



# **Planeamento em Saúde:**

## **Contributo da Investigação para a Criação de Valor**

### **INCAPACIDADES E DEFICIÊNCIA NA PESSOA IDOSA**

**Associação Amigos da Grande Idade:  
Inovação e Desenvolvimento**

**11 de Dezembro de 2009**



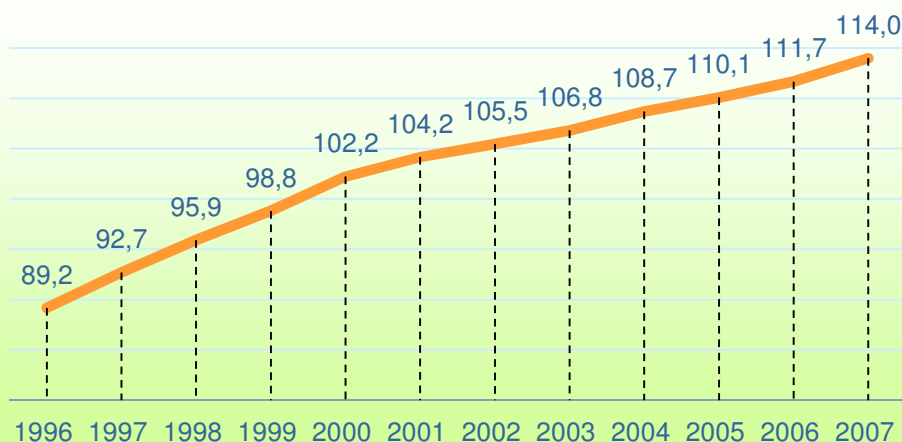
# O Envelhecimento da População

**Período 1991-2007**

**População  
Jovem  
(0-14 anos)  
diminuiu  
20% para 15,3%**

**Proporção  
de  
idosos  
(65 e + anos)  
aumentou de  
13,6% para 17,4%**

**Índice de Envelhecimento**

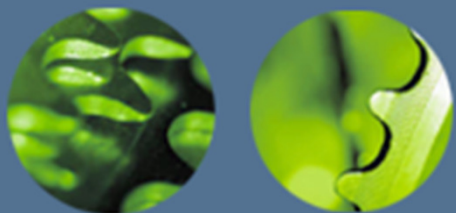


## **Índice de Sustentabilidade Potencial**

Relação (quociente) entre a população em idade activa (15-64 anos) e a população idosa (65 ou + anos). A média portuguesa era, em 2001, de **4,1**.

## **Índice de Renovação da População Activa**

Relação entre a população que potencialmente está a entrar (20-29 anos) e a que está a sair do mercado de trabalho (55-64 anos) Entre 2002 e 2007, baixou de 141 para 115



# O Envelhecimento da População

## Tendências Internacionais

**Percentagem da População com 65 e mais anos na População Total**

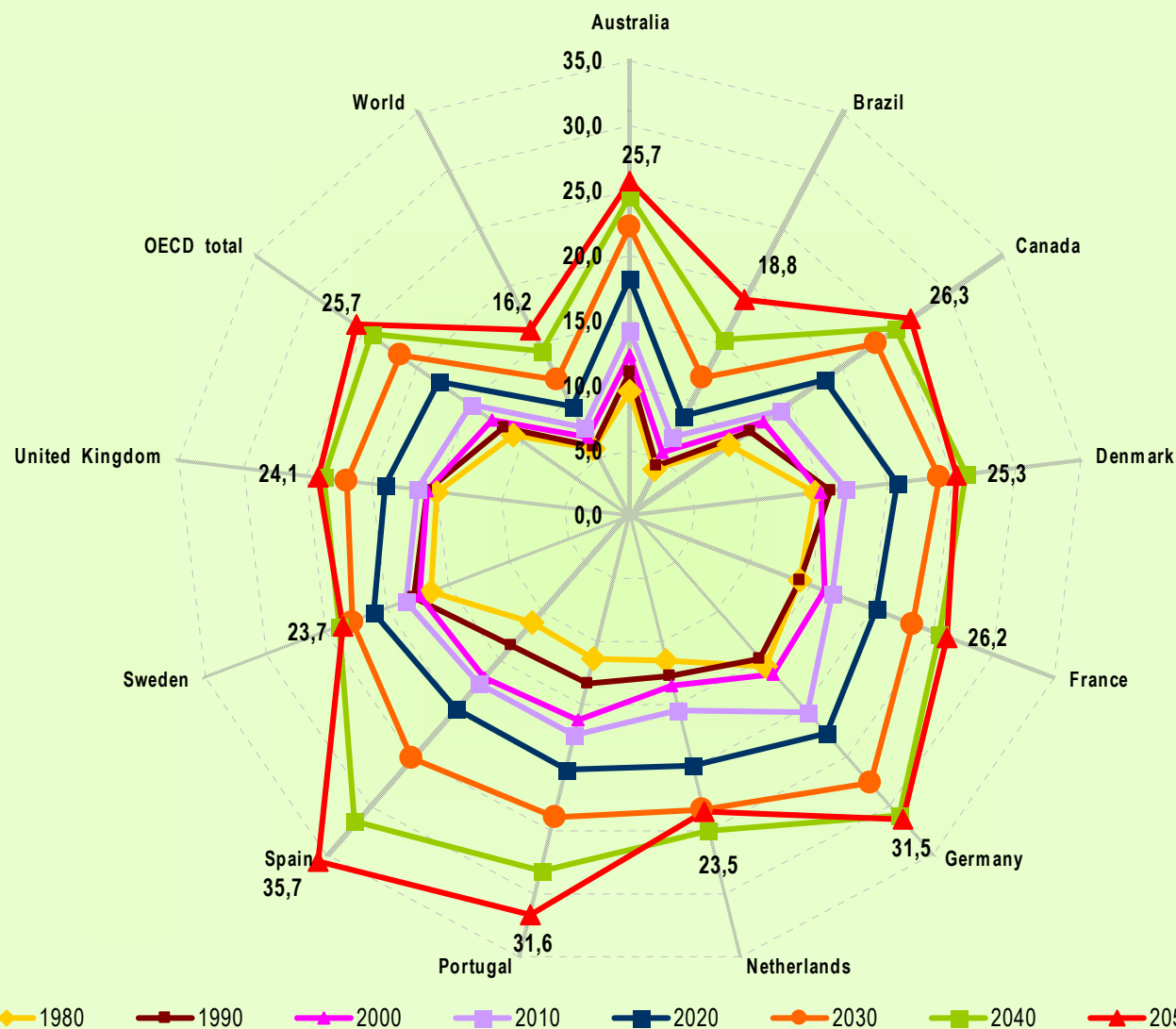
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Australia	8,1	8,5	8,3	9,6	11,1	12,4	14,3	18,3	22,2	24,5	25,7
Brazil	3	3,3	3,6	4	4,4	5,4	6,7	8,7	12,1	15,3	18,8
Canada	7,6	7,5	7,9	9,4	11,3	12,6	14,1	18,2	23,1	25	26,3
Denmark	9	10,6	12,3	14,4	15,6	14,8	16,7	20,7	23,9	26,1	25,3
France	11,4	11,6	12,9	13,9	14	16,1	16,7	20,3	23,4	25,6	26,2
Germany	9,7	11,5	13,7	15,6	14,9	16,4	20,4	22,7	27,8	31,1	31,5
Netherlands	7,7	9	10,2	11,5	12,8	13,6	15,5	19,8	23,4	25	23,5
Portugal	6,8	7,9	9,4	11,3	13,4	16,2	17,5	20,1	23,9	28,2	31,6
Spain	7,3	8,2	9,6	11,2	13,6	16,8	17,4	20	25,1	31,6	35,7
Sweden	10,2	11,8	13,7	16,3	17,8	17,3	18,4	21,1	22,8	24	23,7
United Kingdom	10,8	11,7	12,8	15	15,7	15,8	16,5	19	21,9	23,7	24,1
OECD total	7,7	8,5	9,6	10,9	11,7	13	14,8	18	21,5	24,2	25,7
World	5,2	5,3	5,4	5,9	6,1	6,9	7,7	9,4	11,7	14,3	16,2

Fonte:OECD, 2008 - Elderly population - Ageing societies



# O Envelhecimento da População

## Tendências Internacionais

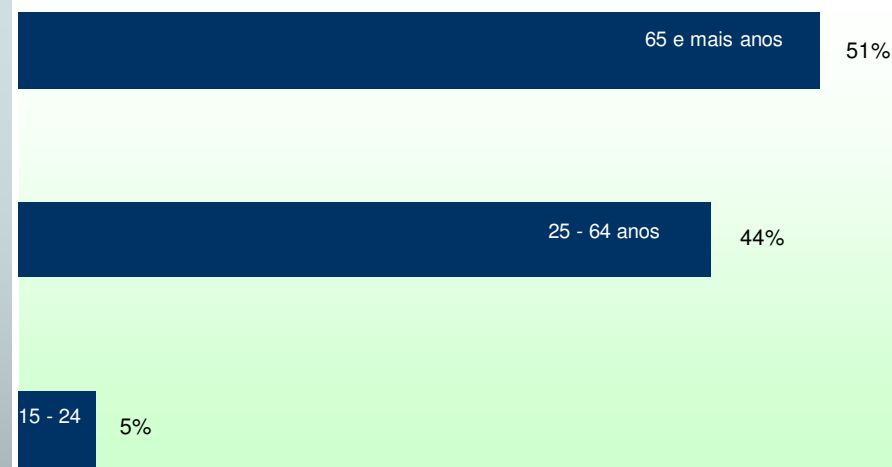
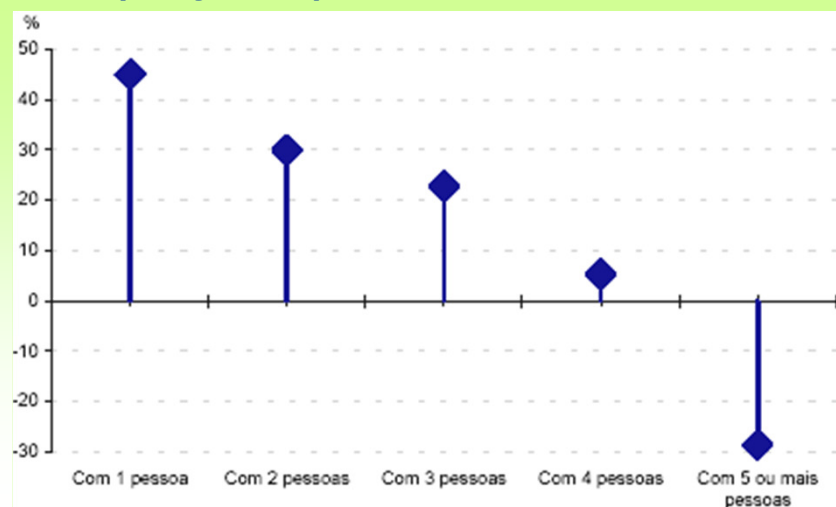




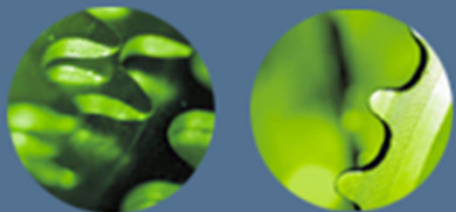
# Alteração da Estrutura Familiar

As famílias unipessoais registaram, em Portugal, a maior variação (44,9%) entre 1991 e 2001, passando de 14% para 19% do total de famílias;

**Taxa de Variação das Famílias Clássicas, segundo a composição no período 1991-2001. Fonte INE**



Em 2001, cerca de 51% do total de famílias unipessoais eram compostas por um idoso, o que representa mais de 320 000 idosos sem apoio familiar imediato (quase 20% do total de idosos), em situação de isolamento e de grande carência de redes de suporte formais.



## O Perfil Epidemiológico

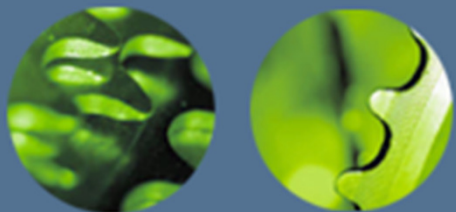
Paralelamente ao fenómeno do envelhecimento e da redução do apoio familiar, o aumento acentuado da prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau incapacitante, tem “pressionado” os governos a repensar as políticas de saúde e de apoio social e os respectivos modelos de intervenção.

**Doenças  
infecciosas,  
Doenças mentais,  
Traumatismos .....**

**Dimensão mais  
gravosa de  
problemas de  
saúde crónico-  
degenerativos**

**As doenças do aparelho  
circulatório e as doenças  
neoplásicas, encontram-  
se entre as principais  
causas de morbilidade,  
invalidez e mortalidade da  
população portuguesa**



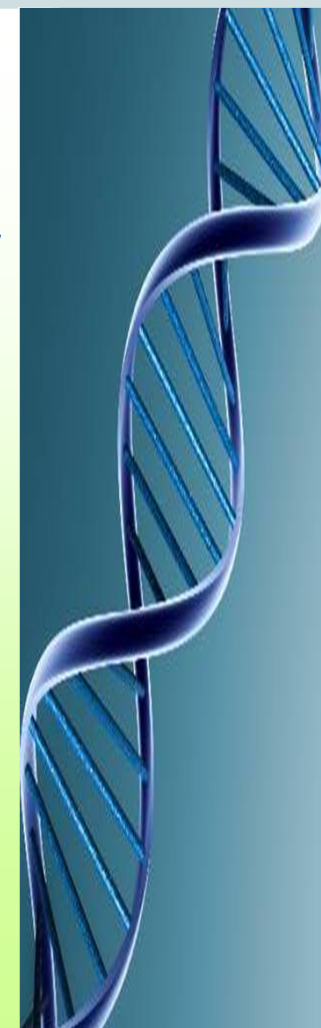


## O Perfil Epidemiológico Português

### Principais causas de morte em 2006

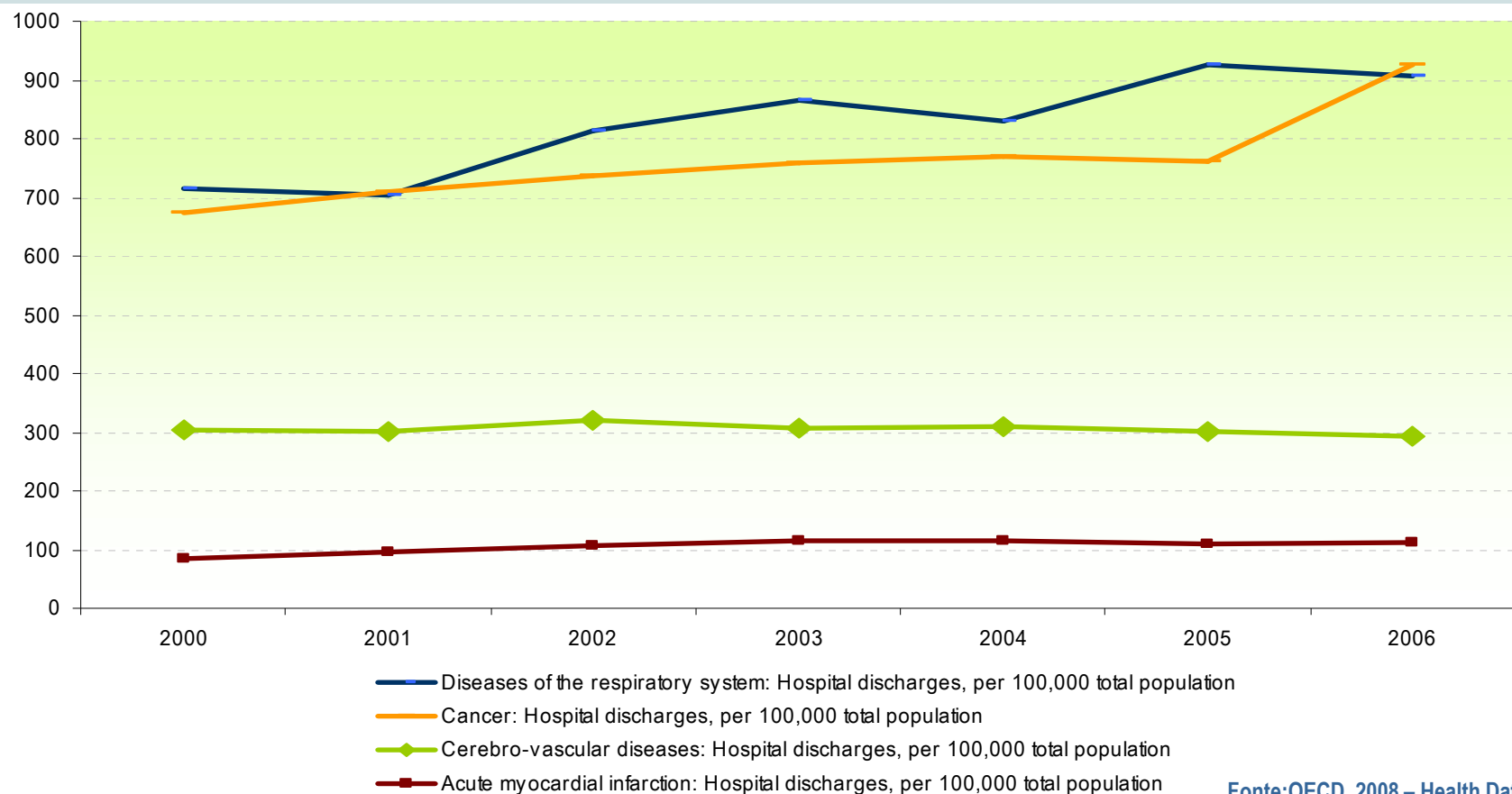
- Doenças do aparelho circulatório (**32,2%**), registando-se apesar de tudo uma redução entre 2000 e 2006;
- Doenças Oncológicas (**21,7%**) - Entre os 45 e os 74 anos a mortalidade sobe para a 1ª posição (taxa superior a **30%**);
- Doenças do aparelho respiratório (**11,2 %**), tendo aumentado 12% entre 2000 e 2006. A maioria dos óbitos ocorre em pessoas com idade acima dos 65 anos (**92%**);
- Doenças do aparelho digestivo (**4,2%**)

Fonte: INE, 2007 - “As Pessoas” e “Portugal em Números”





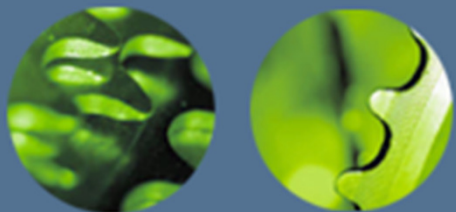
## O Perfil Epidemiológico Português



As doenças respiratórias foram responsáveis por 12,8% dos internamentos médicos em 2003 e 19,7% em 2008, o que constitui um forte indicador do seu peso crescente.

*In Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2009*





# Fragilidade e Dependência

- A **fragilidade** é identificada como vulnerabilidade do indivíduo face ao ambiente em que se insere, sendo frequentemente associada aos idosos, mas também em jovens que acumulam várias doenças ou limitações funcionais o que lhes reduzem a capacidade de adaptação a situações de risco e stress
- **Dependência** é a necessidade de ajuda para a realização de actividades elementares do quotidiano, o que pode ser permanente ou com evolução modificável através de intervenções adequadas
- Quando se refere "envelhecimento com dependência", a prevalência de **doenças crónicas** assume relevância particular - avaliação abrangente da funcionalidade, para se determinar, então, o apoio e tipo de cuidados necessários
- A OCDE estima que, em 2050, o índice de dependência nos países ditos "desenvolvidos" se situe entre 10,4 e 15,1% e que 5,3% a 7,7% da população dependente precise de cuidados diários.

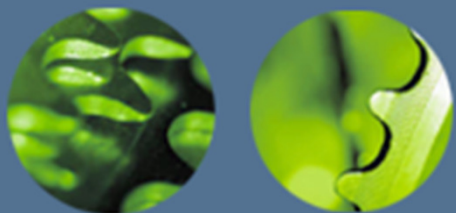




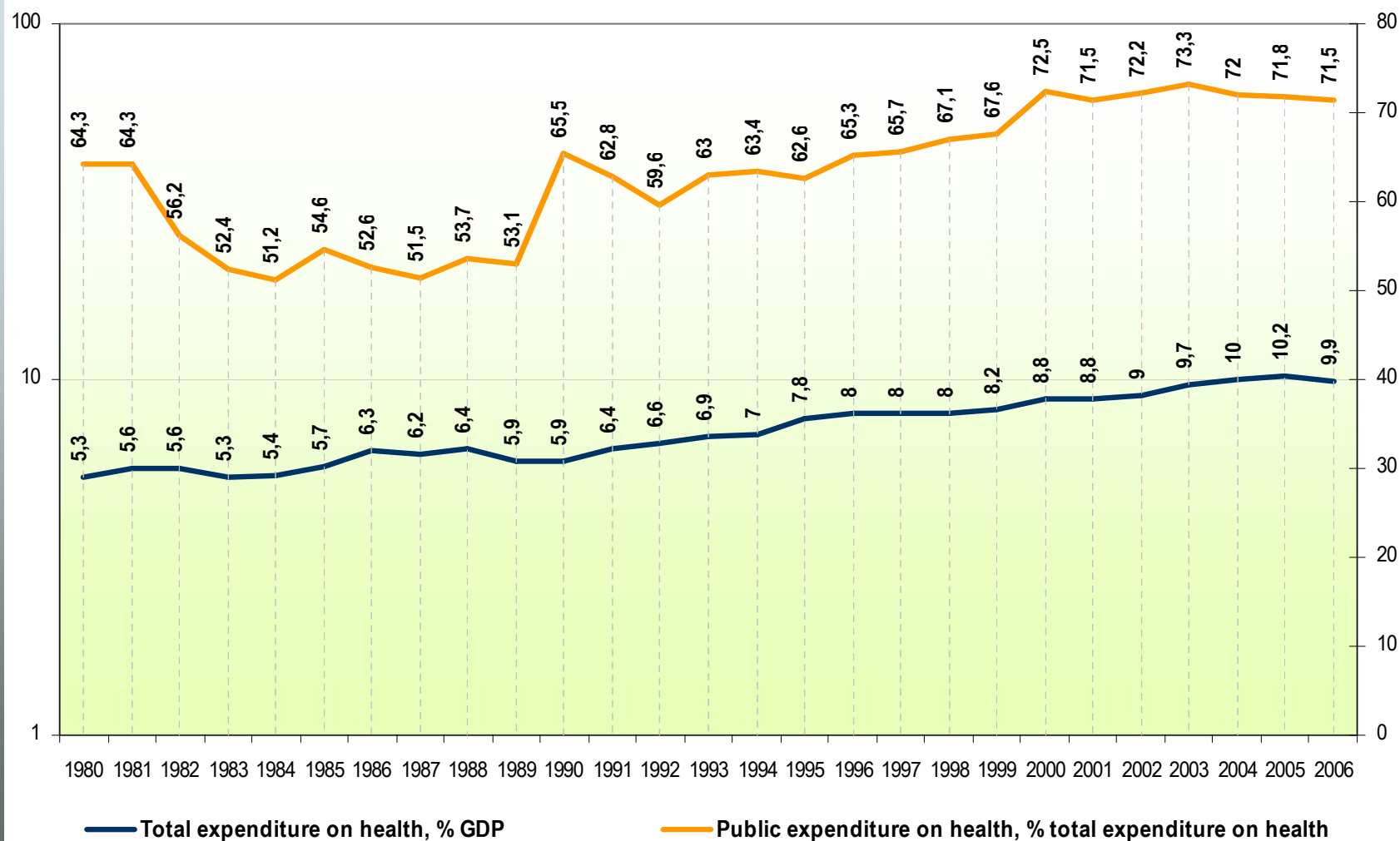
# Dependência e Incapacidade

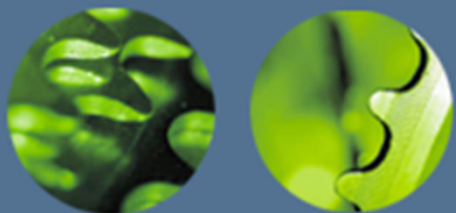
- A recomendação nº 98-9 do Comité de Ministros do Conselho da Europa, define **dependência** como “um estado em que, por razões relacionadas com a falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, as pessoas têm necessidade de assistência para realizar os actos correntes da vida;
- A recomendação nº 99-4 refere que são **incapazes** as pessoas que, devido a “alteração ou insuficiência das suas faculdades pessoais, não se encontram em condições de compreender, exprimir ou tomar, de forma autónoma, decisões relativas à sua pessoa e/ou bens, não podendo, por isso, proteger os seus interesses”;
- Assim, todas as pessoas em situação de incapacidade estão dependentes, mas nem todas as que estão em situação de dependência são incapazes;
- Em Portugal, estima-se que existam mais 60 mil cidadãos em situação de incapacidade, 80% dos quais não têm representante legal que assuma a gestão da sua vida e património.



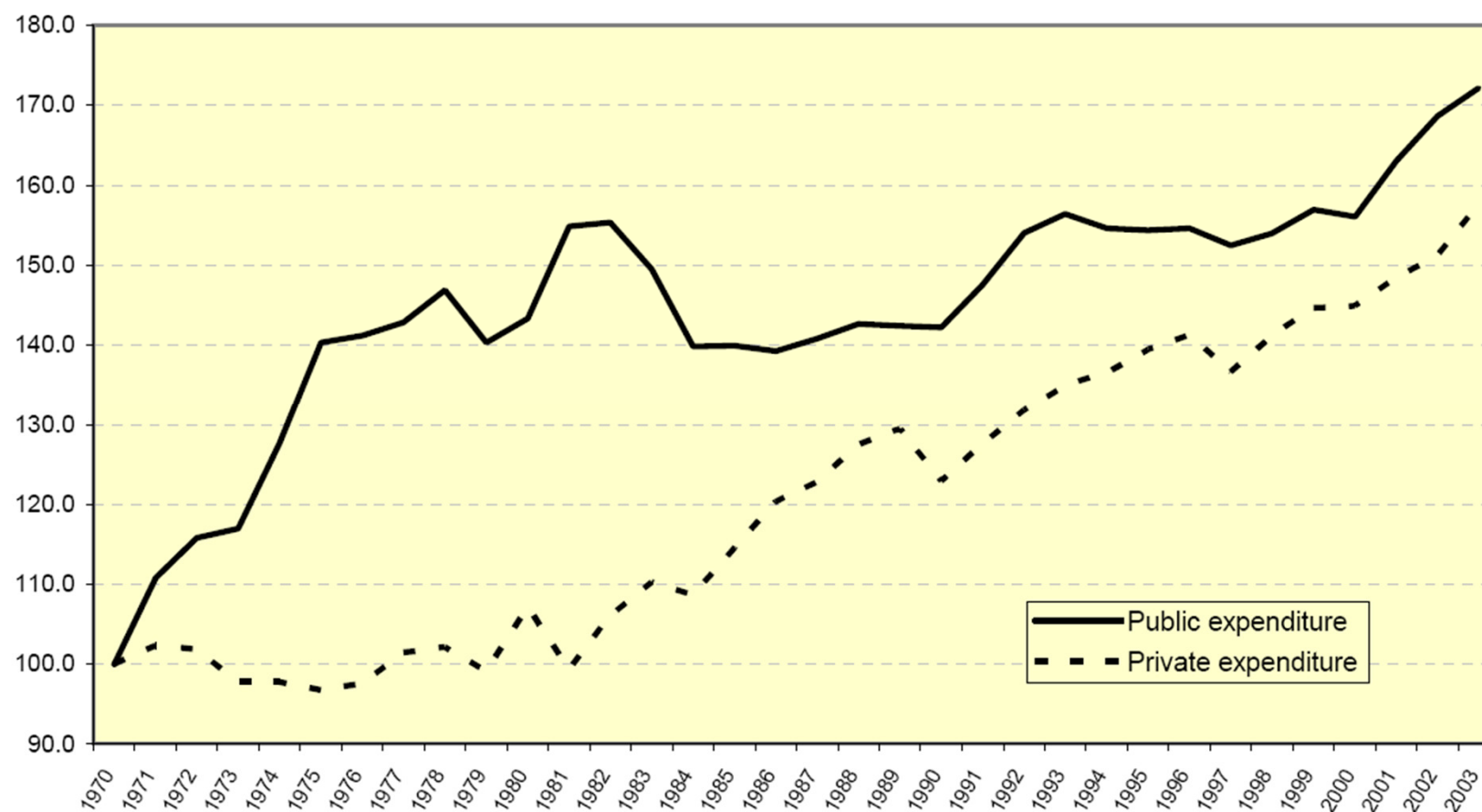


# Despesa com a Saúde em Portugal





## Evolução da Despesa em Saúde (Pública e Privada) nos Países da OCDE



Média não ponderada dos países da OCDE com informação disponível(%PIB) - Index 1970=100

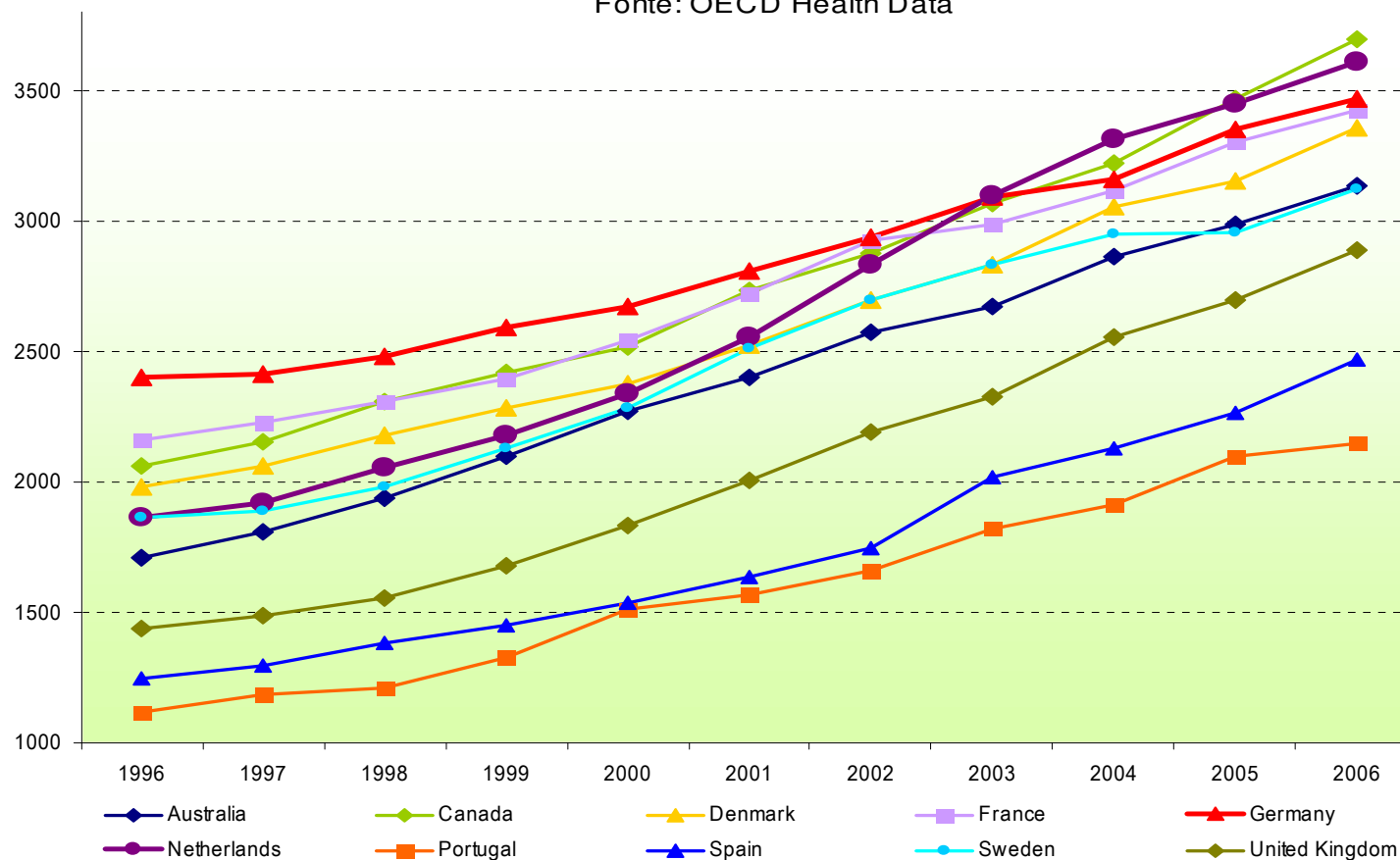
Fonte:OCDE, ECO/WKP(2006) 5



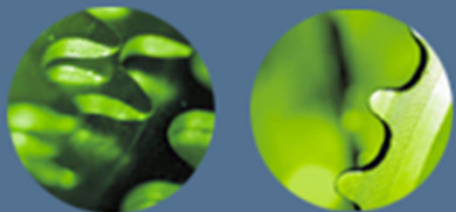
## Despesa Total em Saúde *per capita*

**Evolução da Despesa Total em Saúde *per capita* (US\$ PPP)**

Fonte: OECD Health Data



A evolução dos gastos com a saúde *per capita*, em paridade de poder de compra (PPP), apresenta, no caso português um desvio negativo, tendencialmente crescente, face à maioria dos países da EU e às médias da UE15 e OCDE



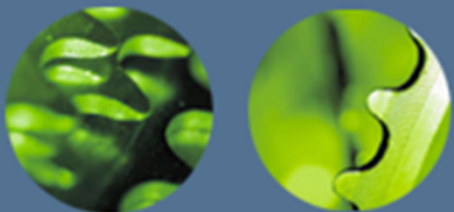
## Despesa em Saúde em Portugal

- Em Portugal, a **% do PIB** afecta à saúde era, em 1980, pouco mais que 5%, passando, em 2006, para cerca de 10%, o que fica claramente acima do valor médio da UE15 e da OCDE ( $\pm 9\%$ );
- No mesmo período, duplicou-se também o peso dos **gastos públicos** com a saúde, face ao PIB (3,6% em 1980 e 7,2% em 2004), mas a **despesa privada** (2% do PIB em 1980 e 2,8% em 2004) manteve-se sempre acima dos valores apresentados pela EU15 e OCDE, representando, em 2004, cerca de 22,5% da despesa total em saúde.
- Os ritmos de crescimento da despesa em saúde registados na última década configuram uma situação de insustentabilidade financeira que, face às necessidades crescentes de cuidados, remete para novos modelos de captação de fundos, de organização e gestão da prestação e de afectação de recursos.

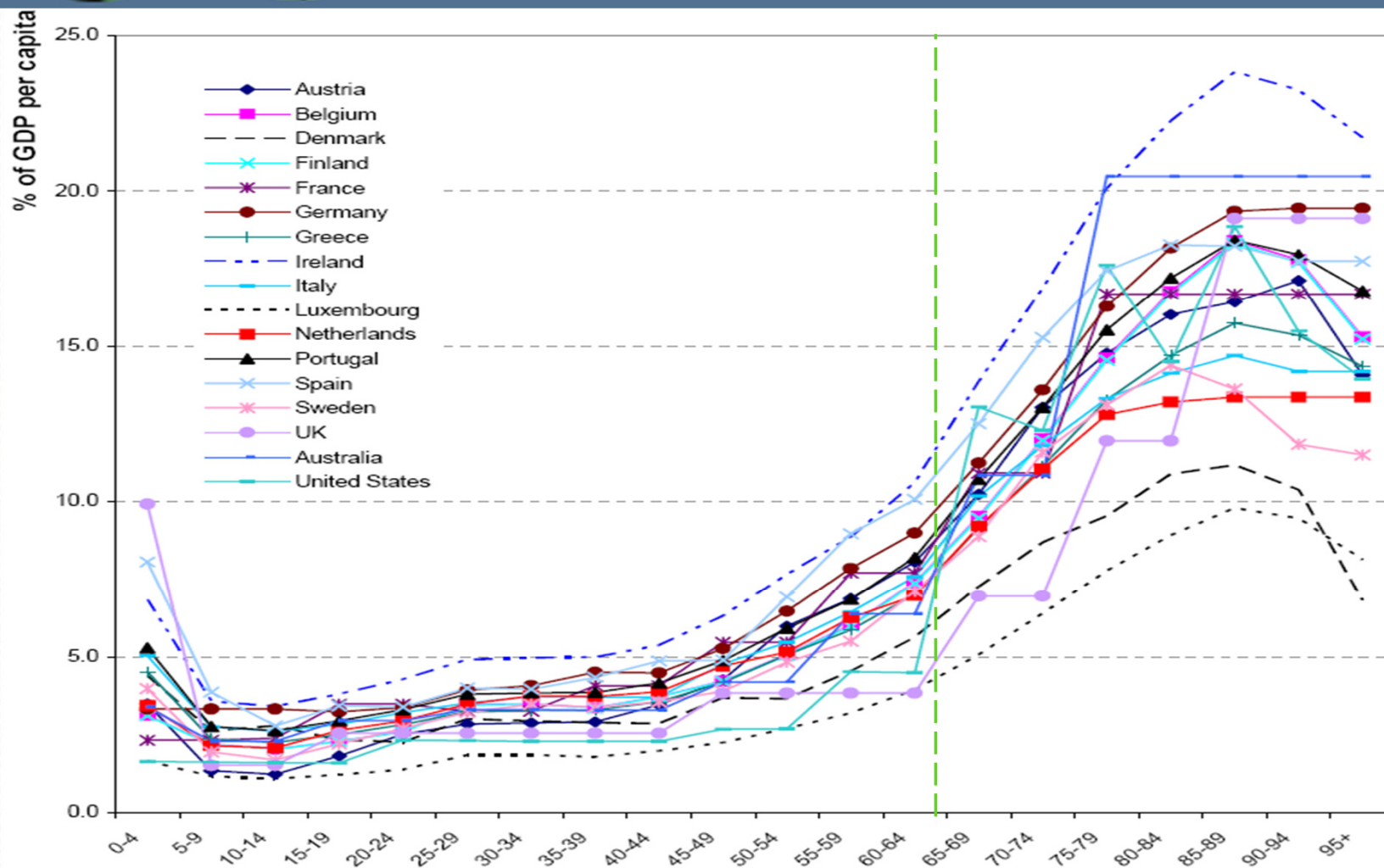
*Fonte:* Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007) e OCDE







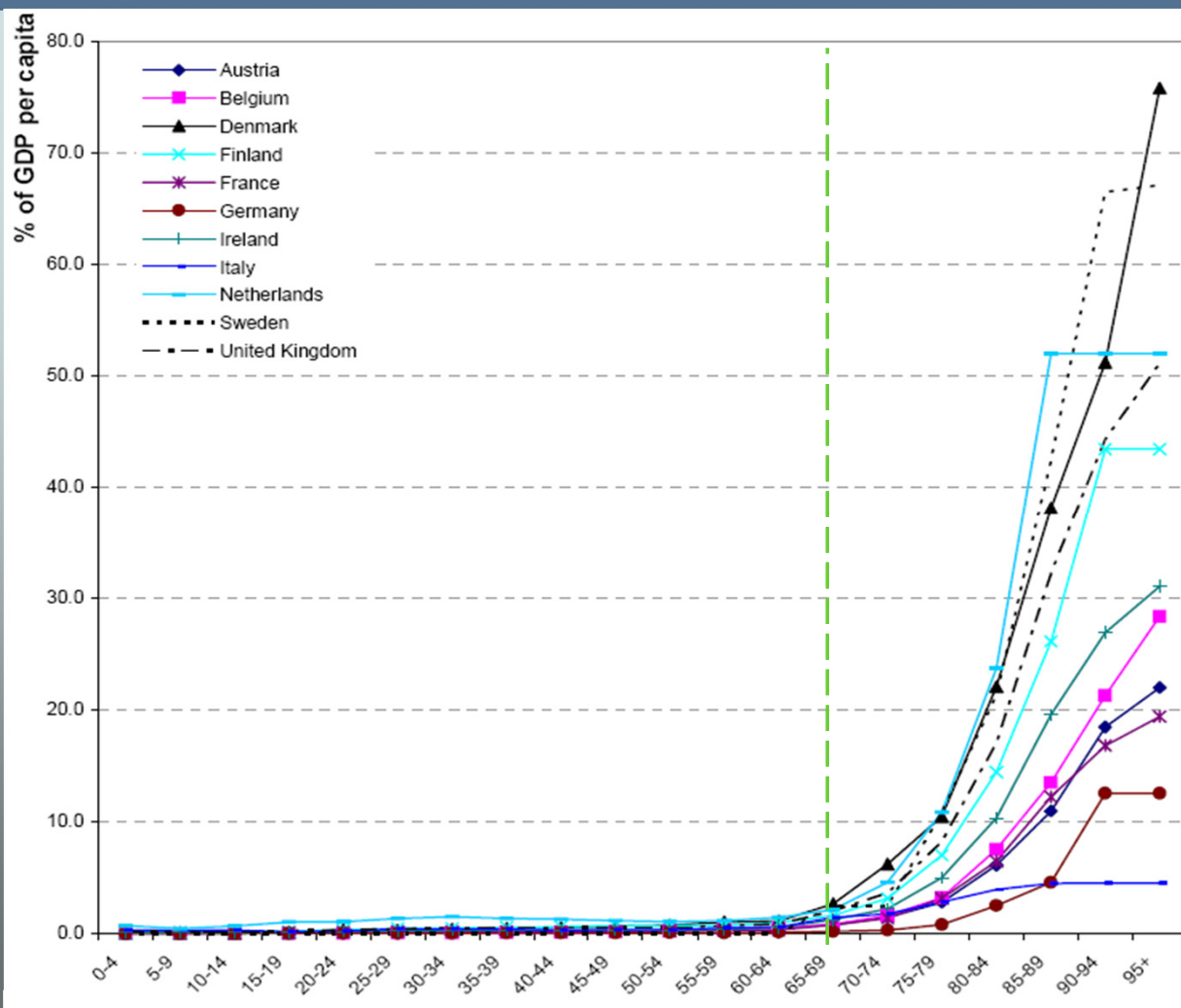
# Despesa Pública de Saúde por Grupos Etários (OCDE)



Fonte: OCDE, ECO/WKP(2006) 5



# Despesa Pública em Cuidados LD por grupo Etário (OCDE)

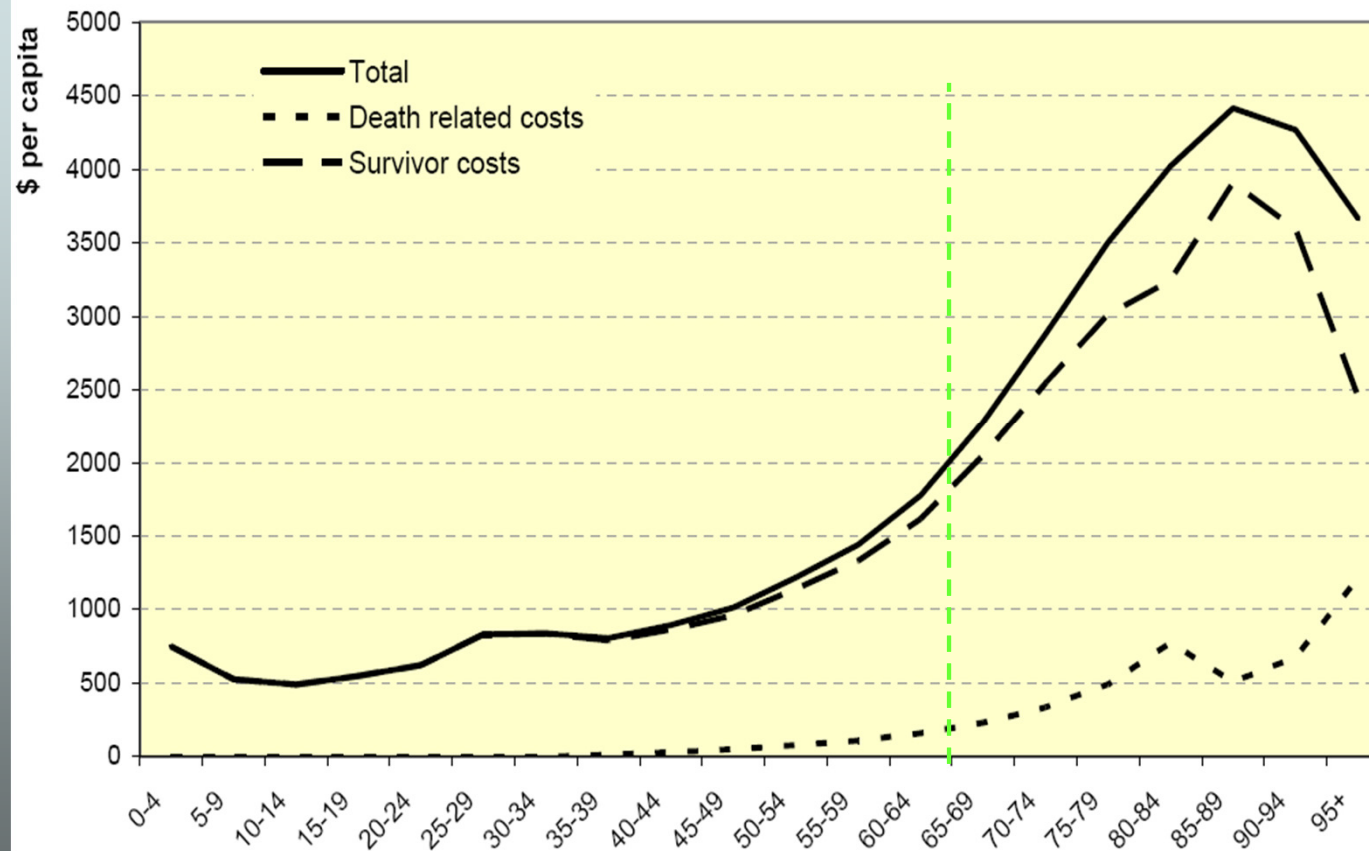


Fonte: OCDE, ECO/WKP(2006) 5

Os denominados Cuidados de Longa Duração (LTC), abrangem cuidados institucionais, serviços na comunidade (*care homes*, redes de apoio formal e informal) e apoio domiciliário, variando o tipo de serviços incluídos em cada uma das várias componentes, bem como o modo de combinação dos mesmos.



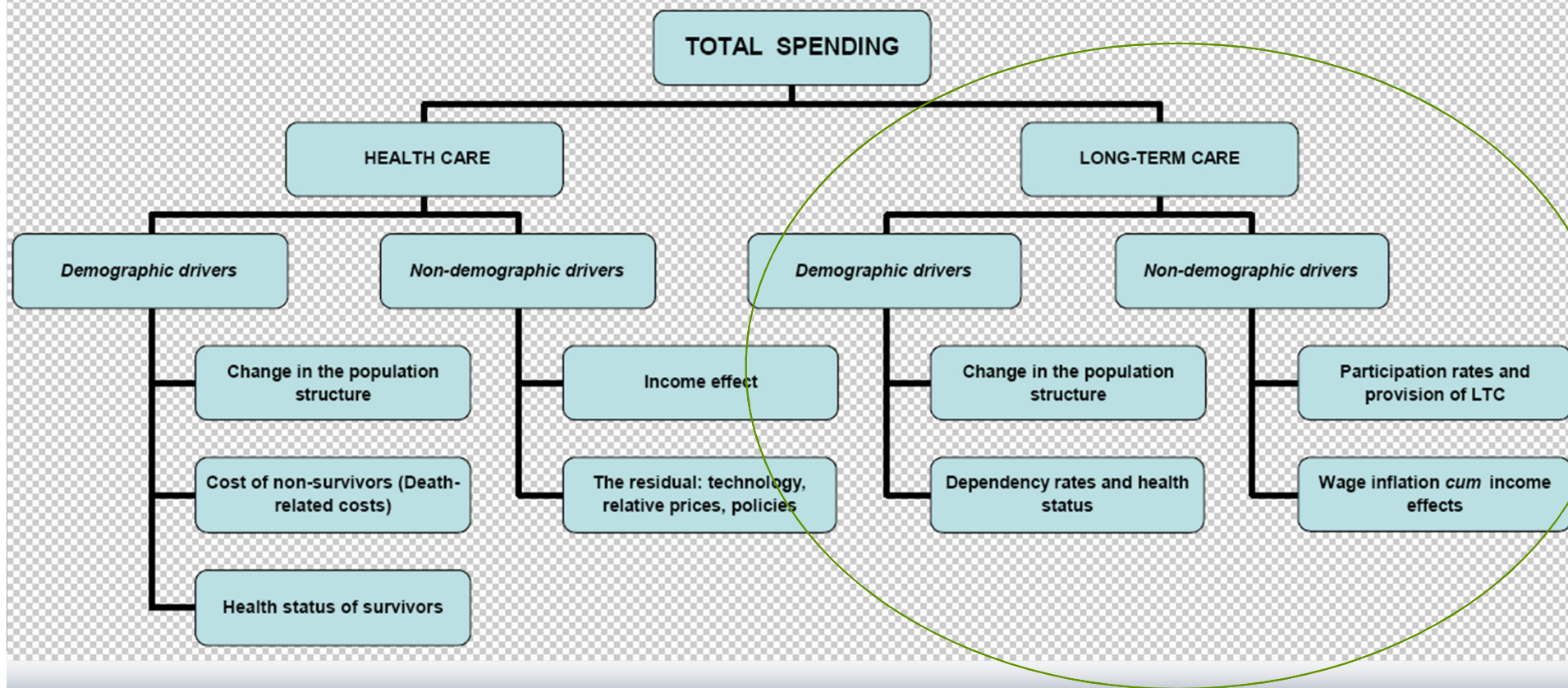
## Distribuição dos Custos com Saúde (Finlandia - *per capita* em cada grupo etário)



Custos relacionados com saúde no fim da vida: uma das teses defende que o aparente aumento nos gastos da saúde com a idade reflecte o facto de a morte ser mais frequente em idades mais elevadas e não apenas o facto de que as pessoas idosas são mais frágeis. Seguindo esta linha de pensamento, a redução da mortalidade seria o único impacto futuro do índice de envelhecimento.

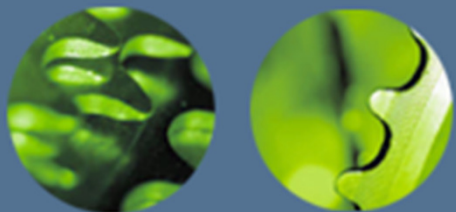


# Determinantes da Despesa (Saúde e Cuidados de LD)



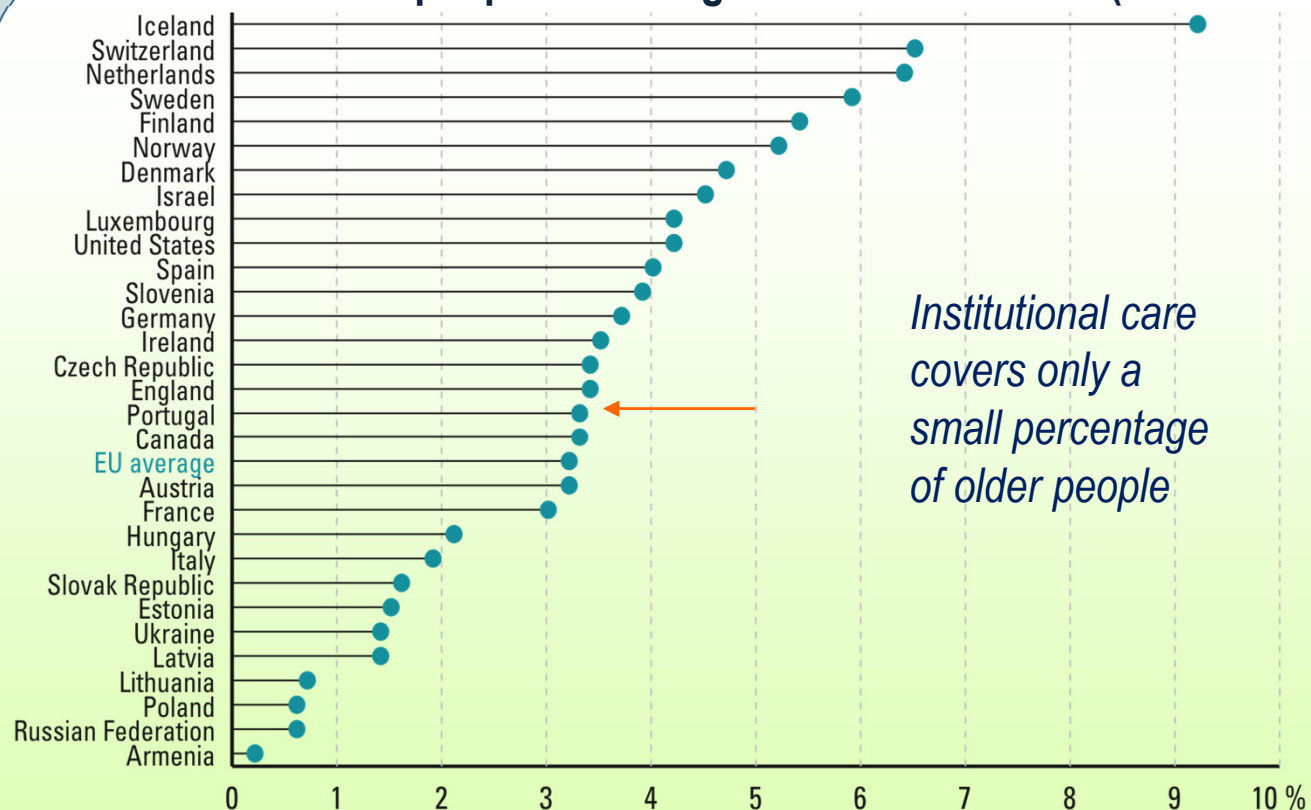
Fonte: OCDE, ECO/WKP(2006) 5





# Cuidados Institucionais

Share of older people receiving care in institutions (most recent date)

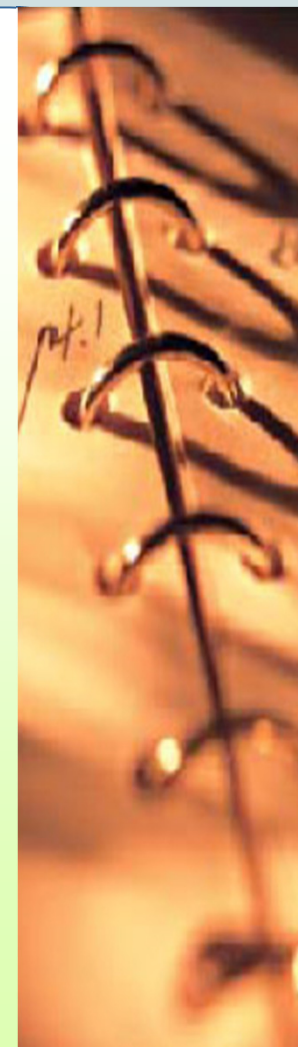


*Institutional care covers only a small percentage of older people*

Share of 65+ receiving long-term care services in institutions

Source: Huber et al. (2009 forthcoming) Own calculations based on OECD, NOSOSCO, WHO, Eurostat and national sources.

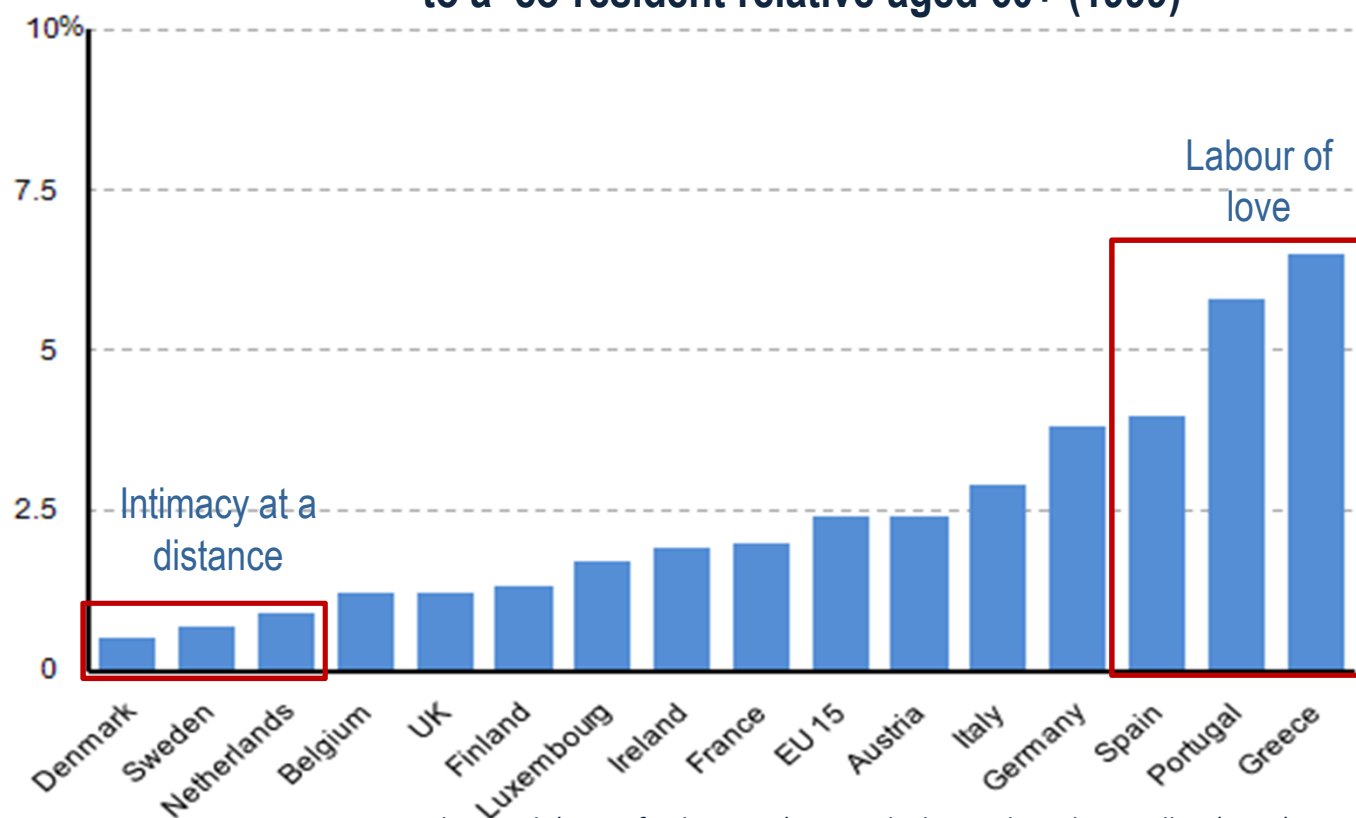
**Fonte:** Marin, B. in Conference "Healthy and Dignified Ageing", Sweden September 2009





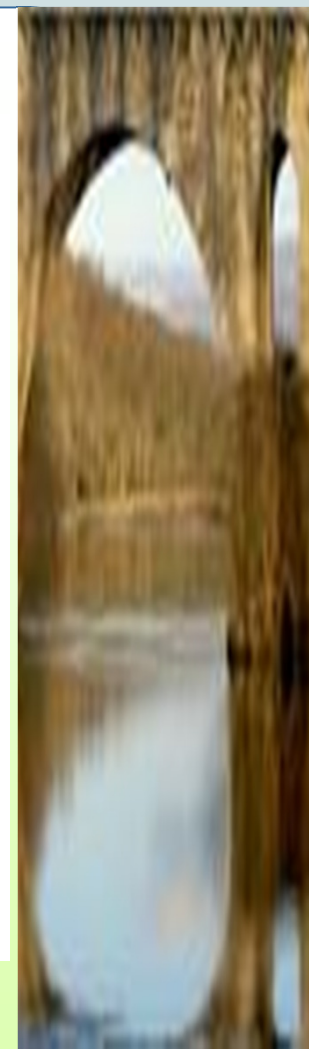
# Cuidados Informais

Percentage of the population aged 15+ providing informal care to a co-resident relative aged 60+ (1999)

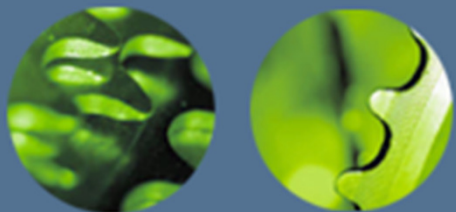


Source: Huber et al. (2009, forthcoming) Own calculations based on Walker (1999)

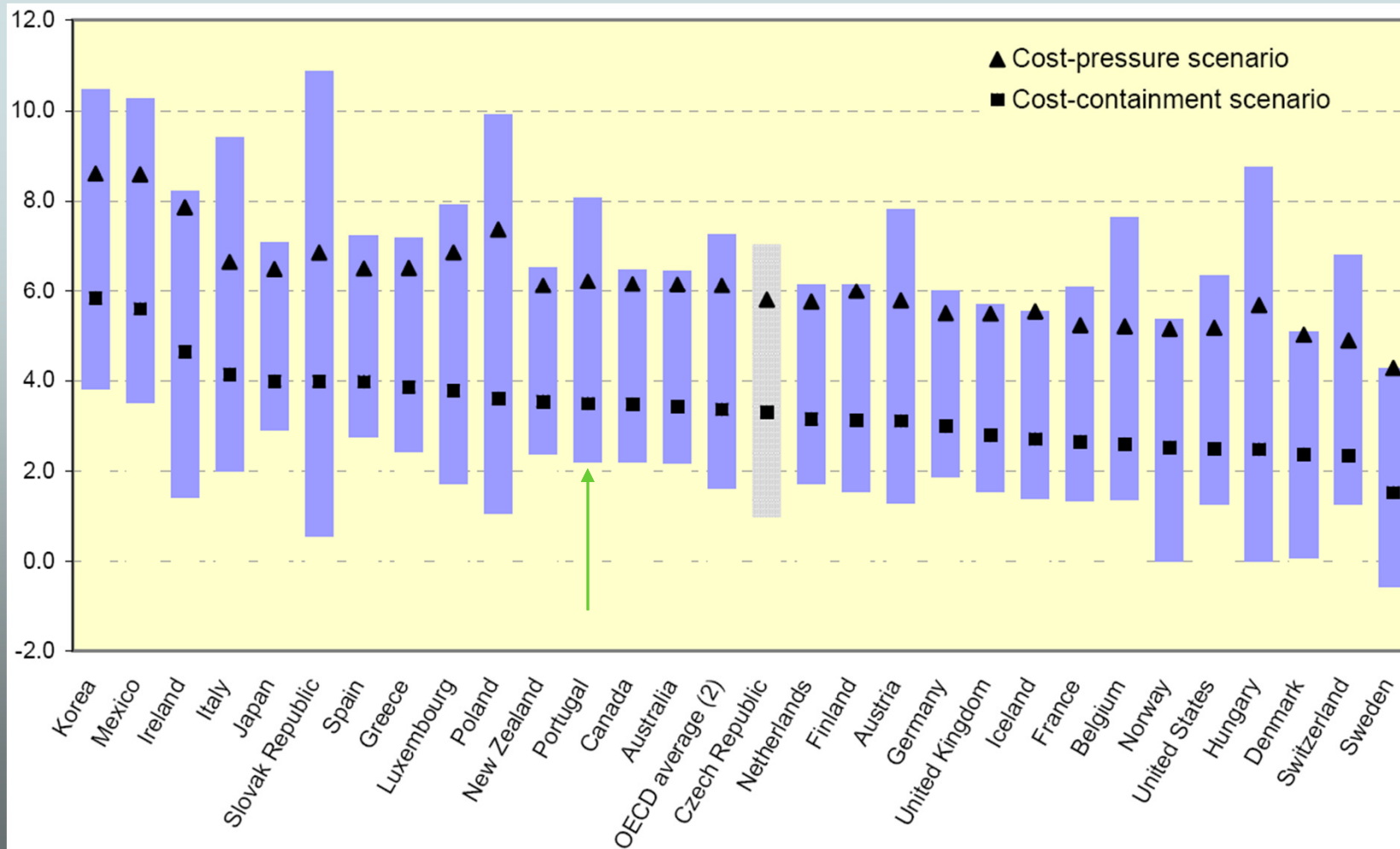
Fonte: Marin, B. in Conference "Healthy and Dignified Ageing", Sweden September 2009







# Crescimento Total da Despesa (Saúde e Cuidados de LD)



Países ordenados com base no aumento estimado dos gastos para **2005-2050** (% PIB) , no cenário de contenção de custos.

Fonte: OCDE, ECO/WKP(2006) 5



# A Realidade e os Desafios

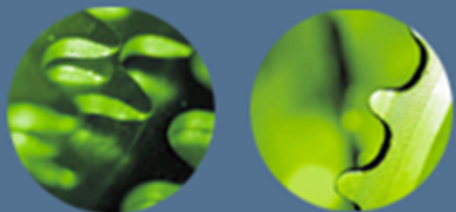
## Índice de Dependência dos Idosos (%)

Fonte INE



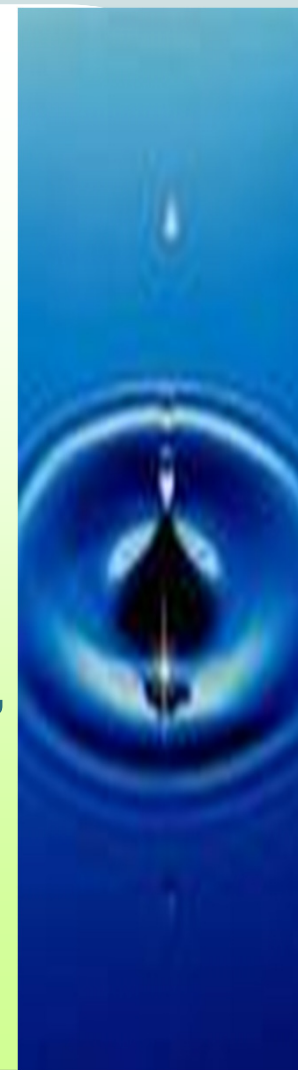
De acordo com a OCDE, Portugal encontra-se em 6º lugar (antecedido pela Coreia, Eslováquia, Polónia, Itália e Japão) no que concerne ao aumento do índice de dependência dos idosos.

O envelhecimento da população, o isolamento dos idosos, o crescimento de formas de organização familiar atípicas e a alteração do perfil das patologias, criaram, no seu conjunto, uma enorme pressão no sentido da reformulação dos sistemas de saúde e de apoio social, no sentido da sua sustentabilidade e da criação efectiva de valor (*value for money*), o que requer “**inovação**”



# Inovação???

- Introdução no mercado de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado nas suas características intrínsecas;
- Pode ser baseada em novos desenvolvimentos tecnológicos, em recombinações das tecnologias ou recursos existentes, na introdução de novos processos e/ou na melhoria significativa dos mesmos, o que pode passar pela incorporação de aspectos imateriais ou mecanismos facilitadores da utilização por parte daqueles para quem foi concebido o produto/serviço.
- O resultado da inovação deve traduzir-se num **impacto** significativo, qualitativo e/ou quantitativo, na produção, na qualidade dos produtos (bens/serviços), nos custos de produção ou distribuição;
- Preferencialmente, a experiência deve ser replicável noutras organizações e regiões, por forma a potenciar os ganhos obtidos.





# Emergência da Inovação

A inovação concretiza a utilização de um novo conhecimento adquirido pela organização, o que tem subjacente a ideia de **desenvolvimento, partilha e transferência de conhecimento**:

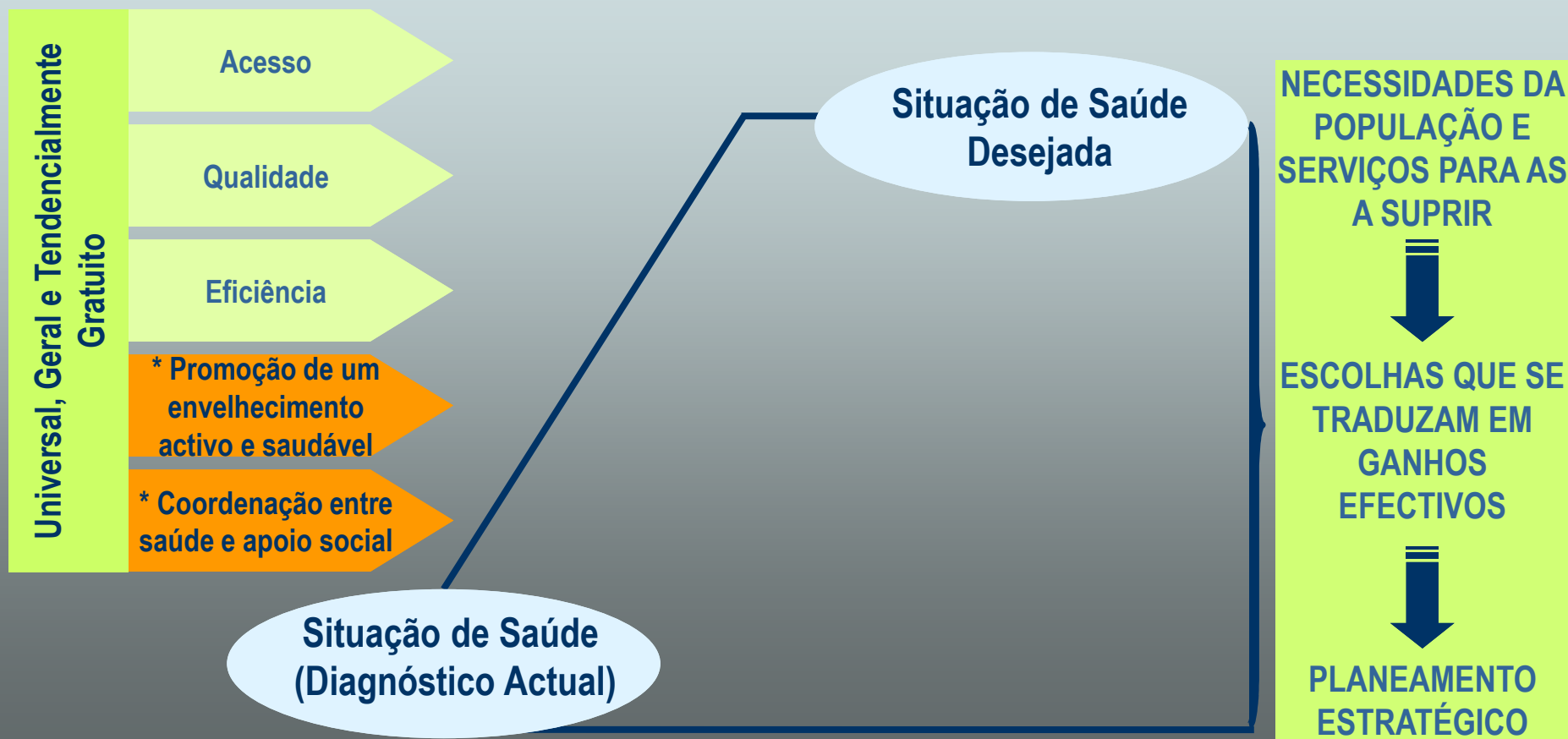
- Articulação com instituições científicas, tecnológicas e de ensino para, com base na investigação, desenvolver e melhorar os produtos/serviços;
- Associações de organizações que actuem no mesmo ramo de actividade, com o objectivo de potenciar a emergência e consolidação de redes de competências específicas (*benchmarking*);
- Parcerias entre grupos de organizações que, numa perspectiva de complementaridade, promovam respostas inovadoras às necessidades das populações que servem.



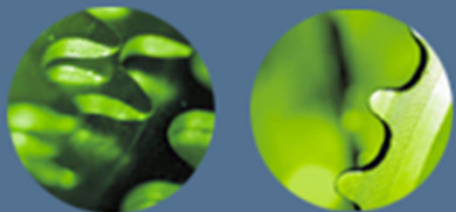


# Inovar no Cuidar

INOVAR ► MUDAR ► RECOMBINAR ► REORIENTAR ► MELHORAR ► INTEGRAR  
► CONTINUUM DE CUIDADOS ► IMPACTO POSITIVO NA SAÚDE E BEM-ESTAR DAS POPULAÇÕES



\* Propostas da Conference “Healthy and Dignified Ageing”, Sweden September 2009

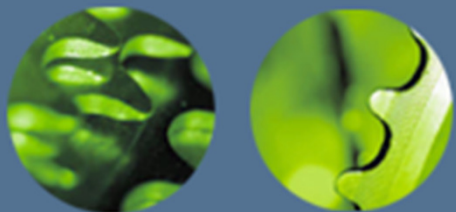


# A Evolução Pretendida



- Promover estilos de vida saudáveis que potenciem a manutenção da funcionalidade e previnam a dependência e incapacidade
- Reabilitar e integrar
- Assegurar qualidade de vida
- Apoio e suporte aos cuidadores

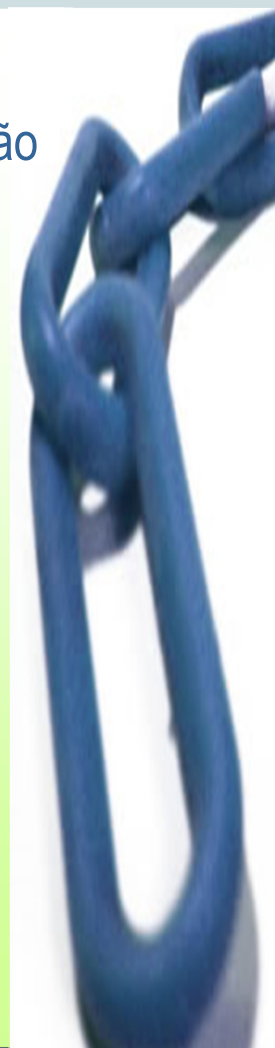




## Obter Ganhos em Saúde e Qualidade de Vida

- Colmatar as lacunas, significa perceber o sistema, identificar as causas sistémicas do desempenho actual e desenvolver projectos de transformação estruturados, baseados na evidência, que permitam impulsionar o sistema para o nível desejado;
- Para este processo ser consequente, tal implica agregar conhecimento de várias áreas de conhecimento: epidemiologia, economia, demografia, estatística, ciências sociais e da comunicação, ciências políticas, planeamento e administração de saúde,...
- É preciso investigar, colher evidência que suporte as escolhas efectuadas, planear, desenvolver instrumentos de suporte, monitorizar, avaliar, introduzir medidas reguladoras, orientadoras e/ou correctivas, que recuperem a centralidade do utente/cliente/cidadão;

*As sucessivas tentativas de mudança ao longo de quatro décadas, apresentaram uma base conceptual deficitária, em parte resultante da pouca profundidade dos estudos e do debate que lhe deu origem (Relatório de Primavera, 2008).*





# Ciclo Virtuoso do Planeamento

**Diagnóstico da Situação**



**Definição de Prioridades**



**Fixação de Objectivos**



**Seleção de Estratégias**



**Programas e Projectos**

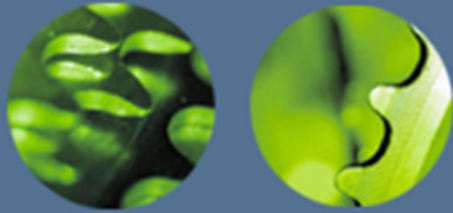


**Execução**



**Avaliação**

**INVESTIGAÇÃO ► CONHECIMENTO ► DECISÃO ► INTERVENÇÃO**



# Porquê Planear?

- Os recursos são escassos e as necessidades infinitas (custo de oportunidade);
- Identificar as causas dos problemas e intervir sobre elas e não apenas nas suas consequências (promoção da saúde e prevenção da doença – actuar sobre os determinantes de saúde);
- Definir prioridades estratégicas (atitude prospectiva);
- Evitar intervenções isoladas – cadeia de valor (maximizar sinergias no seio de um sistema de elevada complexidade e entre sectores);
- Escolher as soluções mais custo-efectivas (entre múltiplas alternativas possíveis – *value for money*)

***Planeamento é o processo através do qual se projecta um futuro melhor, mudando o que é necessário para o atingir (Duran, 1989)***





## Os Contributos da Investigação para um Melhor Desempenho do Sistema

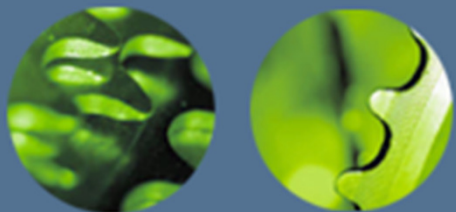
*Sem investir no ensaio e na investigação dos novos instrumentos de gestão, as assimetrias de capacidade de intervenção já existentes nos espaços europeu e ibérico agravar-se-ão (Relatório de Primavera, 2002).*

*Dar prioridade à investigação avaliativa, à comunicação em saúde, a áreas que impliquem abordagens particularmente difíceis (promoção da saúde em excluídos socialmente, violência, **dependências**), para além do próprio modelo de implementação de estratégia (Relatório de Primavera, 2005).*

*O Governo Britânico assumiu o compromisso de aumentar a contribuição da investigação na saúde e nos cuidados sociais, tal como o reforço das relações e parcerias entre os serviços e a ciência. A investigação é considerada essencial para se alcançar o sucesso na promoção e protecção da saúde e do bem-estar, e para a modernização e eficiência dos serviços sociais e de saúde..... Uma boa política de investigação, é, como tal, essencial para assegurar que a população possa ter confiança e beneficiar de uma investigação de qualidade em saúde (Relatório de Primavera, 2005).*







## Legitimação Técnica das Escolhas

- As concepções teóricas ou avaliações de experiências anteriores (nacionais, europeias, mundiais) permitem fundamentar as vantagens de escolha de um modelo relativamente a outras alternativas;
- Com base nesta primeira base de conhecimento, é então possível avançar para um segundo nível de legitimação técnica que consiste no estudo prospectivo dos impactos sociais e económicos das medidas adoptadas e das metas em termos de acesso, qualidade, eficiência, que se pretende atingir no curto, médio e longo prazo e ainda da natureza, validade e precisão dos mecanismos de monitorização, avaliação e publicitação desenhados;

A grande complexidade e rápida sucessão de acontecimentos que caracterizam o mundo de hoje exigem atitude e práticas prospectivas.

Fonte: Sakellarides, C., *in* O Sistema de Saúde e a sua Evolução: Da Protecção Social à Governação da Saúde

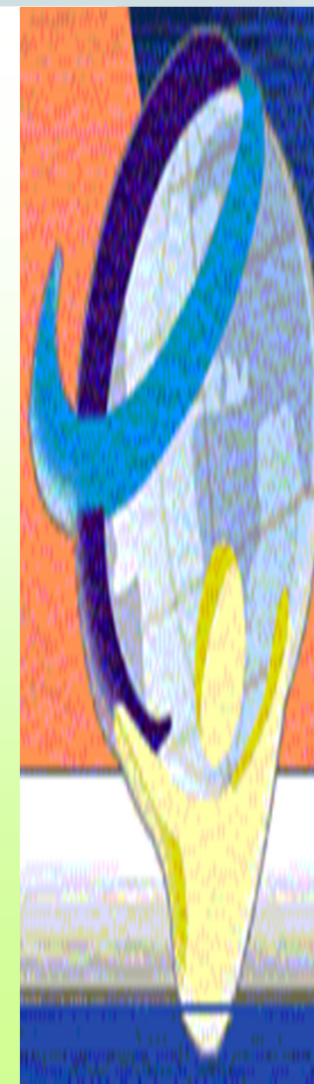




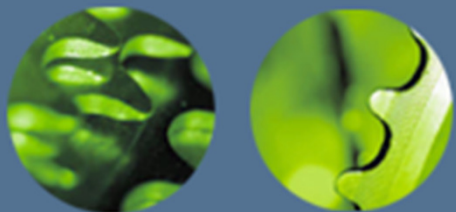
## A RNCCI: Modelo Inovador

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 06 de Junho, surge neste contexto, constituindo-se como um **modelo inovador**, que concretiza um novo conceito de serviço, por via da:

- Convergência de esforços entre a Saúde e Segurança Social, no sentido da implementação de um modelo de intervenção multisectorial (integração da RNCCI no SNS e SS)
- Parceria entre os sectores público, privado e social numa perspectiva de complementaridade
- Adopção de processos e instrumentos comuns a nível nacional, sem prejuízo da delegação de responsabilidades regionais no que concerne ao planeamento, contratualização e monitorização
- Focalização nos resultados, de modo a acrescentar valor ao serviço prestado ao cidadão







## RNCCI: Estratégia

- Recombinação de serviços e recursos existentes com outros entretanto criados, formando uma estrutura organizacional integrada no sistema existente;
- Introdução de novos processos e circuitos e/ou reformulação dos pré-existentes no sentido de assegurar fluidez e capilaridade entre as estruturas e níveis envolvidos;
- Incorporação de aspectos imateriais que valorizam as características intrínsecas dos cuidados prestados;
- Concepção de mecanismos que visam facilitar a utilização dos serviços por parte daqueles para quem ele foi concebido
- Definição das responsabilidades dos diversos actores da rede e de que forma se materializa a sua intervenção



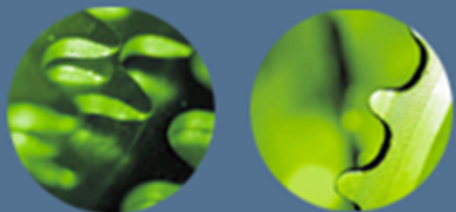


## A RNCCI: Objectivos

- Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- Manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;



Hugo Félix



# Estrutura e Organização

Unidade de Missão – Coordenação Nacional

5 Equipes de Coordenação Regional

71 Equipes de Coordenação Local

## Unidades de Internamento:

- Convalescença ( $\leq 30$  dias)
- Média Duração e Reabilitação ( $> 30$  e  $\leq 90$  dias)
- Longa Duração e Manutenção ( $> 90$  dias)
- Cuidados Paliativos

## Unidades de Ambulatório

- Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia

## Equipas Hospitalares:

- De Gestão de Altas
- Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

## Equipas Domiciliárias:

- De Cuidados Continuados Integrados
- Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos



Mas há ainda muito a fazer...na Rede e fora dela! No entanto, se o que for sendo feito, não for estrategicamente planeado, tendo em conta a evidência existente e como pressupostos primordiais a continuidade de cuidados e a centralidade da pessoa, podemos perder, mais uma vez oportunidades de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos portugueses!



A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para **envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado**. A não se fazerem **reformas radicais**, teremos em mãos uma **bomba relógio** a explodir em qualquer altura”

Kofi Anam, 2002

