especialidades, tal permite melhorar o acesso, adequando os cuidados prestados e promovendo a continuidade dos cuidados. Um modelo de assistência integrada em contexto domiciliário requer: profissionais de saúde com diversidade racial e étnica, bem como treino especializado em diferentes áreas; uma rede integrada de organizações comunitárias; uma plataforma de comunicação eletrónica; e modelos de financiamento que permitam o pagamento adequado de salários e o incentivo a atos formativos (Golden *et al.*, 2019). Melhorar a comunicação entre profissionais é um primeiro passo na melhoria do atendimento integrado (Lette *et al.*, 2020).

Em suma, as várias dimensões da acessibilidade influenciam-se mutuamente, e atuam a partir da interação de determinantes relacionados com as características dos indivíduos e dos serviços. Identificar e compreender esses determinantes permite planear uma abordagem que promova a equidade no acesso e a eficiência dos cuidados prestados.

### METODOLOGIA

No contexto da RNCCI e em plena articulação com os cuidados de saúde primários, foi desenvolvido no âmbito das ECCL um estudo transversal, de carácter exploratório, descritivo e correlacional, entre maio e

julho de 2020, através de uma abordagem mista - qualitativa e quantitativa -, concretizada em duas fases e sustentada pelo modelo conceptual de acesso a cuidados de saúde de Levesque *et al.* (2013). A mistura de dados qualitativos e quantitativos visou enriquecer o conhecimento sobre o fenómeno e minimizar os riscos de erros ou viés.

### **Fase I – Abordagem Exploratória Inicial**

Após a identificação de escassez de investigação sobre o acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário em Portugal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com base na revisão da literatura e nas dimensões do acesso em saúde identificadas por Levesque *et al.* (2013). Foram selecionados por conveniência 4 profissionais de saúde, três enfermeiros e um médico, com mais de 10 anos de experiência profissional na coordenação e gestão de ECCL, que desempenham funções em equipas diferentes, mas na mesma região de saúde. Os participantes têm idades compreendidas entre os 40 e os 53 anos.

As entrevistas foram realizadas através de suporte digital, por videoconferência ou videochamada, com duração média de 36 minutos. O registo em suporte digital, com a autorização prévia dos participantes, permitiu a sua posterior análise detalhada. Após a sua transcrição, foi realizada uma análise qualitativa de conteúdo, permitindo-nos classificar grandes quantidades de texto num número eficiente de categorias.

### **Fase II – A Perceção dos Profissionais de Saúde**

A segunda fase da investigação visou obter a opinião dos profissionais de saúde que desempenham funções em ECCL, acerca dos fatores determinantes para o

acesso aos cuidados prestados nesta tipologia de cuidados, bem como da sua capacidade de intervir como meio facilitador desses fatores. A amostra foi constituída por 123 profissionais de saúde que desempenham funções em ECCL de todo o país. Para seleção da população acessível, solicitou-se a colaboração da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC) e da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), associações com uma importante representatividade por profissionais que exercem funções em ECCL, e que partilharam o pedido de colaboração para participação no estudo.

No processo de colheita de dados decidiu-se a aplicação de um questionário, de forma a alcançar uma amostra mais alargada. Optou-se pela sua elaboração, com questões essencialmente fechadas, com base na revisão de literatura e nos dados recolhidos na primeira fase de investigação. O questionário final foi submetido a um pré-teste e, posteriormente, partilhado através de um *link*. Na sua estrutura, contempla uma introdução ao tema e à metodologia de colheita de dados, garantindo a participação voluntária e informada dos intervenientes no estudo. O seu preenchimento não contém qualquer dado identificativo. O questionário final era constituído por 10 questões sociodemográficas para efeitos de caracterização da amostra. Continha ainda 16 proposições que resultaram de itens identificados nas fases de revisão da literatura e entrevista, mantendo a lógica de categorização adotada no primeiro momento de investigação. As 16 proposições foram apresentadas sob a forma de duas escalas de *Likert* de 5 pontos, ordenadas por ordem crescente de valor,

uma para avaliar a opinião dos profissionais de saúde sobre os itens com maior influência no acesso do utente aos cuidados prestados pela ECCI, e outra para avaliar a sua capacidade de intervenção como meio facilitador no acesso aos cuidados prestados pela ECCI. Após a aplicação dos questionários, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial. Para avaliar as relações entre as variáveis utilizou-se a correlação de *Spearman*.

Nas duas fases de investigação foi assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação, tendo sido a participação voluntária. Foi dada a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento da investigação, sem qualquer prejuízo para o participante.

Tabela 1

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Proximidade	Informação	<i>“existe um desconhecimento da existência das ECCI” (...)</i> <i>“é na minha ótica o maior entrave para o acesso”</i> (E3)
	Divulgação	<i>“se teve um familiar ou vizinho internado na ECCI (...) aumenta a acessibilidade aos cuidados da mesma”</i> (E4)
	Literacia	<i>“Quanto maior o conhecimento desses profissionais [referenciadores], maior a probabilidade de os seus utentes serem referenciados, pela perceção que os primeiros têm dos ganhos potenciais que a ECCI trará aos segundos”</i> (E4)
	Expectativas	<i>“elevadas expectativas impostas [pelos profissionais referenciadores] conduzem por vezes a frustrações [por parte do utente]”</i> (E1)
Aceitabilidade	Relação utente-profissional de saúde	<i>“quanto melhor um profissional de saúde conhece os seus utentes, mais facilmente percebe as suas necessidades e promove esta articulação de cuidados e referência”</i> (E1)
	Valores culturais e sociais	<i>“[as famílias] não gostam que se mexa naquilo que é o hábito deles”</i> (E1)
Capacidade e Acomodação	Capacidade Recursos	<i>“ausência de vagas que coloca doentes em lista de espera”</i> (E2) <i>“Verifica-se um rácio de profissionais reduzido para as necessidades identificadas”</i> (E1); <i>“dificuldade em fazerem visita domiciliária por haver condicionantes ao transporte”</i> (E3)
	Gestão da lista de espera	<i>“a lista de espera dos utentes da ECCI é gerida de forma cronológica, independentemente do motivo de referência ou da premência de acesso aos cuidados (...), perdendo-se nalgumas situações a janela terapêutica promotora da consecução dos melhores ganhos em saúde atingíveis”</i> (E4)
	Processo de referência Horário de funcionamento	<i>“é burocrático (...) com duplicação dos dados clínicos nos sistemas de informação vigentes”</i> (E4); <i>“complexo e moroso”</i> (E2) <i>“é suficiente para dar resposta às necessidades de cuidados dos nossos utentes”</i> (E3)

## RESULTADOS

### Fase I - Entrevistas

Ao longo da leitura de todas as entrevistas e da análise do seu conteúdo, foi possível identificar conceitos chave, e ainda alcançar uma categorização dos vários aspetos considerados determinantes no acesso aos cuidados prestados pelas ECCI. Esses aspetos foram agrupados em categorias e subcategorias das dimensões do acesso a cuidados de saúde do modelo de Levesque *et al.* (2013) (Tabela 1). Na análise de conteúdo realizada não foram identificadas subcategorias enquadráveis na dimensão de esforço financeiro.

Adequabilidade	Adequação de cuidados Profissionais diferenciados Envolvimento Processos de auditoria Articulação de cuidados	<p><i>“os cuidados prestados no domicílio permitem que se adapte muito mais rapidamente a dinâmica familiar e o prestador de cuidados à nova realidade de saúde do utente” (E1)</i></p> <p><i>“o facto de termos profissionais de diferentes especialidades é também uma mais valia na adequação dos cuidados, (...) com uma abordagem mais ampla de complementaridade na prestação de cuidados aos utentes” (E3)</i></p> <p><i>“quanto maior o envolvimento de ambas as partes, mais e melhores ganhos em saúde se obtêm. E (...) maior é a perceção da utilidade e potencial da ECCI” (E4)</i></p> <p><i>“As auditorias e as reuniões de acompanhamento visam ajudar as Equipas na resolução precoce de possíveis problemas ou dificuldades, promovendo a construção de melhores cuidados e a agilização dos processos” (E1)</i></p> <p><i>“articulação com as várias Equipas e projetos, na gestão e articulação das vagas e na gestão dos cuidados aos utentes” (E4)</i></p>
----------------	---	--

## Fase II - Questionários

Os 123 profissionais de saúde que responderam ao questionário desempenham funções em ECCI distribuídas pelas diferentes regiões de saúde nacionais (53,7% do Norte; 19,5% de Lisboa e Vale do Tejo; 17,1% do Centro; 6,5% do Alentejo; e 3,3% do Algarve). A maioria dos participantes apresenta idade compreendida entre os 40 e os 50 anos (47,15%), com grau de formação académica superior variado. Trata-se de uma amostra maioritariamente constituída por enfermeiros (97,6%; n=120), tendo ainda a participação de dois médicos e um fisioterapeuta.

Do total da amostra, 91,87% (n=113) dos participantes referiram ter diferentes áreas de especialização, sendo que a maioria detém especialização na área da reabilitação (56,63%) e da saúde comunitária (24,78%). Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se que mais de metade dos participantes (53,66%) tem mais de 20 anos de experiência

profissional, e 43,91% tem entre 10 e 19 anos de experiência profissional. No que se refere ao tempo de exercício profissional nas ECCI, 28,46% (n=35) dos profissionais trabalha neste contexto desde a criação das ECCI, sendo que a maioria (41,46%; n=51) refere ter 5 a 9 anos de experiência profissional nesta tipologia de cuidados, período coincidente com uma maior aposta governativa na RNCCI. Entre os participantes 40,65% (n=50) mencionaram desempenhar funções de gestão nas ECCI onde exercem funções.

Analisou-se a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a influência de diferentes itens no acesso do utente aos cuidados prestados pelas ECCI. Assim, foram considerados 16 itens de acessibilidade para aferir a opinião dos profissionais de saúde quanto à sua influência no acesso do utente aos cuidados prestados pelas ECCI (Tabela 2).



Tabela 2

Estatística descritiva dos itens de acessibilidade, relativamente à sua influência no acesso às ECCI e à capacidade de intervenção do profissional de saúde

Categoria	Item de acessibilidade	Influência					Capacidade de intervenção				
		$\bar{x}$	Me	Mo	DP	Fa <sub>4,5%</sub>	$\bar{x}$	Me	Mo	DP	Fa <sub>4,5%</sub>
Proximidade	Literacia em saúde	3,73	4	4	1,03	60,98	4,32	4	5	0,77	87,80
	Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI	4,12	4	5	0,88	76,43	4,49	5	5	0,77	87,80
	Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referenciação para ECCI	4,05	4	5	0,99	74,80	4,36	5	5	0,86	81,30
	Experiência anterior na utilização desta tipologia de cuidados	4,01	4	5	1,04	73,17					
	Perceção do estado de saúde pelo próprio indivíduo ou cuidador	3,84	4	4	0,99	64,23	4,08	4	4	0,80	77,23
Aceitabilidade	Inserção em rede comunitária de prestação de serviços	3,56	4	4	1,03	55,29	3,54	4	4	1,10	55,28
	Relação entre equipa de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) e o utente	4,03	4	5	1,00	73,17	3,64	4	4	1,15	58,53
Capacidade e Acomodação	Número de Lugares domiciliários na ECCI	3,76	4	5	1,11	59,35	3,16	3	4	1,28	43,09
	Plataforma de comunicação eletrónica e sistemas informáticos de apoio à prática clínica	3,32	3	3	1,18	44,72	3,41	4	4	1,21	50,41
	Horário de funcionamento da ECCI	3,65	4	4	1,22	60,98	3,34	3	4	1,28	48,58
	Tempo de espera entre a referenciação e a admissão na ECCI	3,69	4	4	1,17	64,23	3,07	3	3	1,22	36,59
	Complexidade do processo de referenciação	3,95	4	5	1,09	69,11	2,93	3	3	1,25	34,96
Adequabilidade	Capacidade de envolvimento e empoderamento do utente ou prestador de cuidados	3,99	4	5	0,96	66,66	4,19	4	5	0,81	79,67
	Existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados	3,96	4	5	1,09	73,99	3,46	4	4	1,27	55,28
	Gestão do horário de visita domiciliária de acordo com as rotinas diárias do utente/família	3,67	4	4	1,09	60,17	4,11	4	5	0,89	77,23
	Adequação dos cuidados à cultura, etnia, género e estrato socioeconómico do utente	3,48	4	3	1,11	50,41	4,23	4	5	0,87	81,30

Nota: Assinalado a   os itens com maior influência, a   os itens com influência considerável e a   os itens com maior capacidade de intervenção;  $\bar{x}$  – média; Me – mediana; Mo – moda; DP – desvio padrão; Fa – frequência acumulada

Numa primeira análise dos resultados, os itens considerados com maior influência foram aqueles que cumpriram os seguintes requisitos: média e mediana  $\geq 4$ ; moda=5; frequência acumulada dos scores 4 e 5 (Fa<sub>4,5</sub>) $\geq 70\%$ . Assim, quando questionados sobre quais os itens com maior influência sobre o acesso do utente

a esta tipologia de cuidados, os profissionais de saúde consideram a “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI” e a “Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referenciação para a ECCI”, refletindo a importância da informação para o acesso em saúde. Ainda no âmbito

da dimensão de proximidade, os profissionais de saúde referiram a “Experiência anterior na utilização desta tipologia de cuidados” como um dos itens com maior influência no acesso às ECCL. A “Relação entre equipa de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) e o utente” foi considerada também pelos participantes como um dos itens com maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCL, este no âmbito da dimensão de aceitabilidade. Os itens de acessibilidade considerados com maior influência coincidem com os identificados na análise de conteúdo da primeira fase. Em seguida foram identificados os itens com média < 4, mas mediana  $\geq 4$  e moda = 5. Desta forma, têm uma influência considerável sobre o acesso às ECCL os itens “Número de lugares domiciliários na ECCL” e “Complexidade do processo de referenciação” no âmbito da dimensão de capacidade e acomodação, e os itens “Existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados” e “Capacidade de envolvimento e empoderamento do utente ou prestador de cuidados” da dimensão de adequabilidade.

Quando analisada a relação entre a opinião dos participantes sobre a influência dos itens de acessibilidade no acesso do utente aos cuidados prestados pelas ECCL e as variáveis de caracterização da amostra não se identificam correlações estatisticamente significativas.

Para aferir a perspetiva dos profissionais de saúde quanto à sua capacidade de intervenção como meio facilitador no acesso dos utentes aos cuidados prestados pela ECCL consideraram-se 15 itens de acessibilidade, e os resultados foram analisados à semelhança dos critérios utilizados anteriormente (Tabela 2). Os profissionais de saúde consideram ter

maior capacidade de intervenção sobre os itens de “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCL”, “Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referenciação para a ECCL” e “Literacia em saúde”, demonstrando que poderão ter um papel crucial na transmissão de informação sobre a temática, e conseqüente proximidade com os potenciais utentes da ECCL, bem como com os profissionais referenciadores. Nesta primeira análise dos resultados, observou-se ainda que os participantes consideram ter maior capacidade de intervenção sobre itens de adequabilidade, como sendo a “Gestão do horário de visita domiciliária de acordo com as rotinas diárias do utente/família”, a “Capacidade de envolvimento e empoderamento do utente ou prestador de cuidados” e ainda a “Adequação dos cuidados à cultura, etnia, género e estrato socioeconómico do utente”. Relembre-se que os itens referentes à dimensão de proximidade foram também exaustivamente mencionados no primeiro momento de investigação deste estudo.

Dos 15 itens avaliados, os que apresentam os valores mais baixos em todas as medidas de tendência central são relativos à dimensão capacidade e acomodação, retratando uma perspetiva de reduzida capacidade de intervenção neste domínio por parte dos inquiridos.

Através do coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ) (nível de significância de 0,01\*\* e 0,05\*), verificou-se que profissionais de saúde com níveis de escolaridade mais elevado, assim como profissionais que exercem a sua atividade profissional há mais tempo tendem a considerar uma maior capacidade de intervenção na “Gestão do horário de visita domiciliária de acordo com as rotinas do utente/família” ( $r_s=0,1840^*$  e  $r_s=0,1774^*$ , respetivamente). Observou-se ainda que

profissionais de saúde com mais tempo de exercício profissional, tendem a atribuir maior capacidade de intervenção, como meio facilitador dos seguintes itens: “Literacia em saúde” ( $r_s=0,2320^{**}$ ), “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI” ( $r_s=0,2415^{**}$ ), “Perceção do estado de saúde pelo próprio indivíduo” ( $r_s=0,2112^{**}$ ). Por último, observou-se uma relação positiva entre o exercício da função de gestão e a capacidade de intervenção sobre o “Número de lugares domiciliários na ECCI” ( $r_s=0,2489^{**}$ ).

Foi possível constatar que apenas dois dos itens de acessibilidade são, simultaneamente, considerados com maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCI e sob maior capacidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde que desempenham funções nesta tipologia de cuidados. São eles os itens “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI” e “Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referência para a ECCI”. Verificou-se ainda que os itens “Existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados”, “Tempo de espera entre a referência e a admissão na ECCI” e “Complexidade do processo de referência”, apresentam uma diferença de médias  $\geq 0,5$  e de  $F_{4,5} \geq 18,71\%$  relativamente à sua influência no acesso e a capacidade de intervenção pelos profissionais de saúde, demonstrando uma considerável discrepância de valores.

Estudaram-se ainda as medidas de associação entre as variáveis referentes à opinião dos profissionais de saúde sobre a influência dos diversos itens de acessibilidade e a opinião dos mesmos sobre a sua capacidade de intervenção quanto a esse mesmo item,

recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r_s$ ). Com exceção dos itens “Número de Lugares domiciliários na ECCI”, “Tempo de espera entre a referência e a admissão na ECCI” e “Complexidade do processo de referência”, os dados obtidos demonstraram uma correlação positiva com significado estatístico entre a maioria das variáveis, através do qual se percebeu que os itens aos quais os profissionais de saúde atribuem uma maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCI são também aqueles para os quais consideram ter uma maior capacidade de intervenção.

## DISCUSSÃO

A assimétrica distribuição dos participantes no estudo por regiões de saúde reflete a disparidade existente na alocação de ECCI em território nacional (ACSS, 2019). A amostra espelha ainda o elevado número de profissionais de enfermagem a desempenhar funções nas ECCI, equipas integradas atualmente nas Unidades de Cuidados na Comunidade e que contam com 1965 profissionais de enfermagem, 87 profissionais médicos e 126 técnicos superiores de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Foram identificados fatores determinantes no acesso dos utentes aos cuidados prestados pelas ECCI no âmbito das seguintes dimensões do acesso em saúde: proximidade, aceitabilidade, capacidade e acomodação e adequabilidade. Não foram identificados, contudo, determinantes no domínio da dimensão esforço financeiro, refletindo os dados da Comissão Europeia (2019) em que os pagamentos diretos em cuidados continuados em Portugal se encontram muito abaixo dos valores da média da União Europeia.

Na opinião dos profissionais de saúde, os determinantes com maior influência no acesso aos cuidados continuados em contexto domiciliar enquadram-se nas dimensões de proximidade e aceitabilidade. Os profissionais de saúde atribuem maior capacidade de intervenção sobre determinantes que se incluem nas dimensões de proximidade e adequabilidade, itens de acessibilidade que demonstraram uma correlação positiva significativa relativamente à sua influência e capacidade de intervenção. Uma intervenção sobre determinantes no âmbito das dimensões de proximidade e adequabilidade poderá resultar numa maior acessibilidade dos utentes a cuidados continuados em contexto domiciliar, aspeto corroborado por Suurmond *et al.* (2016) e Baile *et al.* (2015).

No âmbito da dimensão de proximidade é fundamental intervir na literacia em saúde, na divulgação de informação junto dos utentes e profissionais referenciadores, sobretudo quanto aos cuidados prestados pela ECCI, aos critérios e ao processo de referenciação (Felix *et al.*, 2019; Suurmond *et al.*, 2016), bem como na gestão de expectativas e confiança nos cuidados prestados pelas ECCI. Os participantes identificaram que a posse destas informações, para além de ter uma grande influência no acesso aos cuidados, pode ser objeto de intervenção por parte dos profissionais de saúde, significando, por isso, um foco prioritário de atuação. Na dimensão de capacidade e acomodação, a complexidade do processo de referenciação foi o aspeto que os profissionais de saúde identificaram ter maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCI. Os resultados obtidos vão de encontro ao defendido por Bailie *et al.* (2015), que afirmaram que

independentemente do número de lugares disponíveis, a agilidade com que é tratada a referenciação de utentes tem um peso considerável na capacidade do utente alcançar os cuidados continuados em contexto domiciliar. Tal como defendido pelo OPSS (2018), os participantes consideraram que o processo de referenciação para a ECCI é demasiado burocrático, complexo e moroso, e identificaram a importância de uma reestruturação do processo de referenciação e investimento nos sistemas de informação, sugerindo uma maior intervenção na formação dos profissionais referenciadores, assim como auditorias ao processo de referenciação. Todos estes aspetos devem ser considerados pelos gestores da RNCCI no intuito de promover melhorias no acesso, garantindo simultaneamente a sustentabilidade da Rede.

Os processos de auditoria foram mencionados na fase de entrevista como mecanismos de melhoria da qualidade dos serviços prestados, promovendo uma permanente adequação dos cuidados às necessidades dos utentes, aspeto que Golden *et al.* (2019) considera importante para o alcance de melhores resultados numa assistência integrada em contexto domiciliar. Nos relatórios de monitorização da RNCCI são avaliados indicadores de qualidade dos cuidados (por exemplo, registo de quedas, registo de novas úlceras de pressão) (ACSS, 2019). Contudo, mostra-se relevante analisar outras variáveis, nomeadamente relacionadas com a proximidade ao utente (por exemplo, literacia em saúde, expectativas), bem como a capacidade de recursos técnicos, humanos e de estrutura familiar para garantir os resultados esperados.

No que respeita ainda à dimensão adequabilidade, os resultados alcançados sugerem ser determinante intervir sobre aspetos relacionados com a continuidade, articulação e adequação de cuidados, onde foi valorizada a disponibilidade de profissionais diferenciados, a envolvência do utente e família nos cuidados prestados pelas ECCI, e ainda o desenvolvimento de processos de auditoria. Tal como defendido por Baile *et al.* (2015) e Levesque *et al.* (2013), a existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados é tida pelos participantes como uma mais-valia para a acessibilidade dos utentes, considerada como um dos itens com maior influência. A importância de profissionais especializados prende-se com uma melhor adequação dos cuidados às necessidades identificadas, e ainda com a promoção da multidisciplinaridade, articulação e continuidade dos cuidados prestados, permitindo a triangulação de dados clínicos e experiências profissionais, que visam a melhor integração dos cuidados. Um dos motivos apontados para a redução do número de lugares domiciliários tem sido a lacuna de recursos humanos existente nestas Equipas (OPSS, 2018), aspeto que seria importante aprofundar. A capacidade de envolvimento e empoderamento do utente/prestador de cuidados tem sido identificada como determinante no acesso a cuidados domiciliários (Suurmond *et al.*, 2016). Este aspeto foi também valorizado pelos participantes, que o identificam como o único item, da dimensão de adequabilidade, com maior influência no acesso a esta tipologia de cuidados e sobre o qual consideram ter maior capacidade de intervenção, sendo por isso um determinante no qual se deverá intervir em primeira linha.

Considerada no estudo como uma das dimensões do acesso em que há menor capacidade de intervenção pelos profissionais de saúde, a capacidade e acomodação das ECCI tem um importante impacto na sua acessibilidade. O número de lugares domiciliários das ECCI foi identificado pelos participantes como um fator determinante no acesso a estes cuidados, refletindo-se frequentemente no tempo de espera para admissão na ECCI (OPSS, 2018). Apesar disso, os profissionais de saúde consideram ter uma reduzida capacidade de intervenção neste âmbito, tratando-se efetivamente de um fator dependente do arbítrio de gestores em saúde, aspeto confirmado pela correlação positiva identificada entre o exercício da função de gestão e a capacidade de intervenção sobre o “Número de lugares domiciliários na ECCI” ( $r_s=0,2489^{**}$ ).

Na opinião dos entrevistados, a possibilidade de gestão da lista de espera das ECCI de acordo com as prioridades e necessidades de cuidados identificadas, e não de forma cronológica como é realizada, seria importante para promover a equidade vertical no acesso, permitindo que indivíduos com maior necessidade de cuidados e de uma intervenção mais precoce usufruíssem atempadamente dos mesmos. Para tal, será necessário estipular critérios objetivos de prioridade para a admissão nas ECCI, salientando uma vez mais a importância do envolvimento de gestores e decisores em saúde no futuro planeamento e desenvolvimento da RNCCI (OPSS, 2018).

Reconhecemos que a utilização de um questionário não validado foi uma limitação do presente estudo. Aspeto que tentamos minimizar através da revisão da literatura e da investigação exploratória realizada na primeira fase de investigação.

## CONCLUSÃO

Na opinião dos profissionais de saúde, os determinantes com maior influência no acesso aos cuidados continuados em contexto domiciliar enquadram-se nas dimensões de proximidade e aceitabilidade, as primeiras na cadeia de acesso a cuidados de saúde. Assim, a aposta em intervenções que melhorem a literacia em saúde, a disponibilização de informação sobre os cuidados prestados pela ECCI e os critérios e o processo de referenciação para a mesma são aspetos cruciais a considerar quando se pretende melhorar o acesso dos utentes a cuidados continuados em contexto domiciliário. A adequação dos cuidados de saúde às reais necessidades do utente e às suas particularidades, aspeto sobre o qual os participantes consideram ter maior capacidade de intervenção, adquire também um importante papel na melhoria da acessibilidade, na medida em que condiciona todos os resultados dos cuidados de saúde, nomeadamente no que se refere aos ganhos em saúde, à satisfação do utente e aos resultados económicos.

Para além da necessidade de ajustar a intervenção dos profissionais de saúde das ECCI de modo a melhorar a acessibilidade dos utentes, será ainda determinante sensibilizar os decisores políticos quanto à necessidade de redefinir os indicadores de monitorização da RNCCI, atualmente muito direcionados para as dimensões de capacidade e acomodação, de simplificar o processo de referenciação à ECCI e de criar critérios objetivos de prioridade na admissão às ECCI.

No futuro, consideramos ainda relevante o desenvolvimento de estudos nacionais que integrem os cuidados de saúde e o apoio social, assim como de investigação referente à utilização de cuidados

continuados em contexto domiciliário no setor privado da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2019 1º Semestre*. Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem19-vfinal-3.pdf>.
- Bailie, J., Schierhout, G., Laycock, A., Kelaher, M., Percival, N., O'Donoghue, L., ... Bailie, R. (2015). Determinants of access to chronic illness care: a mixed-methods evaluation of a national multifaceted chronic disease package for Indigenous Australians. *BMJ Open*, 5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008103>
- Brito, D., Belkis, M., Vilela, I., Vilela, N., & Brito, A. (2019). Obstáculos no Acesso à Saúde pelos Imigrantes: Análise de Género. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 67-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.31>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: Estudos de Políticas de Saúde da OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Comissão Europeia. (2019). *State of Health in the EU: Portugal - Perfil de saúde do país 2019*. Retirado de [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_pt_portuguese.pdf).
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho (2006). Diário da República nº 109. Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Felix, H. C., Ali, M., Bird, T. M., Cottoms, N. & Stewar, K. (2019). Are community health workers more effective in identifying persons in need of home and community-based long-term services than standard-passive approaches. *Home Health Care Services Quarterly*, Jul-Sep, 38(3), 194-208. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1604461>
- Golden, R., Emery-Tiburcio, E., Post, S., Ewald, B. & Newman, M. (2019). Connecting Social, Clinical, and Home Care Services for Persons with Serious Illness in the Community. *The American Geriatrics Society*, 67, 412-418. <https://doi.org/10.1111/jgs.15900>
- Guihan, M., Hedrick, S., Miller, S. & Reder, S. (2011). Improving the Long-Term Care Referral Process:

- Insights From Patients and Caregivers. *Gerontology & Geriatrics Education*, 32, 135-151. <https://doi.org/10.1080/02701960.2011.572041>
- Hsieh, CM. & Kenagy, G. P. (2020). Exploring the association between quality of homecare services and older adults' well-being. *Home Health Care Services Quarterly*, 39(2), 65-79. <https://doi.org/10.1080/01621424.2020.1726849>
- Lette, M., Boorsma, M., Lemmens, L., Stoop, A., Nijpels, G., Baan, C. & Bruin, S. (2020). Unknown makes unloved - A case study on improving integrated health and social care in the Netherlands using a participatory approach. *Health Soc Care Community*, 28, 670-680. <https://doi.org/10.1111/hsc.12901>
- Levesque, J., Harris, M. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ministério da Saúde. (2019). *BI da Reforma: Profissionais CSP*. Retirado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYzgxYWZjNjk1ZDU4YS00MWNmLTgxNDItNTFiNTk1MTFmZTEzliwidCI6IjlyYzg0NjA4LWYwMWQ0NDZjNS04MDI0LTZyY2M5NjJlNWY1MSIsImMiOj9>.
- Moura, A. (2020). *Does long-term care provision reduce hospital bed-blocking? Evidence from a policy reform in Portugal*. Tilburg University, Department of Econometrics and Operations Research. Retirado de [http://conference.iza.org/conference\\_files/UniDuisburg\\_2020/moura\\_a29961.pdf](http://conference.iza.org/conference_files/UniDuisburg_2020/moura_a29961.pdf).
- OPSS. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018*. Retirado de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>.
- Schulz, M., Czwikla, J., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gand, D., Schmiemann, G., ... Rothgang, H. (2020). Differences in medical specialist utilization among older people in need of long-term care – results from German health claims data. *International Journal for Equity in Health*, 19(22), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1130-z>
- Suurmond, J., Rosenmoller, D., Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly - A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014>
- Teixeira, V., Macedo, A. M., Borges, C., Carrapa, S., China, S. & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Rev Port Med Geral Fam*, 32(6), 376-86. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11958>