

Relatório Final da Fase I de DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL

Setembro 2005

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	4
1. METODOLOGIA	6
1.1 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	7
1.2 ANÁLISE DOCUMENTAL	10
1.3 TRABALHO DE CAMPO	11
1.4. CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA ANUAL E DOS PROMOTORES	12
1.5. VISÃO COMPARTILHADA	12
1.6 ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO.....	13
2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	14
2.1 SITUAÇÃO E EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA	15
2.1.1 O envelhecimento da população.....	18
2.1.2. Evolução da população nos próximos anos.....	21
2.2 CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO GERAL	23
2.2.1 Gasto Sanitário	24
2.3 SITUAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA.....	26
2.3.1 O colectivo de idosos.....	29
2.3.2 O colectivo com incapacidades permanentes	32
2.3.3 O colectivo de pessoas com deficiências.....	34
2.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E PERCEPÇÃO DA SAÚDE	35
2.4.1 Mortalidade, evolução e causas.....	35
2.4.2 Necessidades sentidas.....	37
2.4.3 Contribuições do Plano de Saúde	39
2.4.4 Dados sobre a prevalência das doenças crónicas	44
2.5 DESCRIÇÃO DOS RECURSOS	47
2.5.1 Respostas dos Centros de Saúde com Cuidados Continuados	50
2.5.2 Respostas de Apoio Domiciliário (ADI e PAII).....	68
2.5.3 Respostas de Internamento	74
2.5.4 Recursos Humanos	92
2.5.5 Recursos Económicos.....	95
2.5.6. Respostas da Segurança Social.....	101
2.6. ACTIVIDADE E PRODUÇÃO	121
2.6.1. Actividade e produção das respostas de Saúde	121
2.6.2. Actividade e produção das respostas de Segurança Social	127
2.7. ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	133
2.7.1. Serviços de urgências	134
2.7.2. Internamento hospitalar: evolução das altas.....	140
2.7.3 Evolução do número de altas com demora média superior a 7 dias.....	142
2.7.4 Evolução do número de altas com demora média superior a 20 dias.....	148
2.7.5. Evolução do número de altas com demora média superior a 30 dias.....	153
2.7.6 Evolução do número de reinternamentos	159
2.7.7. Altas no grupo de patologias marcadoras.....	166
2.7.8. Utilização dos serviços da Segurança Social.....	176

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.8 CARACTERÍSTICAS ACTUAIS DO SISTEMA DE SAÚDE RELACIONADAS COM OS CUIDADOS CONTINUADOS	183
2.8.1 Antecedentes e marco normativo	183
2.8.2 Situação actual.....	185
2.8.3 Modelos de gestão na provisão dos serviços.....	195
2.8.4 Os instrumentos de relação e cooperação.....	198
2.8.5 O sistema de financiamento e pagamento dos serviços.....	203
2.8.6 O modelo de prestação farmacêutica.....	208
2.8.7. O modelo de prestação de ajudas técnicas	211
3. CONCLUSÕES.....	216
3.1 NECESSIDADES CRESCENTES.....	218
3.2 CAPACIDADE INSTALADA E RESPOSTAS ACTUAIS	226
3.3 VISÃO COMPARTILHADA	260
3.4 CONCLUSÕES FINAIS	264
4. PROPOSTAS.....	271
4.1 BASES PARA A DEFINIÇÃO DO NOVO MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS	271
4.2 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO NOVO MODELO....	281
4.2.1 Elementos chave	281
4.2.2 Propostas de estratégias chave.....	285
4.2.3 Propostas de linhas de avance	292

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

APRESENTAÇÃO

O documento que apresentamos constitui o Produto de **Relatório Final da Fase I** do *Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência*.

Constitui o **produto final** do trabalho realizado **como FASE I de DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL**. A finalidade desta fase é obter a concretização e consenso de um **diagnóstico rápido da situação** que possibilite incluir as contribuições obtidas a partir da recolha de dados demográficos, sociais, económicos, entre outros, que se apresentem relevantes para identificar o **nível de necessidades não satisfeitas a partir do cruzamento entre capacidades instaladas e respostas existentes**. Pretendeu-se ainda conhecer as expectativas dos agentes-chave e a identificação das bases e pontos fortes a serem preservados ou potenciados no novo modelo através do desenvolvimento de técnicas para a recompilação de informações qualitativas.

O processo de trabalho da Fase I ordenou-se **em 5 etapas**:

- ➔ **Análise documental**
- ➔ **Trabalho de campo**
- ➔ **Caracterização da oferta anual e dos promotores**
- ➔ **Visão compartilhada**
- ➔ **Elaboração do Diagnóstico**

Uma vez finalizada esta fase do diagnóstico, estamos já ao dispôr de elementos para a planificação global e territorial de um modelo de atenção para as pessoas idosas e com dependência no âmbito de cuidados de saúde bem como de elementos para a articulação e posterior desenvolvimento de uma rede de Serviços Comunitários de Proximidade. É por esta razão que apresentamos no último capítulo as propostas gerais relacionadas com a estruturação do novo modelo.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O documento que apresentamos compõem-se de 4 grandes capítulos:

- ➡ **Metodologia comparada**
- ➡ **Descrição e análise dos dados obtidos**
- ➡ **Conclusões mais relevantes**
- ➡ **Propostas para o desenvolvimento do novo modelo**

Em anexo apresentamos as tabelas que complementam a análise realizada e os dados base que foram utilizados nos diferentes temas e capítulos.

O alcance deste diagnóstico vem definido pelas informações e pelos dados disponíveis dentro do prazo previsto da realização da Fase I (dois meses e meio), para assim sustentar a viabilidade da realização do trabalho.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

1. METODOLOGIA

Nesta secção descrevemos os eixos fundamentais do nosso enfoque com relação às estratégias metodológicas, técnicas, procedimentos e instrumentos utilizados no desenvolvimento do processo de Diagnóstico no âmbito da Consultoria para o *Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidades em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência*.

O diagnóstico deve possibilitar o conhecimento da situação actual relativamente à oferta de cuidados continuados e serviços comunitários de proximidade em Portugal. A finalidade é conhecer e caracterizar o modelo actual de apoio sanitário e social existente em Portugal para as pessoas em situação de dependência, analisar a oferta a nível de cuidados continuados no sector público, privado e social; a capacidade instalada; identificar os promotores chave (operadores) e as respostas existentes na actualidade.

Com o diagnóstico, pretendeu-se ainda conhecer as expectativas dos agentes-chave e a identificação das bases e pontos fortes a serem preservados ou potenciados no novo modelo; a introdução de premissas e elementos básicos para a definição do modelo de Serviço Comunitário de Proximidade (perfis dos utilizadores, de serviços e de necessidades) e, finalmente como já foi dito, preparar bases para a introdução das experiências piloto que apoiem e favoreçam o desenvolvimento do modelo de Serviços Comunitários de Proximidade.

Para a concretização de tais objectivos, procedeu-se à combinação de instrumentos de carácter quantitativo e qualitativo.

O alcance deste diagnóstico vem definido pelas informações e pelos dados disponíveis dentro do prazo previsto da realização da Fase I (dois meses e meio), para assim sustentar a viabilidade da realização do trabalho.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

1.1 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Ao longo do processo de diagnóstico, a opção por uma ou outra metodologia, técnica ou instrumento, baseou-se na resposta a uma série de premissas fundamentais:

- **Validez:** rigor no enfoque metodológico aplicado e utilização de técnicas e instrumentos conhecidos, experimentados e validados.
- **Pertinência:** selecção dos instrumentos e procedimentos metodológicos mais adequados a um processo que trata de analisar a situação actual dos serviços existentes, detectar as suas áreas deficitárias e áreas a fortalecer e identificar os elementos favorecedores ao desenvolvimento do modelo a implementar.
- **Benefício maior que o esforço e o custo:** Entre as diversas opções existentes devemos seleccionar aquelas que, com um mínimo de esforço e custo, nos possibilitem obter os dados necessários. Trata-se de evitar a sofisticação metodológica e aplicar as técnicas e procedimentos mais adequados que nos forneçam os dados necessários à consecução do projecto.
- **Valor sinérgico:** um processo de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede de cuidados continuados integrados e desenvolvimento de serviços comunitários de proximidades não pode ser realizado mediante um enfoque metodológico unidimensional, ou mediante a aplicação de uma única técnica ou instrumento metodológico. Neste caso, é necessária uma aproximação que combine as técnicas quantitativas e qualitativas e a observação directa dos recursos existentes.
- **Experiência na utilização:** A todas as considerações anteriores, é evidente que favorecerá o rigor e os resultados da análise o facto de que o time de profissionais que deve acompanhar o processo de melhoria do desempenho domine as metodologias aplicadas no projecto.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Assim, o enfoque metodológico aplicado é marcado por uma série de considerações e de estratégias gerais:

- **Conhecimento do contexto:** conhecimento profundo das circunstâncias específicas, das características, estratégias e objectivos da Comissão à qual prestamos assessoria.
- **Adaptação das propostas às circunstâncias locais:** elaboração de propostas realistas e aplicáveis. Isto inclui o desenvolvimento de instrumentos “ad hoc” de diagnóstico para poder analisar e identificar situações complexas que se efectivem na realidade e nos meios do desenvolvimento dos projectos.
- **Transferência de capacitação e tecnologia:** um valor agregado fundamental é a capacidade de transferência de conhecimentos e de instrumentos para a melhoria do desempenho.
- **Trabalho continuado dos consultores com a equipa do contratante:** A estratégia escolhida para obter estes objectivos é a colaboração que a nossa empresa terá com o contratante, e a critério do mesmo, com a integração de profissionais propostos pelas autoridades e responsáveis, a partir de critérios de maximização da transferência efectiva e eficiente de know-how e tecnologia.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Por tudo o que foi exposto anteriormente, priorizou-se, ao longo do desenvolvimento do nosso trabalho:

- A **presença no local de trabalho do cliente**, que se materializa numa maior intensidade de trabalho no mesmo.
- O trabalho continuado com a **equipa técnica** definida pelo contratante. Neste sentido, entendemos que um elemento essencial para o êxito do projecto e garantia da sua sustentabilidade a longo prazo se baseia no trabalho conjunto com uma equipa técnica definida com o contratante que, mediante essa constante interacção, possibilite:
 - Identificar necessidades.
 - Desenhar soluções.
 - Avaliar estratégias.
 - Multiplicar e disseminar a todos os níveis da organização as melhorias operacionais e as mudanças de cultura organizacional e de gestão resultantes do projecto.
- A aplicação de **técnicas qualitativas e quantitativas (sujeitas à disponibilidade da informação) amplamente aceites** que possibilitem identificar necessidades de melhoria, auxiliem no desenho de soluções e promovam a sua implementação.
- A aplicação de qualquer outra técnica ou instrumento que possa contribuir com **elementos de valor agregado** ao projecto e que sejam compatíveis com o período de desenvolvimento do mesmo (instrumentos metodológicos “ad hoc”).

Assim, o enfoque geral da fase de diagnóstico teve como base a participação activa dos actores implicados no mesmo; a existência de consenso nas respostas obtidas; a visão territorial das necessidades; a obtenção da visão e da lógica existente na rede actual de serviços; a identificação dos critérios de qualidade para os provedores e a utilização, sempre que necessária, de referências de exemplos nacionais e internacionais.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O trabalho de diagnóstico ordenou-se **em 5 etapas** :

- ➡ **Análise documental**
- ➡ **Trabalho de campo**
- ➡ **Caracterização da oferta anual e dos promotores**
- ➡ **Visão compartilhada**
- ➡ **Elaboração do Diagnóstico**

O conjunto de estratégias, instrumentos e técnicas metodológicas para cada etapa descrevem-se em seguida.

1.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Nesta etapa procedeu-se à identificação da documentação, fontes de informação básicas e dados disponíveis; à recompilação desta documentação e das informações técnicas e administrativas e, finalmente, à revisão e análise da documentação.

A partir dos dados que se puderam recolher dentro do prazo previsto para a realização da Fase I, procedeu-se à caracterização quantitativa dos eixos considerados fundamentais para proceder ao diagnóstico do tema em questão. Desta forma, recolheu-se e analisou-se a seguinte informação:

- **demografia e projecções populacionais,**
- **características socio-demográficas da população;**
- **análise do atendimento efectuado nos serviços de saúde para as patologias traçadoras (doenças cerebrovasculares, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, fracturas, tumores malignos e Sida/HIV), para o total de pessoas e com enfoque especial para as pessoas com idade igual ou maior a 65 anos;**
- **análise da mortalidade hospitalar existente,**
- **análise dos indicadores de produtividade**
- **análise da distribuição dos recursos no território e, finalmente,**
- **análise da prevalência das patologias traçadoras.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

No Anexo 1.2. apresentamos a relação de documentos e dados fornecidos pelas diferentes unidades colaboradoras do Ministério e a lista de documentos e dados pesquisados e suas respectivas fontes.

A etapa iniciou-se a princípios de julho e foi encerrada a 15 de agosto.

1.3 TRABALHO DE CAMPO

Procedeu-se à caracterização específica das experiências inovadoras. Estas experiências foram seleccionadas segundo critérios previamente definidos de inclusão e de distribuição territorial, entre eles:

- tempo mínimo de desenvolvimento;
- desenvolvimento claro de alguma/s linha/s de serviço específicas no âmbito de Cuidados Continuados;
- estrutura organizativa específica (equipa, protocolo, etc.) e, finalmente,
- existência de mecanismos de coordenação e articulação específicos.

Para proceder à caracterização destas experiências inovadoras, realizaram-se visitas às instituições seleccionadas, reuniões de trabalho e entrevistas com agentes-chave.

As visitas efectuadas durante o mês de julho foram as seguintes:

- Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas e Parcerias (Lisboa);
- Unidade de Oncologia do Hospital de St^a Maria de Lisboa;
- Unidade de Apoio Integrado da Cáritas Diocesana de Coimbra;
- ADI de Loulé e Unidade de Internamento do Centro de Saúde de Loulé;
- Unidade de Apoio Integrado de SCM de Mirandela (Bragança);
- Equipa de cuidados integrados do Centro de Saúde de Mértola (Alentejo).

Os conteúdos destas visitas foram estruturados em fichas de visita, os quais são apresentados como Anexo 1.3..

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA ANUAL E DOS PROMOTORES

Esta etapa iniciou-se na primeira semana de Agosto e no total teve a duração de quatro semanas. O seu desenvolvimento contemplou o tratamento dos dados, nomeadamente: ordenação dos dados e documentação, integração e exploração dos dados e informações obtidas, elaboração de tabelas e bases de dados e elaboração dos resultados.

1.5. VISÃO COMPARTILHADA

Realizou-se a 1 de agosto do presente ano uma sessão de trabalho com o Grupo de Peritos com objectivo de obter informações qualitativas, designadamente a exploração da opinião do grupo de especialistas sobre a situação actual dos serviços continuados em Portugal para obter uma visão compartilhada da situação e possíveis perspectivas de futuro.

Entre os objectivos específicos incluiu-se a identificação dos aspectos mais relevantes que caracterizam as experiências actuais e dos aspectos básicos a preservar no modelo a desenvolver bem como a identificação das principais necessidades sentidas pelo grupo de participantes para o desenvolvimento de um modelo de serviços continuados em rede.

Ao longo do seu desenvolvimento, procedeu-se à identificação dos aspectos favorecedores ou constrangedores do desenvolvimento dos cuidados continuados a partir da análise geral do SNS, do nível de atenção hospitalar, da atenção básica de saúde e dos serviços continuados actuais. Pretendeu-se simultaneamente abranger o conjunto do sistema e focar cada nível em particular para que, com a particularização, fosse possível identificar os aspectos específicos de cada um dos níveis de atenção contemplados.

Procurou-se ainda obter uma relação de propostas de intervenção a nível estratégico e operativo. Foram identificados aspectos básicos a ser preservados e/ou impulsionados no novo modelo e as prioridades sentidas pelos participantes para desenvolvimento de um novo modelo em rede de cuidados continuados.

No Anexo 1.5. apresentamos o resumo das aporções obtidas na sessão.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

1.6 ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Nesta última etapa, procedeu-se à integração dos dados e resultados obtidos ao longo de todo o processo de diagnóstico com a finalidade de elaborar um documento-proposta de diagnóstico de situação e necessidades não satisfeitas na oferta anual de serviços.

Após recolhidos os dados procedentes da análise documental, do trabalho de campo efectuado e da realização da sessão qualitativa, procedeu-se à caracterização do desenvolvimento do modelo a partir da análise da normativa de saúde e social relativa a cuidados continuados; à identificação de diferentes modelos de gestão e à identificação de estandares. A caracterização do grau de definição e desenvolvimento foi baseada na documentação recompilada e na visão compartilhada.

Esta etapa foi desenvolvida ao longo de quatro semanas, com início na segunda quinzena de Agosto.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Neste capítulo pretende-se caracterizar a situação actual das variáveis implicadas para o futuro desenvolvimento dum modelo de rede de cuidados continuados. Para tal, procedeu-se previamente à análise de cada uma das variáveis consideradas relevantes para a obtenção de uma radiografia da situação actual que forneça instrumentos de base para a prossecução deste projecto.

Em primeiro lugar, será caracterizada a situação demográfica actual e futura (capítulo 2.1.), o contexto sócio-económico geral do país (capítulo 2.2.) bem como a sua situação sócio-demográfica (capítulo 2.3). A partir destes dados esperamos conhecer elementos que estão directamente relacionados com o modelo a definir, nomeadamente, a distribuição territorial da população, a esperança média de vida ao nascer, a pirâmide etária actual e futura da população, o índice de envelhecimento da população, o gasto sanitário per capita e sua comparação com os países da zona euro.

Posteriormente, proceder-se-à à análise e caracterização da situação epidemiológica em Portugal (ponto 2.4.), que nos fornecerá elementos sobre o Plano de Saúde, os índices e causas de morte no país, a prevalência e incidência de determinadas patologias e, finalmente, as necessidades sentidas por parte da população.

No capítulo 2.5 deste capítulo descrever-se-ão os recursos materiais e humanos de saúde existentes em Portugal continental e os recursos materiais da segurança social.

Uma vez descritos os recursos existentes, interessará caracterizar a actividade, produção e utilização de cada um deles. Estas informações serão encontradas nos capítulos 2.6 e 2.7, respectivamente.

Finalmente, o último ponto deste capítulo é dedicado à descrição e análise das características actuais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) relacionadas com os cuidados continuados.

Será transversal neste Diagnóstico a caracterização da situação dos colectivos sobre os quais este projecto incide preferencialmente (pessoas idosas, em situação de dependência e com deficiências).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

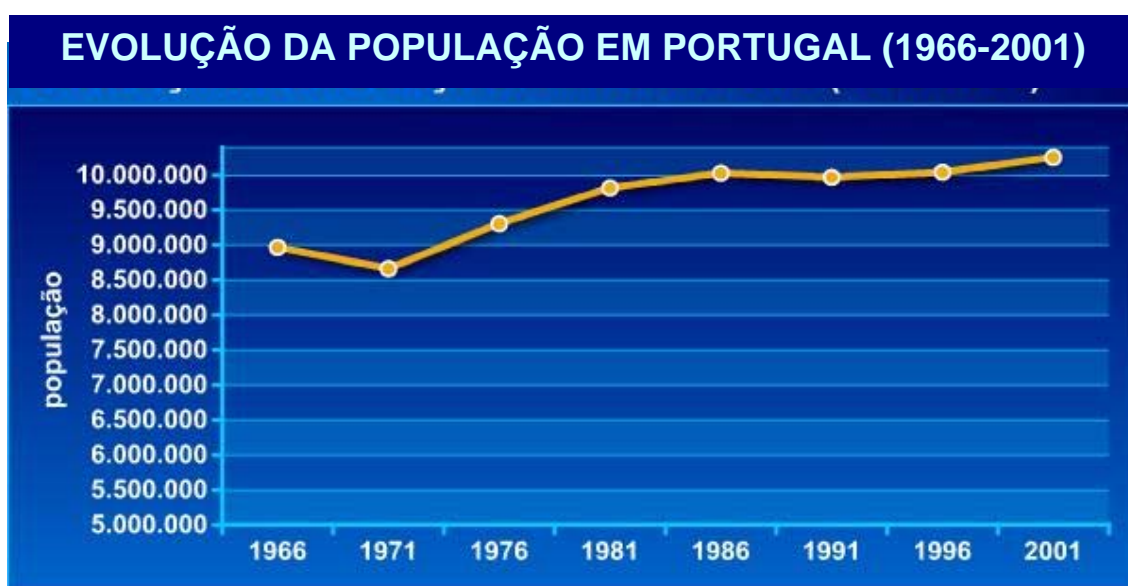
Para a elaboração desta análise, procurou-se trabalhar sobre os dados mais recentes e proceder, sempre que possível, à sua comparação com anos anteriores por forma a dispormos de uma caracterização em termos evolutivos de cada uma das variáveis descritas. Por outro lado, sempre que se considere relevante, os dados serão apresentados segundo a sua distribuição territorial.

Ao longo da elaboração desta fase, foi muito importante a permanente colaboração com os interlocutores chave na identificação das variáveis a incluir neste Diagnóstico.

2.1 SITUAÇÃO E EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA

De acordo com o Censo 2001, a **população total residente em Portugal era de 10.355 824** o que representa um aumento de 4,9% em relação à última década. **A densidade populacional é de 109,09 pessoas por quilómetro quadrado**, semelhante à da Eslováquia, Hungria e França.

Gráfico 2.1.1 Evolução da população em Portugal (1966-2001)



Elaboração própria. Fonte: Eurostat

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Este crescimento explica-se principalmente a partir de três processos demográficos que se acentuaram durante as últimas décadas do século XX: **o aumento da esperança de vida ao nascer, o regresso de mais de meio milhão de portugueses residentes nas colónias ultramarinas depois da sua independência e, finalmente, o fluxo imigratório proveniente das zonas tradicionais de influência portuguesa e, mais recentemente, da Europa de Leste.** Pelo contrário, também é importante destacar o fluxo emigratório: estima-se que entre 1960 e 1970 cerca de 1.200.000 portugueses emigraram para quase todos os continentes mas, em especial, para a Europa. Nos últimos anos os emigrantes mais velhos começaram a regressar a Portugal.

Uma segunda característica demográfica que se intensificou durante as últimas décadas do século XX foi a migração das zonas rurais para as urbanas. **Enquanto que em 1970 somente 26% da população vivia em áreas urbanas, esta percentagem subiu para 65,6% em 2000. Hoje em dia, a maioria da população vive em zonas costeiras.** Como se verá mais à frente, esta **distribuição heterogénea da população influi directamente nos índices de envelhecimento regional.**

Gráfico 2.1.2 População portuguesa por lugares de residência 2001



Elaboração própria. Fonte: INE

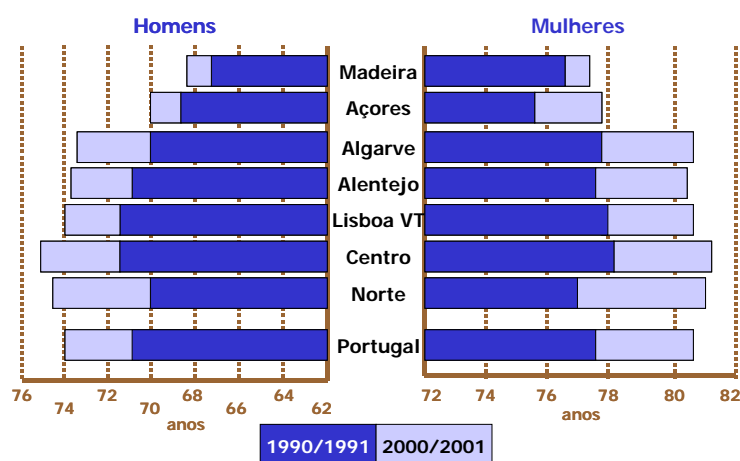
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

As duas maiores áreas metropolitanas são a área da grande Lisboa (com uma população residente de 1.897.033 habitantes em 2001) e a área do grande Porto (com uma população residente de 1.252.842 habitantes em 2001). Em 2001, 65,5% da população vivia em áreas urbanas em comparação com 34% em 1990.

O perfil demográfico segue o dos restantes países ocidentais da Europa, com um aumento da esperança de vida à nascença de 65,7 anos em 1980 para 72,6 em 2000. Contudo, os homens portugueses continuam a ter a esperança de vida mais baixa da Europa – 79,7 anos – em comparação com os países da UE enquanto que a esperança de vida (*Eurostat*) no caso das mulheres é a segunda mais baixa (em 79,7 anos).

Gráfico 2.1.3 Esperança de vida ao nascer: homens, mulheres e evolução



Evolução da Esperança de vida à nascença			
	1980	1990	2000
Esperança de vida à nascença (homens)	65.7	70.5	72.6
Esperança de vida à nascença (mulheres)	74.6	77.5	79.7

Elaboração própria. Fonte: INE

2.1.1 O envelhecimento da população

Um dos processos que mais se destacam na evolução recente da demografia portuguesa é, sem dúvida, o envelhecimento da população. **O número de nascimentos começou a diminuir gradualmente a partir da década de 60 (de 24,10 nados-vivos/1000 habitantes em 1960 a 11,76 nados vivos/1000 habitantes em 1990; chegando a 10,8 nados vivos/1000 habitantes no ano 2001).** Paralelamente, **a idade média da população subiu de 31 para 36 anos de idade em relação ao período entre 1986-1996**, enquanto que **a taxa de dependência desceu de 79,7 em 1984 para 48,1 em 2001** (com base na relação da população com menos de 15 anos e mais de 65 anos de idade e entre 15-64 anos de idade) (INE 2002).

O processo de envelhecimento da sociedade portuguesa vê-se claramente representado na evolução da sua pirâmide de idades reproduzida no Gráfico 2.1.1.1; no qual se observa claramente a diminuição de efectivos nas camadas mais jovens e como este processo se acentua na década de 90.

Nos anexos 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4 e 2.1.5 podem-se observar as pirâmides de idades das 5 regiões continentais. A sua análise permite observar como as regiões do Alentejo, Algarve e Centro são as que apresentam um envelhecimento mais acentuado. Esta constatação introduz uma das características importantes do processo de envelhecimento que vive Portugal: a heterogeneidade na sua distribuição territorial. Este facto também se traduz na análise dos índices de envelhecimento, —a quantidade de pessoas com 60 anos e mais por cada 100 crianças menores de 15 anos— das distintas regiões (Gráfico 2.1.1.2).

Gráfico 2.1.1.1 Pirâmide etária, Portugal 1991-2001

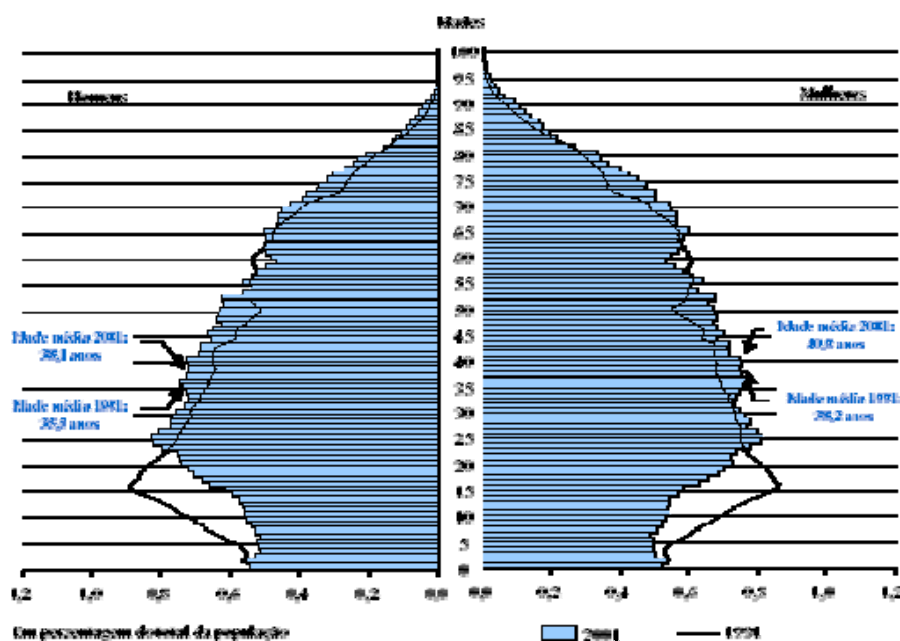
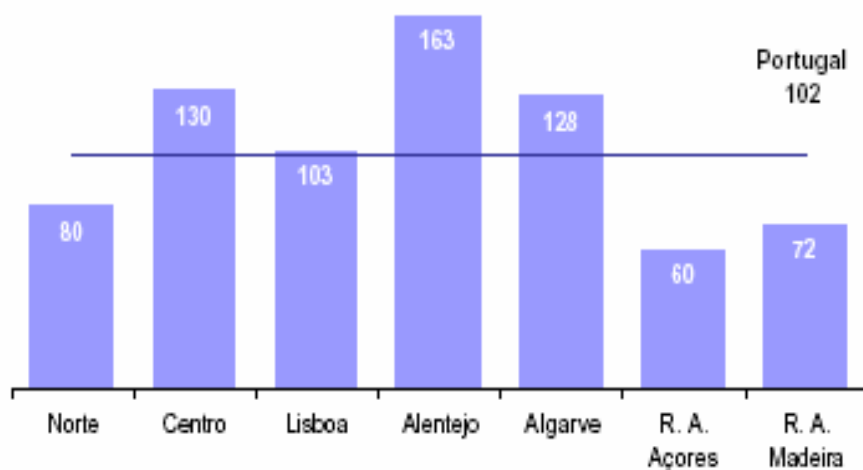


Gráfico 2.1.1.2 Índice de Envelhecimento, Portugal 2001

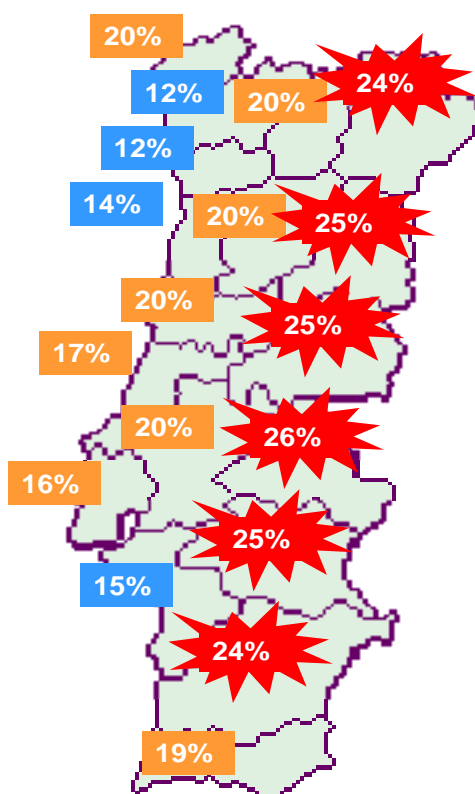


RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A população com mais de 65 anos em Portugal Continental representa 16,4% da população total. Na figura 2.1.1.3, calculou-se o peso da população com mais de 65 anos para cada uma das províncias. Esta representação permite visualizar claramente a pauta de distribuição do envelhecimento: distritos do interior do país com percentagens superiores a 25% e as regiões costeiras com percentagens inferiores a 20%, destacando-se entre estas as zonas urbanas e metropolitanas com valores entre 12 e 16%. Esta pauta na distribuição do envelhecimento populacional repete-se nas análises efectuadas para as camadas intermédias dentro do grupo de pessoas maiores de 65 anos. No anexo 2.1.6 representam-se os pesos dos grupos etários de 75 e 85 anos por cada um dos distritos.

Figura 2.1.1.3: Peso da População maior de 65 anos. Distribuição por Distritos.



Elaboração própria. Fonte: INE

2.1.2. Evolução da população nos próximos anos

Segundo as Projectções demográficas realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) **em 2010 a população residente em Portugal atingirá a sua cifra máxima de 10.626.099 habitantes.** Este ano marcará o final da expansão demográfica descrita anteriormente e, segundo o cenário base previsto por este Instituto, iniciar-se-á um período de decréscimo populacional. Em concreto uma **redução de 2,3% em 2025 e de 11,6% no horizonte 2050** (Ver Gráfico 2.1.2.1).

Gráfico 2.1.2.1 Projectções da evolução da população



Elaboração própria. Fonte: INE

Este **processo de redução geral da população terá um impacto directo no seu envelhecimento, incrementando de forma importante o peso dos cidadãos com mais de 65 anos.** Segundo estas projecções, **em 2025 22% da população será maior de 65 anos, número que se elevará ao 32%. Em 2050** Isto significa que em 2050 Portugal registrará um aumento de 58% na população maior de 65 anos com respeito ao peso que esta parte da população tem na actualidade.

Tal como já foi dito, a distribuição territorial constitui um factor interpretativo importante na análise do envelhecimento. Na figura 2.1.2.2 podem-se observar as projecções de crescimento

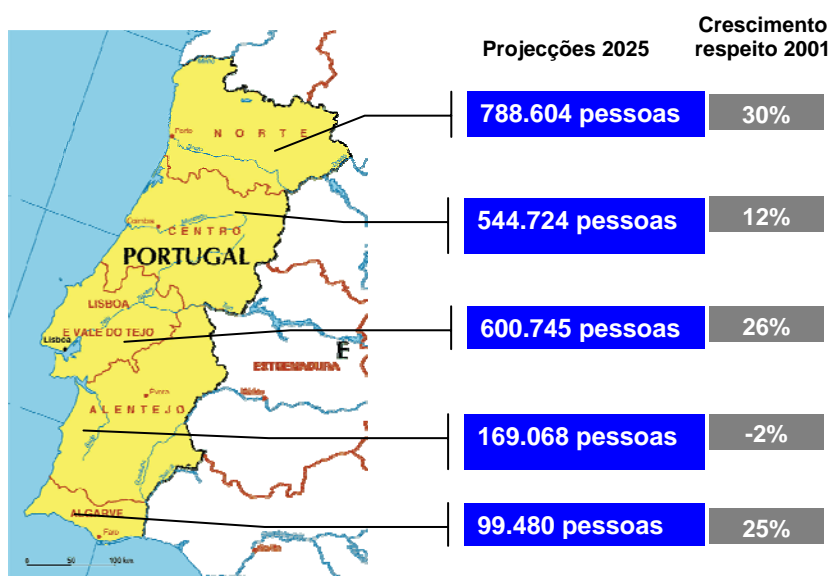
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

regional da população com mais de 65 anos para 2025. **Destacam-se sobretudo os incrementos entre 25 e 30% previstos nas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.** Estas proporções são todavia mais importantes se analisamos as projecções para o horizonte 2050. Nesse cenário as previsões de incremento da população de mais de 65 anos com respeito a 2001 chegam a valores em torno a 50% para as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo (Ver anexo 2.1.7).

Com estas previsões Portugal converter-se-á num dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050. As projecções da população 2004-2050 traçam um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 (16,9% da população) e 2050 (31,9%). **Em 2050, Portugal será o quarto país da UE-25 com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%).**

Figura 2.1.2.2 Projecções da população maior de 65 anos (2025)



2.2 CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO GERAL

A economia portuguesa medida em termos de PIB per capita situa-se na posição final do listado das economias da Euro-zona. **Assumindo como valor 100 a média de PIB per capita dos 25 países da União, o índice de Portugal situa-se em aproximadamente 75 pontos**, enquanto que os 12 países da Euro-zona se situam em torno a 110 (Ver Gráfico 2.2.1).

O crescimento económico iniciado em 1994 ganhou ritmo progressivamente, atingindo um crescimento bruto do PIB de 3,8% no ano 2000, (ver anexo 2.2.1 e 2.2.2). Nesse ano o PIB per capita chegou a 11.288 Euros (sendo de 5.135 Euros em 1990). A partir de 2001 a economia portuguesa mostra sintomas de desfalecimento nos seus principais indicadores económicos, entre outros: decrescimento em 2,8% do PIB, diminuição da criação de emprego (Ver anexos 2.2.2 e 2.2.3), queda do consumo privado. Pese a estes dados, manteve taxas reduzidas de desemprego em comparação com as médias europeias; atingindo 6,7% em 2004, 3,3 pontos por baixo da média da UE-25 (Ver anexo 2.2.4).

Gráfico 2.2.1 Crescimento real do PIB, Portugal-UE



Elaboração própria. Fonte: Eurostat

A OCDE aponta como causas deste processo de diminuição do crescimento os ajustes realizados no sector privado junto com a redução do sector público num contexto internacional de desaceleração. Segundo este organismo, a recuperação será lenta mantendo-

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

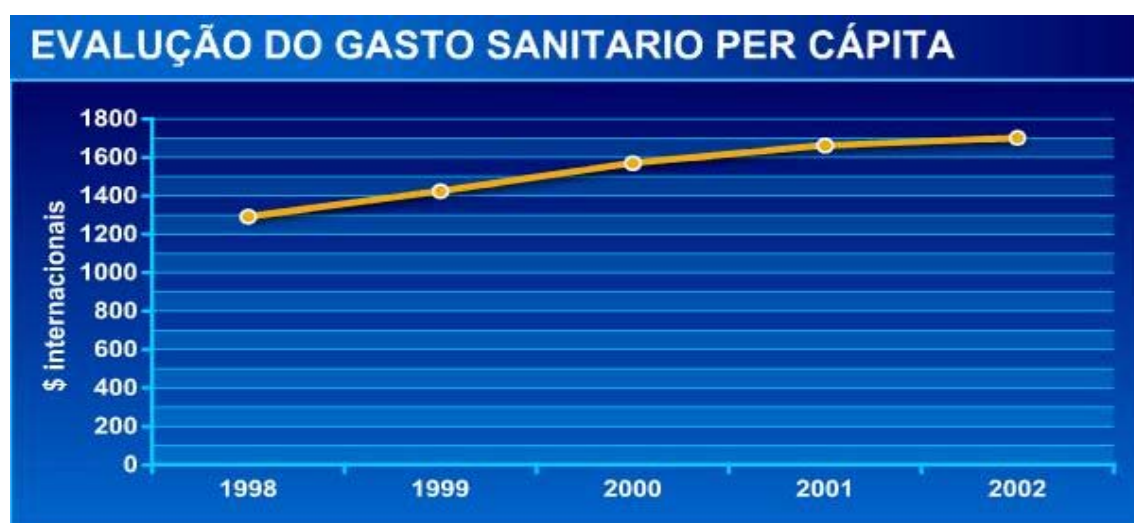
se, durante os próximos anos, por debaixo do seu potencial¹.os índices do producto interior bruto

Verificou-se durante a década passada uma redução importante do déficit público, como consequência das políticas de convergência com a UE, passando de 8,9 em 1993 a 2,9% em 2004. A dívida pública manteve valores próximos a 60% (Ver anexos 2.2.5 e 2.2.6), o que significa aproximadamente 10 pontos abaixo da média dos países da euro-zona.

2.2.1 Gasto Sanitário

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o **gasto sanitário (público e privado)** per capita situou-se em 2002 em 1.702\$ internacionais mostrando um incremento interrompido de 24% com relação ao gasto de 1998. Esta cifra situa Portugal na última posição dos países da Europa dos 15, unicamente à frente de Espanha, com 1.640\$ internacionais (Ver anexo 2.2.7).

Gráfico 2.2.1.1 Gasto Sanitário per capita



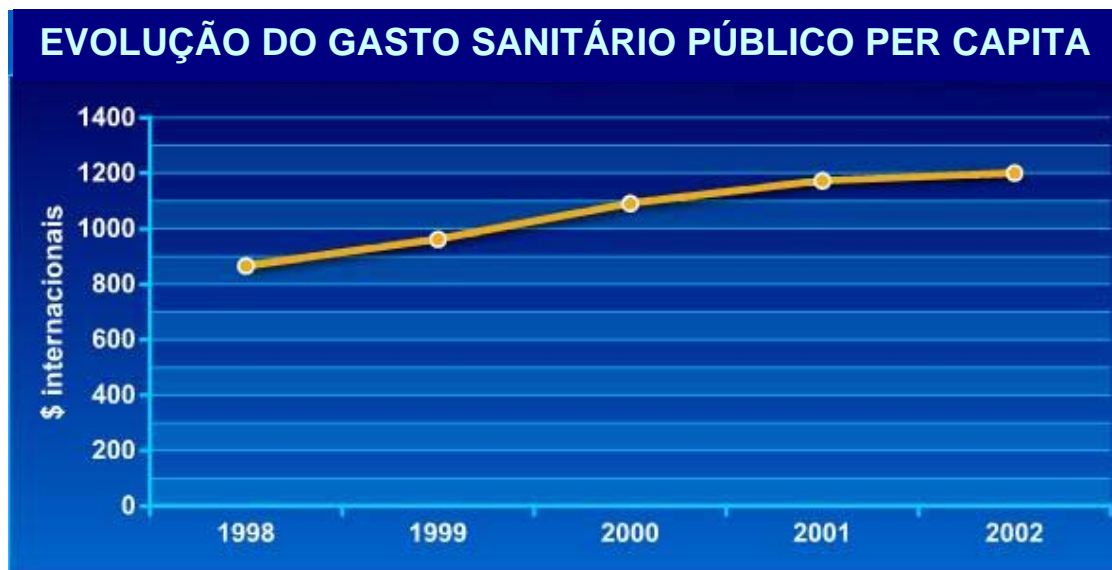
Elaboração própria. Fonte: OMS

No que se refere ao **gasto sanitário público** per capita, **no ano 2002 Portugal dedicou 1.201\$ internacionais** que significaram um aumento de 39% respeito a 1998 (Ver anexo 2.2.8). Estas

¹ Economic Survey - Portugal 2004: Key challenges and issues, OCDE, Policy Brief.

cifras situam a aportação privada ao conjunto de gasto português em saúde de 29,3%; percentagem que experimentou um ligeiro decrescimento nos últimos anos.

Gráfico 2.2.1.2 Evolução do gasto sanitário Público per capita



Elaboração própria

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.3 SITUAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA

Até ao momento descreveram-se as características principais da evolução demográfica e económica actual de Portugal bem como as tendências futuras. Neste capítulo procederemos à análise dos colectivos susceptíveis de receber cuidados continuados.

Para a realização deste capítulo analisaram-se os seguintes indicadores:

- **População por grupo sócio-económico e sexo, segundo grupo etário.**
- **População residente deficiente, com 15 ou mais anos, segundo o tipo de deficiência e sexo, por condição perante a actividade económica.**
- **População residente deficiente, com 15 ou mais anos, por grau de incapacidade.**
- **Pessoas que vivem sós por grupo etário.**
- **Famílias clássicas, segundo a dimensão.**
- **Pessoas que vivem sós para todas as idades para todo Portugal, região e distrito.**
- **Pessoas que vivem sós maiores de 65 anos para todo Portugal, região e distrito.**
- **Pessoas que vivem sós maiores de 75 anos para todo Portugal, região e distrito.**
- **Pessoas que vivem em alojamentos de tipo social e de saúde.**
- **% de pessoas que vivem em alojamentos de tipo social e de saúde sobre o total de pessoas que vivem em famílias institucionais.**
- **Pensionistas com incapacidade permanente em Portugal.**
- **Evolução anual de pensionistas com incapacidade permanente de 1990 ate 2000.**
- **Ratios das causas de incapacidade permanente.**
- **Pensionistas por níveis de incapacidade.**
- **Evolução anual de pensionistas de invalidez 1990 ate 2004.**
- **Evolução anual de pensionistas de velhice 1990 ate 2004.**
- **Mapa da percentagem de pessoas maiores de 75 que vivem sós.**

Em concreto, serão apresentadas as características definidoras do colectivo de cidadãos idosos e dos que padecem algum tipo de incapacidade ou deficiência, seja ela física ou mental.

Uma vez que em Portugal estes colectivos foram tradicionalmente cuidados de forma informal pelas redes familiares e, fundamentalmente, pelas mulheres, consideramos que antes de proceder a qualquer análise seria importante conhecer a participação laboral das mulheres

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

portuguesas em idade de trabalhar já que este constituiu um factor de mudança nas redes de cuidados familiares. Segundo dados do Censo 2001 (“População residente por actividade económica e sexo”), **o número de mulheres portuguesas maiores de 15 anos com actividade económica é de 2.160.141, o que significa que 49,74% sobre o total de mulheres com idade superior a 15 anos** e 45,2% do total de portugueses maiores de 15 anos com actividade económica. No entanto, estes dados deverão ser lidos com atenção já que entre o 50,26% das mulheres portuguesas maiores de 15 anos que não realizam nenhuma actividade económica está englobado um grande número de mulheres estudantes, em finalização dos estudos secundários e/ou universitários.

Estes valores aqui apresentados vêm ilustrar a situação existente na actualidade em Portugal e que se resume a que os cuidadores tradicionais (habitualmente mulheres) que até ao momento sustentaram a prestação de cuidados às pessoas idosas e em situações de dependência participam na actualidade no mercado laboral. Isto significa que a rede de **apoio constituída essencialmente por mulheres que nas décadas anteriores era a base do suporte de cuidados nos países do eixo atlântico-mediterrâneo está neste momento bastante debilitada pela sua elevada participação laboral.**

Segundo dados da **OCDE, a percentagem de mulheres com actividade económica em 2005 em Portugal é de 60,6 %**. Esta percentagem é superior à taxa média da OCDE (de 55,3 %) e também superior a de outros países do eixo Atlântico-mediterrâneo que classicamente tinham uma estrutura familiar forte, nomeadamente Espanha (46,8 %), Itália (42,7 %) e Grécia (44 %).

Para que obtenhamos um retrato por regiões, na tabela apresentada em seguida pode-se observar o número e percentagem de mulheres maiores de 15 anos com alguma actividade económica por regiões.

Tabela 2.3.1 Percentagem de mulheres com actividade económica

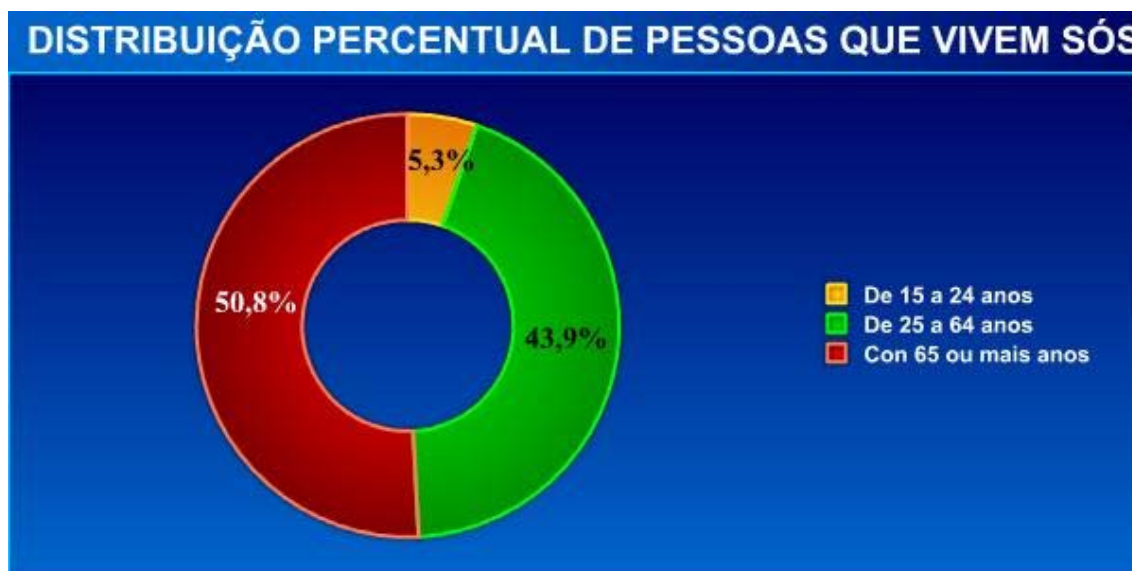
MULHERES MAIORES DE 15 ANOS COM ACTIVIDADE ECONÓMICA (2001)			
	N	% SOBRE TOTAL MULHERES > 15 ANOS	% SOBRE TOTAL POPULAÇÃO COM ACTIVIDADE ECONÓMICA
NORTE	788.160	49,57%	44,40%
CENTRO	469.670	44,98%	43,98%
LISBOA VT	663.570	55,65%	47,74%
ALENTEJO	154.154	44,65%	43,68%
ALGARVE	84.587	49,41%	43,98%
TOTAL	2.160.141	49,74%	45,20%

Verifica-se pelos dados da tabela anterior que **a participação laboral da mulher é relativamente homogénea em todo o país**, com as regiões do Centro e Alentejo a apresentarem os menores valores em torno a 45% de participação entre o conjunto de mulheres maiores de 15 anos, o Algarve e o Norte valores em torno a 50% e, finalmente, Lisboa, uqw apresenta a maior taxa de participação laboral, com taxas em torno a 56% entre as mulheres maiores de 15 anos. Estes dados vêm apoiar o comentado anteriormente e que tem a ver com a fragilização, em todo o território de Portugal Continental, da rede de apoio familiar antes essencialmente constituída pelo colectivo das mulheres.

2.3.1 O colectivo de idosos

Tal como verificou no capítulo 2.1, os cidadãos maiores de 65 têm um peso importante no total da população portuguesa (16,4% em 2001) e esta percentagem tende a incrementar no futuro.

Gráfico 2.3.1.1 Distribuição percentual de pessoas que vivem sós



Elaboração Própria. Fonte: INE

No gráfico 2.3.1.1 apresentam-se as distribuições por grupos etários das pessoas que vivem sós. No ano 2001, segundo o Censo do INE, registaram-se um total de 631.687 pessoas.

O colectivo de pessoas maiores de 65 anos que vivem sós constitui um grupo de risco, susceptível de requerer cuidados continuados em condições adversas de saúde já que não possui um apoio imediato do núcleo familiar. Em 2001, 321.054 idosos portugueses vivem sós (50,8% do total da população declarada que vive só) o que representa um 19% do colectivo de pessoas maiores de 65 anos. Em segundo lugar, destaca-se o extremado nível de feminização deste colectivo: **77% são mulheres** (ver anexo 2.3.1).

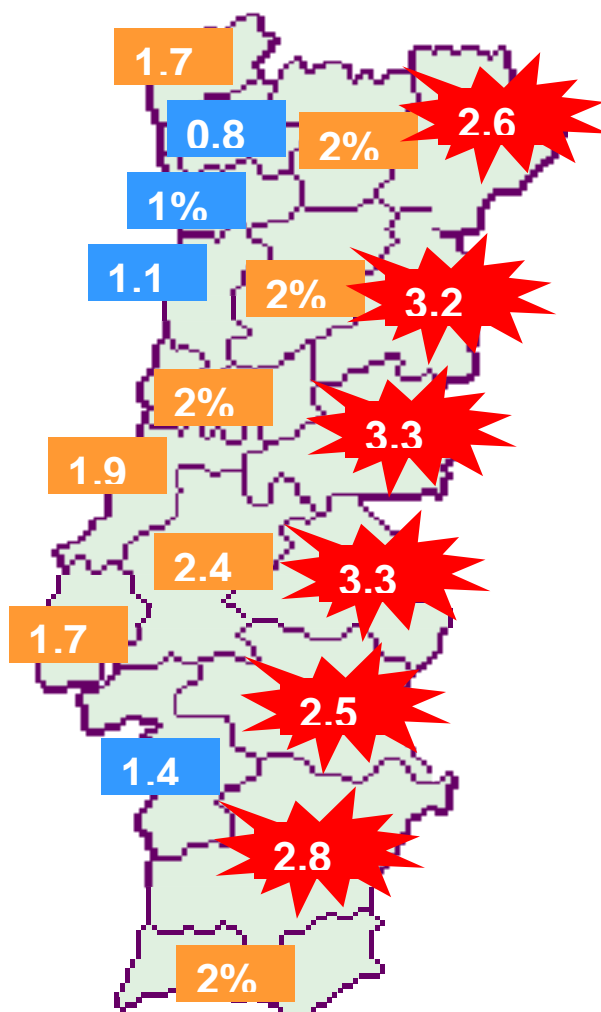
A Figura 2.3.1.2 apresenta uma aproximação à **distribuição territorial do peso do colectivo de pessoas maiores de 75 anos que vivem sozinhas que, segundo dados do Censo 2001, é de**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

154.951 pessoas (1,6% da população portuguesa). Como se pode comprovar, **esta distribuição segue a mesma pauta de magnitudes que a distribuição do peso da população idosa** apresentada no capítulo 2.1 (Figura 2.1.1.3): distritos do interior com percentagens superiores a 2,5%, os distritos intermédios com percentagens entre 1,5% e 2,5%, e os distritos urbanos e metropolitanos com valores entre 0,8 e 1,4%.

Figura 2.3.1.2 Peso da população maior de 75 anos que vive só. Distribuição por distritos.



Elaboração própria. Fonte: Censo 2001 INE

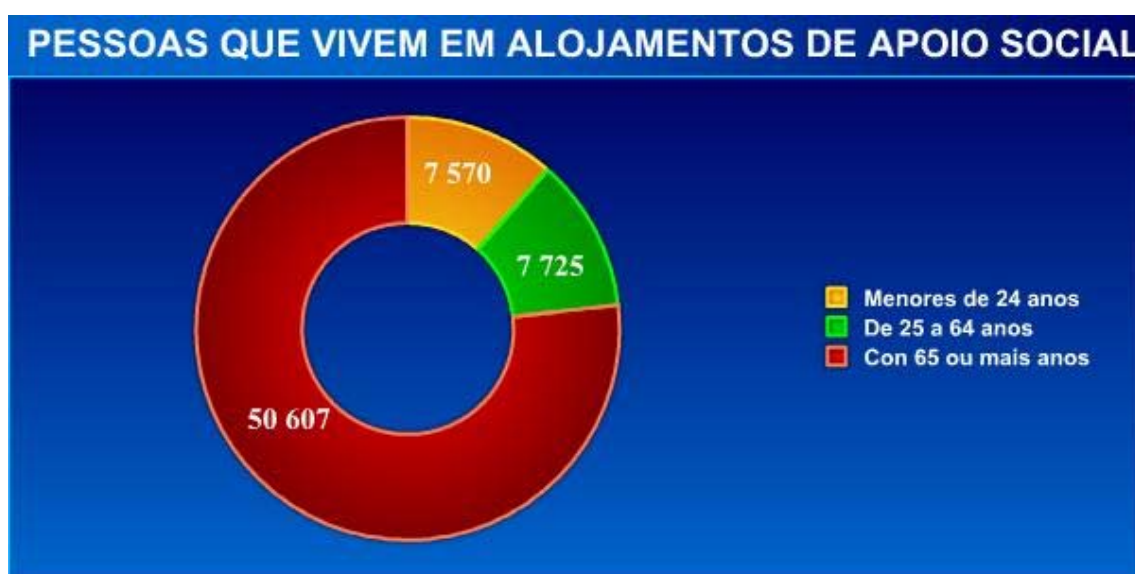
Por outro lado, e segundo dados do censo de 2001, cerca de **51% do total de famílias unipessoais eram compostas por 1 idoso**. Entre estas famílias unipessoais, 39,5% é constituída por uma mulher idosa (ver anexo 2.3.1).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Finalmente, cabe destacar o grupo de pessoas com mais de 65 anos a **viver em famílias institucionais de apoio social**. Segundo os dados do censo de 2001, **65.852 portugueses** vivem neste tipo de instituições, o que significa **um 0,63% do total da população; um 73% deste colectivo (50.607 pessoas) pertence aos grupos etários com idade superior a 65 anos**. (Ver Gráfico 2.3.1.3)

Gráfico 2.3.1.3 Pessoas a viver em famílias institucionais de apoio social e saúde por grupo etário (2001)



Elaboração Própria. Fonte: INE

O colectivo de maiores de 65 anos encontra-se maioritariamente coberto pelo **sistema de pensões de velhice**: em 2004 97,1% deste colectivo (1.567.444 pessoas) tinha acesso a este tipo de pensões, o que representa 15,9% do total da população de Portugal Continental. Cabe destacar o incremento de 24% que ocorreu na cobertura do sistema de pensões durante o período 1990-2004 (Ver gráfico 2.3.1.4). O anexo 2.3.2 mostra uma análise distrital do peso dos pensionistas sobre o total da população. Estes dados demonstram que os **incrementos mais importantes se registaram nos distritos urbanos —como Lisboa, Setúbal ou Porto—**, onde se deu mais de 40% de aumento no colectivo de pensionistas. Contrariamente, **os distritos do interior mantiveram magnitudes estáveis ou inclusivamente decrescentes**.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico 2.3.1.4 Evolução anual de pensionistas 1990-2004



Elaboração própria. Fonte: INE

2.3.2 O colectivo com incapacidades permanentes

No ano 2000 Portugal tinha **19.411** pessoas incluídas no **programa de pensões para incapacidades permanentes**, o que significa um 0,2% do total da população.

Deste conjunto de população, 79% têm incapacidade inferior a 50% e 21%, isto é, **4.049** **pessoas, padecem incapacidades superiores a 50%**. No gráfico 2.3.2.1 apresenta-se a distribuição por grupos etários; assim, observa-se que **35% deste colectivo de pensionistas está formado por pessoas maiores de 65 anos** o que significa que a **grande percentagem de pessoas com incapacidade permanente não é idosa (65%, o que significa 12.613 pessoas)**.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico 2.3.2.1 Pensionistas com incapacidade permanente por grupo etário



Elaboração própria. Fonte: INE

Da mesma forma que para o conjunto de pensões de velhice, as pensões por incapacidade permanente também aumentaram de forma importante: 22% entre 1990 e 2004 (Ver Gráfico 2.3.2.2).

Gráfico 2.3.2.2 Evolução de pensionistas com incapacidade permanente



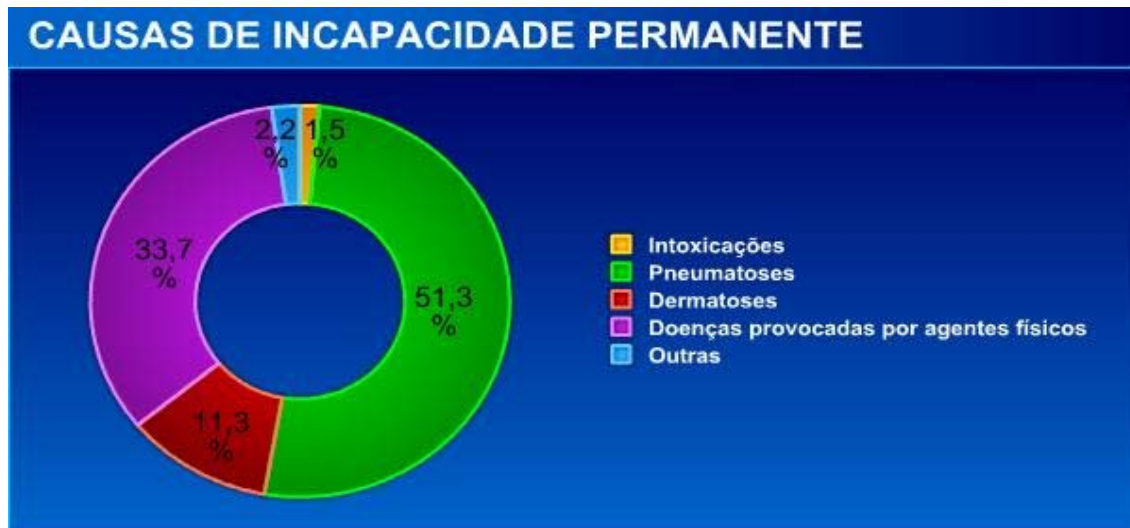
Elaboração própria. Fonte: INE

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Se analisamos as causas destas incapacidades, destaca-se o grupo de doenças npneumáticas, (51,3%) e as doenças provocadas por agentes físicos (33,7%). A maior distância encontramos as incapacidades provocadas por doenças de pele (11,3%) (Ver gráfico 2.3.2.3).

Gráfico 2.3.2.3 Causas de incapacidade permanente



Elaboração própria. Fonte: INE

2.3.3 O colectivo de pessoas com deficiências

Segundo os dados do censo de 2001 **636.059 portugueses padeciam deficiências físicas ou mentais**. A análise por tipo de deficiência permite identificar dois grandes grupos formados por **deficiências visuais e motoras (26 e 25%)** seguidas pelas **auditivas e mentais (13 e 11%)** (Ver Anexo 2.3.3).

O nível de actividade do conjunto de população com deficiências físicas ou mentais também está recolhido pelos dados do censo de 2001. 29% deste colectivo desenvolve alguma actividade económica, 53% é formado por trabalhadores domésticos, estudantes, reformados e o **18% restante é considerado como incapacitado permanente** para o trabalho. (Ver Anexo 2.3.4)

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E PERCEPÇÃO DA SAÚDE

2.4.1 Mortalidade, evolução e causas.

Segundo os dados recolhidos no Plano Nacional de Saúde de Portugal a mortalidade, em 2002, registou um acréscimo de apenas 0,2%, face ao ano anterior, sendo a idade média dos falecidos cada vez maior². Em 2002, a taxa de mortalidade infantil pareceu suspender a tendência de declínio constante que se verificava desde a década de sessenta. Em 2001, Portugal ocupa já uma posição mediana para este indicador, face aos restantes países europeus³. **As principais causas de morte da população portuguesa, referentes ao ano de 2001, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos. As causas externas são importantes nos grupos mais jovens⁴.**

Tabela 2.4.1.1 Mortalidade segundo causa de morte

MORTALIDADE 2003 SEGUNDO CAUSA DE MORTE PARA TOTAL CONTINENTAL														
	Causa de morte	sexo	Continente	%	Norte	%	Centro	%	Lisboa	%	Alentejo	%	Algarve	%
Total de causas	HM	103.321	100	33.063	100	28.462	100	25.888	100	11.130	100	4.778	100	
	H	53.147	51	17.024	51	14.434	51	13.246	51	5.892	53	2.551	53	
	M	50.174	49	16.039	49	14.028	49	12.642	49	5.238	47	2.227	47	
Doenças do aparelho circulatório	HM	38.868	38	11.489	35	10.886	38	10.553	41	4.228	38	1.712	36	
	H	17.388		5.165		4.869		4.585		1.942		827		
	M	21.480		6.324		6.017		5.968		2.286		885		
Tumores (neoplasias)	HM	22.167	21	7.304	22	5.522	19	6.229	24	2.172	20	940	20	
	H	13.165		4.375		3.229		3.645		1.364		552		
	M	9.002		2.929		2.293		2.584		808		388		
Doenças do aparelho respiratório	HM	8.837	9	3.127	9	2.554	9	1.907	7	874	8	375	8	
	H	4.954		1.770		1.381		1.031		555		217		
	M	3.883		1.357		1.173		876		319		158		
Causas externas de mortalidade	HM	5.210	5	1.522	5	1.564	5	1.116	4	670	6	338	7	
	H	3.703		1.069		1.117		776		498		243		
	M	1.507		453		447		340		172		95		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	HM	4.853	5	1.492	5	1.315	5	1.175	5	651	6	220	5	
	H	2.068		599		565		511		290		103		
	M	2.785		893		750		664		361		117		
Doenças do aparelho digestivo	HM	4.354	4	1.486	4	1.260	4	1.028	4	399	4	181	4	
	H	2.606		860		749		638		242		117		
	M	1.748		626		511		390		157		64		

Elaboração própria Fonte: Direcção-Geral de Saúde

² Portugal. Instituto Nacional de Estatística - Destaque do INE, Estatísticas Demográficas - Mortalidade, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: INE, 2003.

³ Portugal. Instituto Nacional de Estatística - Destaque do INE, Estatísticas Vitais, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: INE, 2003.

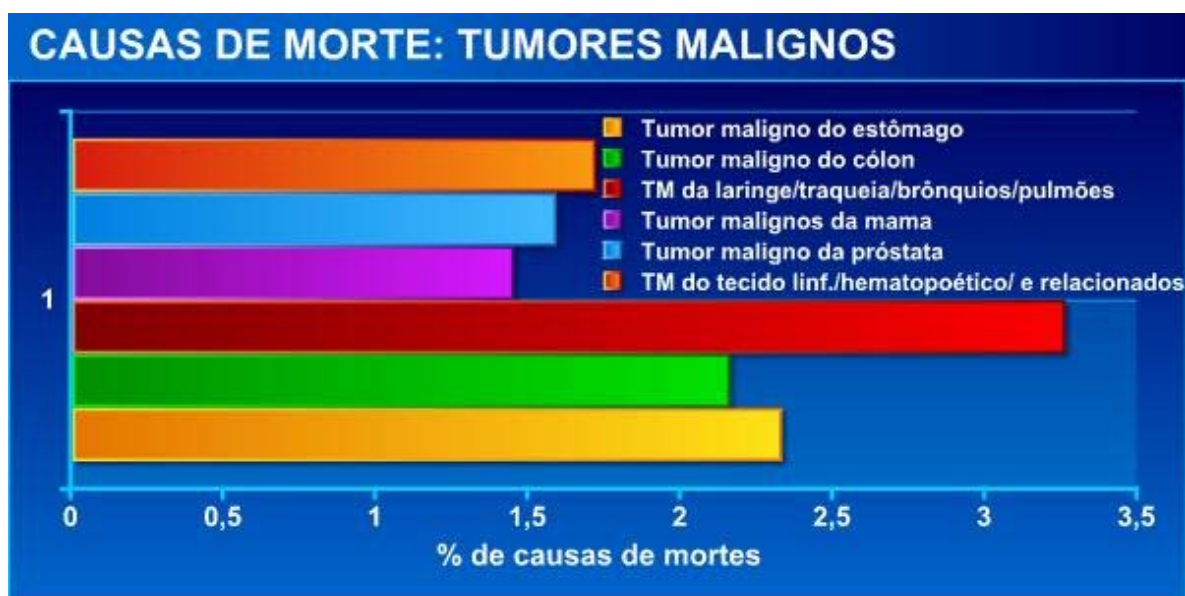
⁴ Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Risco de morrer em Portugal, 2001. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tal como se aprecia na tabela 2.4.1.1⁵ as doenças relacionadas com o **aparelho circulatório constituíram a primeira das causas de morte** (38%), **neste grupo encontramos as doenças cerebro-vasculares (17,8%) e a doença isquêmica cardíaca (8,7%). O seguinte grupo em importância é constituído pelos tumores malignos.** O gráfico 2.4.1.2 mostra a distribuição percentual de cada um dos processos tumorais como causas de morte; no anexo 2.4.2 se incluem as projecções a um e cinco anos da incidência e prevalência para cada uma destas causas de morte.

Gráfico 2.4.1.2 Causas de Morte: Tumores Malignos



Elaboração Própria. Fonte: INE, Estatística de Saúde

As doenças relacionadas com o aparelho respiratório constituem o terceiro grupo de causas pela sua importância. Dentro destas a pneumonia e as doenças crónicas das vias aéreas inferiores constituem 67% de causas de morte neste grupo.

Finalmente, **os acidentes** e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) são a principal causa de morte nas crianças e nos jovens, a partir do primeiro ano de vida. Por outro lado, geram um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade entre os jovens. Nos adultos, os acidentes de viação e os laborais impõem custos elevados à vítima, à família e à sociedade.

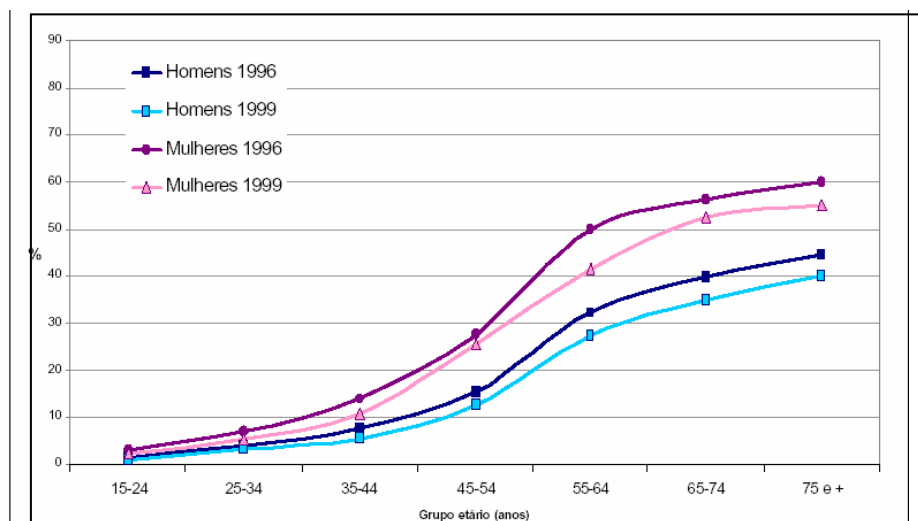
⁵ No Anexo 2.4.1 encontra-se a listagem exaustiva segundo a CID-10 por sexo e regiões.

Se analisamos especificamente as causas de morte das pessoas com idade superior a 65 anos encontramos como primeiro grupo de causas as doenças do sistema circulatório (42,1%) seguido dos tumores (18,8%) e, a maior distância, encontramos as doenças do aparelho respiratório. No anexo 2.4.2 encontra-se o quadro completo de causas e sua distribuição geográfica segundo a listagem europeia CID-10.

2.4.2 Necessidades sentidas

A principal fonte de informação acerca das necessidades de saúde sentidas pela população é o Inquérito Nacional de Saúde em Portugal, realizado nos anos 1996 e 1999. Deste estudo destacamos no gráfico 2.4.2.1 o decréscimo, sobretudo nos grupos de maior idade, do conjunto de pessoas que consideravam o seu estado de saúde como “mau ou muito mau”. 0,5% das pessoas interrogadas com mais de 10 anos que manifestaram encontrar-se sempre na cama por motivos de saúde, 65% pertencia ao grupo etário de pessoas com mais de 65 anos. Se extrapolarmos estas percentagens à população real segundo o censo de 2001, a cifra de portugueses que se encontrariam permanentemente acamados por motivos de saúde é de aproximadamente 50.000 pessoas das quais aproximadamente 33.000 têm mais de 65 anos.

Gráfico 2.4.2.1 Pessoas com 15 e mais anos de idade que consideram o seu estado de saúde “muito mau ou mau”.



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde em Portugal 2001

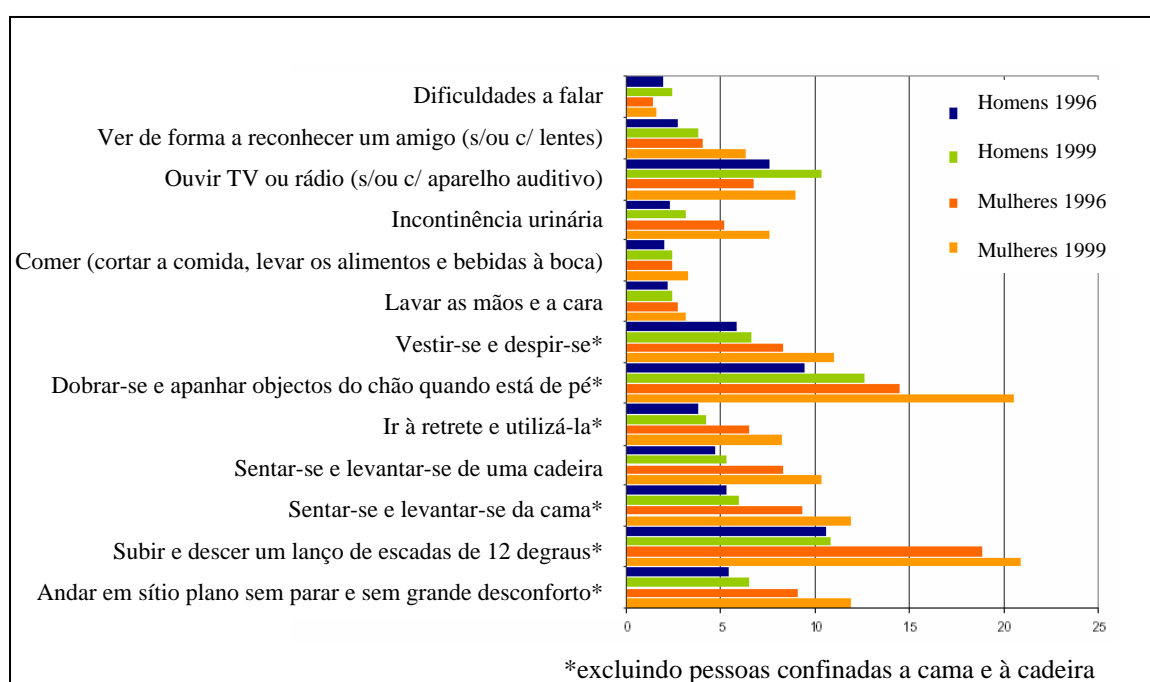
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Nas conclusões deste inquérito pode-se ler: “quanto à incapacidade de longa duração, a sua prevalência parece também ter aumentado entre 1996 e 1999, em todos os seus tipos e em ambos os sexos”.

A percentagem de população que declarou ter dificuldade na visão, na audição, ou na fala, parece ter aumentado entre 1996 e 1999 em ambos os sexos. Da mesma forma, a percentagem da população que declarou “algum tipo de incapacidade, na realização de actividades da vida diária, na locomoção ou na mobilidade, aumentou durante o mesmo período, tanto nos homens como nas mulheres”. Estas últimas apreciações sobre as doenças de longa duração estão representadas no gráfico 2.4.2.2.

Gráfico 2.4.2.2 Prevalência de incapacidade de longa duração na população com 15 e mais anos de idade, segundo o sexo e o tipo de incapacidade



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde em Portugal 2001

2.4.3 Contribuições do Plano de Saúde

O Plano Nacional de Saúde de Portugal foi aprovado pelo Ministério da Saúde em 2004 e estende a sua vigência até 2010. O Plano desenvolve-se em três linhas estratégicas: Estratégias para a gestão da mudança; Estratégias para obter mais saúde para todos e estratégias para garantir a execução do plano. Na tabela 2.4.2 mostra-se um resumo das acções recolhidas em cada uma delas.

Tabela 2.4.3.1 Resumo das estratégias recolhidas no Plano Nacional de Saúde

ESTRATÉGIAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	
ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS	
	Abordagem centrada na família e no ciclo de vida Abordagem à gestão integrada da doença
ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA	
	Mudança centrada no cidadão Capacitar o sistema de saúde para a inovação Reorientar o sistema de saúde Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento
ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A EXECUÇÃO DO PLANO	
	Mecanismos de acompanhamento do Plano Mecanismos de cativação de recursos Mecanismos de diálogo Adequação do quadro de referência legal

Elaboração Própria. Fonte: Plano Nacional de Saúde 2004-2010

O primeiro dos objectivos estratégicos do Plano é a obtenção de “**ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença**”.

O Plano propõe dois âmbitos estratégicos de trabalho centrais para abordar esta melhora geral da saúde, cada uma delas leva consigo um conjunto de indicadores que permitirão medir a eficácia na sua aplicação:

1. Estratégia baseada na família e no ciclo de vida e
2. Gestão integrada da doença

A primeira estratégia justifica-se pelo facto de permitir uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários,

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida. Para as fases do ciclo de vida definem-se como consensuais os objectivos e metas. Dentro desta linha destaca-se a atenção especial que merece os conceitos de “envelhecimento activo” e “morrer com dignidade”

Na tabela 2.4.3.2 apresentam-se alguns dos objectivos que no contexto do presente estudo nos parecem relevantes. Como pode observar-se, os objectivos de redução mais ambiciosos concentram-se na franja de idade entre 45 e 65 anos.

Tabela 2.4.3.2 Metas Prioritárias na estratégia baseada na família e ciclo de vida

ESTRATEGIA MAIS SAUDE PARA TODOS ALGUMAS METAS PRIORITARIAS				
	Indicador	Situação actual	Projecção 2010	Meta para 2010
Metas gravidez e período neonatal				
	Esperança de vida à nascença	77,1	78,2	81
Metas dos 25 a os 64 anos				
	Auto-apreciação do estado de saúde - % de "mau" ou "muito mau" (55-64 anos)	H=27,3 / M=44,4	ND	H=14 / M=21
	Tabaco - % de indivíduos que fuma (25-64 anos)	H=26 / M=4,2	ND	H=17 / M=3
	Alcool - % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (45-64 anos)	46,50%	ND	23%
	Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (55-64 anos)	H=70 / M=83,2	ND	H=35 / M=42
	Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (55-64 anos)	H=26,1 / M=22,1	ND	H=20 / 17
	Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal > 30 (55-64 anos)	H=16,2 / M=20,3	ND	H=8 / M=10
	% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (45-64 anos)	33,70%	ND	27%
Metas prioritárias para “Um Envelhecimento Activo” - 65 anos ou mais				
	Esperança de vida dos 65 aos 69 anos	17,55	ND	20
	Auto-apreciação do estado de saúde - % de "mau" ou "muito mau" (64-75 anos)	H=35,0 / M=52,6	ND	H=18 / M=26
	Tabaco - % de indivíduos que fuma (64-75 anos)	H=14,5 / M=0,7	ND	H=11 / M=0,5
	Alcool - % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (64-75 anos)	39,20%	ND	20,00%
	Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (64-75 anos)	H=75,5 / M=87,8	ND	H=38 / M=44
	Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (64-75 anos)	H=25,9 / M=22,1	ND	H=19 / M=17
	Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal > 30 (64-75 anos)	H=14,9 / M=19,3	ND	H=11 / M=14
	% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (64-75 anos)	56,20%	ND	39%
	% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (45-64 anos)	69,20%	ND	55%

Fonte: Plano Nacional de Saúde

A **gestão integrada da doença** tem implicações na planificação, organização e prestação dos serviços de saúde. Representa também um desafio importante uma vez que as doenças que vão desenvolver-se a médio prazo são o produto da evolução da própria sociedade portuguesa: proliferação das doenças de transmissão relacionadas com comportamentos e atitudes, doenças

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

relacionadas com novos condicionantes sociais (stress, violência, contaminação) e doenças crónicas potencialmente incapacitantes.

Em concreto, o Plano prioriza cinco grupos de doenças que deverão ser objecto de especial atenção:

- **As doenças neoplásicas, particularmente os cancros da mama, do colo do útero e do cólon e recto;**
- **As doenças do aparelho circulatório, particularmente a doença isquémica cardíaca e os acidentes vasculares cerebrais;**
- **As doenças infecciosas, particularmente a SIDA e a sífilis congénita.**
- **As doenças mentais, particularmente a depressão e o abuso e a dependência de álcool;**
- **Os traumatismos, particularmente os acidentes de viação e os acidentes laborais.**

No Plano propõem-se uma serie de objectivos no horizonte 2010 para os três primeiros grupos de doenças. Assim, por exemplo, prevê-se chegar a umas taxas de rastreio de 60% na população-alvo de **cancro de mama, do colo do útero, do colon e recto** (Ver tabela 2.4.3.3).

Tabela 2.4.3.3 Metas prioritárias para as doenças neoplásicas

Indicador	Situação actual	Projecção 2010	Meta para 2010
Cancro da mama feminina			
Taxas de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama antes dos 65 anos / 100 000 mulheres ¹	14,3	13,5	10
% de sobrevivência aos 5 anos ²	71,9	ND	75
Cancro do colo do útero			
Taxas de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos / 100 000 mulheres ¹	3,5	3,1	2
% de sobrevivência aos 5 anos ²	55,6	ND	68
Cancro do cólon e recto			
Taxas de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos / 100 000 indivíduos ¹	7,9	7,9	6
% de sobrevivência aos 5 anos (homens) ²	46,3	ND	55

(1) DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2001. (2) Eurocare 3. Os dados da situação actual referem-se a 1998.
 ND - Não se encontra disponível

Fonte: Plano Nacional de Saúde

No que respeita às **doenças cardiovasculares** é proposto, entre outros, um aumento importante da percentagem de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de doença isquémica cardíaca (DIC), que passará da actual percentagem de 2% a 80% em seis anos. Um aumento igualmente destacável será a referenciação após um episódio de DIC a unidades de reabilitação que deverão passar da actual percentagem de 3% para 30%. No capítulo de **Acidente vascular cerebral** (AVC) impõe-se uma redução da taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos por 100.000 indivíduos de 17,9 % na actualidade a 12% (Ver Tabela 2.4.3.4).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.4.3.4 Metas prioritárias para as doenças cardiovasculares

Indicador	Situação actual	Projeção 2010	Meta para 2010
Doença isquémica cardíaca (DIC)			
Taxa de mortalidade padronizada por DIC antes dos 65 anos / 100 000 indivíduos ¹	16,1	14,4	11
% de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de DIC	2	—	80
% de letalidade intra-hospitalar por DIC ¹	6,6	—	< 5
% de referência após um episódio agudo de DIC a unidades de reabilitação	3	—	30
Acidente vascular cerebral (AVC)			
Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos / 100 000 indivíduos ¹	17,9	16,2	12
% de internamentos pela via verde AVC de episódios de AVC	Desconhecido	—	80
% de letalidade intra-hospitalar por AVC ¹	14,5	—	<13
% de referência após um episódio de AVC a unidades de reabilitação	Desconhecido	—	30

(1) DCS. Os dados da situação actual referem-se a 2001

Fonte: Plano Nacional de Saúde

No capítulo de **doenças infecciosas** são incluídos objectivos para a SIDA e para a sífilis congénita. Em concreto, estabelece-se como objectivo uma redução da taxa de mortalidade padronizada por **SIDA** antes dos 65 anos por 100 000 indivíduos de 10,3% a 7%, dois pontos por debaixo das projecções feitas pela Direcção-Geral de Saúde. No caso da sífilis congénita, a redução refere-se à taxa de incidência por 100 000 nados-vivos que deverá desaparecer em 6 anos, que abarca o Plano a partir dos 21 pontos Registados em 2004 (Ver Tabela 2.4.3.5).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.4.3.5 Metas prioritárias para as doenças infecciosas

Indicador	Situação actual	Projeção 2010	Meta para 2010
SIDA			
Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100 000 indivíduos ¹	10,3	9,2	7
Sífilis congénita			
Taxa de incidência/ 100 000 nados-vivos ²	21	12	0

(1) DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2001. (2) DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2002

Fonte: Plano Nacional de Saúde

Como se descreve no ponto 2.4.1, dois destes cinco grupos de doenças (sistema circulatório e cancro) são as principais causas de mortalidade no coletivo de pessoas com idade superior a 65 anos. As restantes doenças têm igualmente impactos importantes neste colectivo produzindo na sua grande maioria necessidade de atenção continuada durante longos períodos de tempo.

2.4.4 Dados sobre a prevalência das doenças crónicas

O Observatório Nacional de Saúde realizou um inquérito a nível do continente do país para estimar a prevalência auto-declarada de algumas doenças crónicas na população. O inquérito realizou-se no último trimestre de 2004 através duma entrevista telefónica aleatória a um elemento de 18 anos ou mais a 1211 unidades de alojamento (UA) com telefone fixo, existindo nestas UA 3434 indivíduos. Obtiveram-se 975 questionários válidos que se referem a 2820 indivíduos. Na tabela seguinte pode-se verificar as prevalências auto-declaradas para algumas doenças crónicas por sexo e para maiores de 65 anos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.4.4.1 Prevalências autodeclaradas em doenças crónicas.

DOENÇAS CRÓNICAS	PREVALÊNCIAS AUTO-DECLARADAS (n=2820 indivíduos)					
	Total				65-74	> 75
	%	n	Homens	Mulheres	%	%
Hipertensão Arterial	18,2%	531	15,4%	20,8%	42,1%	38,3%
Diabetes	5,3%	156	4,8%	5,7%	14%	14,8%
Asma/Bronquite Asmática	8,6%	239	8,2%	8,8%	15,3%	17,1%
Doenças Reumáticas	24%	690	18,3%	29,1%	55,2%	62,5%
Qualquer tipo de cancro*	2%	56	1,3%	3%	5%	5%
Doença da Tiróide*	3,8%	110	0,6%	6,6%	5,5%	4,1%
Doença de Alzheimer*	0,1%	3	-	-	-	-
Doença Bipolar*	0,4%	9	-	-	-	-
Doença de Parkinson*	0,3%	11	-	-	-	-
Doença de Cronh*	0,3%	7	-	-	-	-

* com confirmação médica

Fonte: Observatório Nacional de Saúde

Segundo o estudo, registou-se um total de 531 casos de **hipertensão arterial**, com uma maior percentagem de casos nas mulheres e, no total, para o grupo etário dos mais idosos.

Com relação à **diabetes**, contabilizaram-se 156 casos, não se verificaram diferenças significativas entre as regiões do país e regista-se uma prevalência maior nas mulheres. Novamente as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos foram as que registaram as maiores percentagens.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A prevalência de **asma/ bronquite asmática** é de 239 casos similar entre as regiões, há um maior número de casos nas mulheres e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários.

Com respeito às **doenças reumáticas**, contabilizaram-se 690 casos, não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões, nas mulheres verificou-se a maior percentagem de indivíduos com doença e a prevalência aumenta com a idade.

Não foram encontradas diferenças entre regiões no caso do **cancro**, a prevalência foi declarada em maior número nas mulheres e não foi declarado nenhum caso por pessoas com menos de 25 anos. No total registaram-se 56 casos sendo maior a prevalência em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

No que concerne à **doença da tiróide** foram referidos 110 casos, não se verificaram diferenças significativas entre as regiões e a maior percentagem encontra-se nas pessoas do sexo feminino e em pessoas com idades compreendidas entre 35 a 75 anos.

As prevalências auto-declaradas estimadas apenas para os respondentes de 18 e mais anos (975), foram de 35% para sintomatologia sugestiva de doença do refluxo gastro-esofágico (sensação de ardor/ queimadura retroesternal), de 1,8% para psoríase e de 15,4% para obesidade.

2.5 DESCRIÇÃO DOS RECURSOS

Este capítulo representa a análise de diagnóstico dedicada aos recursos humanos e materiais ao dispor das pessoas com necessidade de recepção de Cuidados Continuados por parte do Serviço Nacional de Saúde e da Segurança Social de Portugal.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), que desde 1979 dá cobertura universal e gratuita, conta com uma rede de hospitais públicos e centros de saúde. As principais responsabilidades de gestão do SNS no continente recaem conjuntamente sobre o Ministério da Saúde e as cinco Administrações Regionais da Saúde (ARS): ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Faro. Por sua vez, as cinco ARS's estão subdivididas no seu conjunto por 18 Sub-regiões de Saúde.

Em Portugal a prestação de serviços em cuidados continuados foi tradicionalmente confiada ao sistema familiar ou a organizações caritativas, razão pela qual este diagnóstico afectará a toda a oferta da Segurança Social (SS) e do Sistema Nacional de Saúde (SNS), os quais oferecem uma cobertura residual aos doentes crónicos e/ou dependentes.

Não obstante, as alterações demográficas verificadas ao longo dos últimos anos, tais como o incremento do emprego feminino e os movimentos migratórios aos centros urbanos, produziram de forma paulatina uma mudança na organização dos sistemas familiares quebrando de alguma forma a rede de apoio que antes constituíam, facto que conduziu a uma crescente sensibilidade por parte dos actores políticos portugueses por forma a criar uma rede de serviços públicos de Cuidados Continuados.

Neste sentido, em 2003 foi aprovada a criação da Rede de Cuidados Continuados por Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de Novembro. Segundo o Decreto-Lei, a Rede estaria formada por “todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para a prestação de cuidados de saúde”. O objectivo era “promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de cuidados continuados: doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar limitação funcional ou dependência; incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a diminuir a angústia e a dignificar o período terminal de vida”. Supõe

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

ainda esta incipiente rede de cuidados continuados, uma tentativa de garantir um regime de complementaridade e articulação entre as redes de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Outro passo importante foi a aprovação do programa Saúde XXI que aprovou importantes iniciativas de entidades de carácter social e de fim lucrativo, destinadas a aumentar a oferta de serviços de Cuidados Continuados. O Programa Operacional Saúde - Saúde XXI - do 3º Quadro Comunitário de Apoio (2000-2006), procura criar condições que facilitem a reorganização e modernização das instituições do sector, dando resposta às necessidades existentes, com vista à melhoria do estado de saúde dos portugueses e do sistema de saúde.

Mais à frente dedicamos um ponto a este respeito.

Organização do trabalho

Para caracterizar a oferta de serviços de saúde em Portugal, a equipa de Gesaworld seguiu três linhas de trabalho:

- A primeira centrada na **revisão documental** para identificação, recompilação e análise da documentação. Para além do suporte proveniente dos media, os documentos utilizados foram:
 - **Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e Produção do SNS, Direcção-Geral da Saúde. 2003**
 - **Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde. 2005**
 - **Portugal Saúde. Indicadores Básicos, Direcção-Geral da Saúde, 2001**
 - **Contributos para um Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas, Ministério da Saúde, Lisboa, 2003.**
 - **Plano de Acção para a Saúde 2004. Áreas Prioritárias, Ministério da Saúde, Lisboa, 2004**
 - **Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2004.**
- A segunda, centrada no **tratamento de dados**, para identificar os aspectos relacionados com a oferta hospitalar e de centros de saúde que numa forma ou outra definirão ou formalizarão as suas características. Os indicadores tratados para a caracterização da oferta foram:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **Dados de internamento 2003 para total Portugal, região e hospital.**
- **Lotação praticada para todo Portugal, região e hospital.**
- **Camas por cada 1000 habitantes para todo Portugal, região e hospital.**
- **Doentes saídos para todo Portugal, região e hospital.**
- **Dias de internamento para todo Portugal, região e hospital.**
- **Taxa de ocupação para todo Portugal, região e hospital.**
- **Demora média para todo Portugal, região e hospital.**
- **Doentes saídos por cama para todo Portugal, região e hospital.**
- **Ratios de cobertura de Cuidados Continuados nos Centros de Saúde para total Portugal, região e distrito.**
- **Mapa de Cuidados Paliativos em Portugal.**
- **Mapa da rede de equipamentos sociais.**
- **Mapa da distribuição das Unidades de Apoio Integrado (UAI) e das Unidades de Internamento.**
- **Mapa de ADI.**
- **Motivos de ingresso em 2005 por valências.**
- **Número de Ingressos em serviços de apoio domiciliário segundo os três principais motivos de ingresso.**
- **% dos principais motivos de ingresso em diferentes instituições em 2005.**
- **Número de ingressos em Lares de Residência segundo os três principais motivos de ingresso no período 2001-2005.**
- **Número de ingressos em Lares de Residência para Idosos segundo os três principais motivos de ingresso no período 2001-2005.**
- **Número de ingressos em Centros de Dia segundo os três principais motivos de ingresso no período 2001-2005.**
- **Número de ingressos em Actividades Ocupacionais segundo os três principais motivos de ingresso no período 2001-2005.**
- **Pessoal médico por cada 1000 habitantes para todo Portugal e por região em Centros de Saúde e Hospitais.**
- **Pessoal de enfermagem por cada 1000 habitantes para todo Portugal e por região em Centros de Saúde e Hospitais.**
- **Pessoal de saúde por cada 1000 habitantes para todo Portugal e por região em Centros de Saúde e Hospitais.**
- **Actividade domiciliária em 2003**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- A terceira linha de trabalho consistiu no **trabalho de campo** com a realização de visitas a centros e experiências para a compreensão da realidade da prestação actual de serviços de saúde. Para tal, procedeu-se à realização de entrevistas com representantes quer do Ministério da Saúde quer de pessoal que trabalha para o SNS.

No anexo 1.3 são apresentados os conteúdos das visitas realizadas.

2.5.1 Respostas dos Centros de Saúde com Cuidados Continuados

A rede de Centros de Saúde do SNS português está composta por **363 centros**, cuja caracterização é resumida neste quadro:

<u>CENTROS DE SAÚDE: PORTUGAL CONTINENTAL</u>		363
Centros de Saúde com SAP		271
Centros de Saúde com Unidades de Internamento		55
	Camas Unidades de Internamento	835

O acesso aos cuidados nos centros de saúde é gratuito, sendo nalguns casos requerido o pagamento de taxas moderadoras. Normalmente os médicos de família cumprem a função de ser pontos de entrada no sistema de saúde (pese a que ultimamente se venham utilizando os serviços de urgência hospitalária para estes efeitos).

Com respeito à oferta de Cuidados Continuados nos Centros de Saúde os documentos base que guiaram o nosso estudo foram, entre outros, o Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 2005 e o relatório Centros de Saúde e Hospitais-Recursos

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

e produção do SNS, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Entre os 363 centros de saúde existentes, foram 309 os que participaram no Inquérito.

Neste inquérito realizou-se a seguinte questão aos centros de saúde: “*¿Existe uma equipa organizada, multiprofissional, especificamente dedicada à prestação de cuidados continuados, com registos próprios e planos de cuidados de cuidados individualizados, integrando as dimensões: médica, de enfermagem, de reabilitação motora-funcional e de apoio social?*”. Os respondentes tinham cinco opções:

- I. Sim, cumprindo totalmente os requisitos enunciados;
- II. Sim, cumprindo a quase totalidade dos requisitos enunciados;
- III. Sim, cumprindo apenas alguns dos requisitos enunciados;
- IV. Não, mas são assegurados plenamente os cuidados médicos e de enfermagem para as necessidades pontuais, no domicílio;
- V. Não, temos frequentemente dificuldade em assegurar cuidados médicos e de enfermagem para as necessidades pontuais, no domicílio.

Por forma a operacionalizar a análise, realizou-se um esforço de caracterização dos centros de saúde com respeito aos cuidados continuados. Estabelecemos como níveis válidos de cobertura de serviços de cuidados continuados os centros que responderam às três primeiras categorias, catalogando a estes centros como oferentes de algum nível de cuidados continuados. Os centros cuja resposta estava entre as opções IV e V foram considerados como não oferentes de cuidados continuados.

Entre os centros que catalogamos como oferentes de cuidados continuados, diferenciamos entre Centros de Saúde com Cuidados Continuados de primeiro nível, de segundo nível e de terceiro nível; segundo tenham respondido à primeira, segunda ou terceira opção de resposta, respectivamente.

Como já foi dito, em Portugal continental existem 363 centros de saúde. Dos 309 que respondem ao Inquérito, foram **14 os centros que responderam à primeira opção de resposta**, tendo sido como tal consideramos como provedores de um **“nível apropriado” de serviços de cuidados continuados**. No quadro seguinte recolhemos os indicadores básicos que nos permitem obter os níveis de cobertura de saúde nos centros de saúde para o total da população continental e por grupo etário de pessoas com mais de 65 anos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.5.1.1. Cuidados Continuados nos Centros de Saúde (2005)

Cuidados Continuados nos Centros de Saúde					
	Censo 2001	Utentes CS	Cobertura	Nº Centros com CC	Total Centros
População	9.869.343	9.760.673	99%	14 do 1º Nível	363
População + 65 anos	1.628.596	1.647.658	101%	59 do 2º Nível	
População 65-74 anos	953.558	891.028	93%		
População 75-84 anos	529.033	584.060	110%	77 do 3º Nível	
População + 85 anos	146.005	172.570	118%		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

Era de esperar para um país do nível de desenvolvimento de Portugal, que os centros de saúde oferecessem um nível de 100% de cobertura em saúde para o total da população. Sendo este um dado esperado, este diagnóstico procura conhecer o nível da oferta de cuidados continuados. Desta forma, um primeiro passo será o de reconhecer os centros de saúde que têm **“primeiro nível” de serviços de cuidados continuados**. Analisemos a seguinte tabela:

Tabela. 2.5.1.2. Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 1º nível (2005)

Centros de Saúde com 1º nível de Cuidados Continuados			
Centro com CC de 1º nível	Utentes do Centro	Total Utentes Potugal	Cobertura
Chaves nº2 (Vila Real)	20.714	9760673	5,20%
Nelas (Viseu)	14.283		
Oliveira de Frades (Viseu)	10.787		
Graça (Lisboa)	33.834		
Odivelas (Lisboa)	100.816		
Penha de França (Lisboa)	37.321		
S Mamede Sª Isabel (Lisboa)	17.614		
Cova da Piedade (Setubal)	70.136		
Sesimbra (Setubal)	40.032		
Mértola (Beja)	8.245		
Mora (Évora)	6.219		
Loulé (Faro)	71.014		
Silves (Faro)	35.224		
Olhao (Faro)	41.238		
Total Utentes Centros 1º nível	507.477		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de

Saúde. 2004

Como vemos, os **14 centros** de saúde que têm serviços de Cuidados Continuados (CC) dispõem de **507.477 utentes**. Portanto, este quase meio milhão de cidadãos são os que têm acesso aos **CC de 1º nível**. Isto representa **5,20 %** do total dos utentes dos Centros de Saúde portugueses. É relevante comprovar qual é este nível para a população maior de 65 anos:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.5.1.3. Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 1º nível em pessoas com idade superior a 65 anos. (2005)

Centros de Saúde com 1º nível de Cuidados Continuados			
Centro con CC de 1º nível	Utentes do centro + 65 anos	Utentes Portugal + 65 anos	Cobertura
Chaves nº2 (Vila Real)	4.319	1647658	5,72%
Nelas (Viseu)	3.031		
Oliveira de Frades (Viseu)	2.064		
Graça (Lisboa)	8.886		
Odivelas (Lisboa)	11.956		
Penha de França (Lisboa)	10.289		
S Mamede Sª Isabel (Lisboa)	4.229		
Cova da Piedade (Setubal)	12.939		
Sesimbra (Setubal)	6.558		
Mértola (Beja)	2.777		
Mora (Évora)	1.937		
Loulé (Faro)	13.061		
Silves (Faro)	5.298		
Olhao (Faro)	6.897		
Total Utentes Centros 1º nível	94.241		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

A situação percentual apenas muda quando analisamos o nível de cobertura para a população de **mais de 65 anos**. No total existem aproximadamente **94 mil utentes dos Centros de Saúde do SNS com mais de 65 anos que dispõem dos serviços de cuidados continuados**, o que supõe **5,72% da população idosa de mais de 65 anos**.

A oferta de cuidados continuados de **“segundo nível”** está composta por aqueles centros que, segundo o declarado, cumprem quase a totalidade dos requisitos para prestar serviços de cuidados continuados. Portanto, estão prestando algum tipo de atenção de cuidados continuados mas sem uma estruturação e organização completa, o que não permite afirmar que estejam oferecendo uma cobertura total. Na seguinte tabela temos a relação dos centros com o número de utentes e a cobertura que representam:

Tabela. 2.5.1.4. Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 2º nível. (2005)

Centros de Saúde com 2º nível de Cuidados Continuados			
Centro com CC de 2º nível	Utentes do Centro	Total Utentes Portugal	Cobertura nível 2
Chaves nº1 (Vila Real)	26.822	9.760.673	24,54%
Alijó (Vila Real)	15.030		
Santa Marta de Penaguião (Vila Real)	9.258		
Barcelos/Barcelinhos (Braga)	129.792		
Caldas das Tapias-Guimarães (Braga)	50.374		
Alfandega da Fé (Bragça.)	5.963		
Bragança (Bragça.)	41.098		
Mogadouro (Bragça.)	11.555		
Baião (Porto)	22.608		
ULSM (Porto)	179.361		
Valongo/Ermesinde (Porto)	96.097		
Araco de Valdevez (Viana do C.)	26.369		
Castelo de Paiva (Aveiro)	18.761		
Ílhavo (Aveiro)	41.691		
Castelo Branco (Cast. Branco)	57.224		
Lousã (Coimbra)	17.430		
Pampilhosa da Serra (Coimbra)	4.901		
Penela (Coimbra)	6.604		
Aguar da Beira (Guarda)	7.079		
Gouveia (Guarda)	17.235		
Pinhel (Guarda)	11.637		
Trancoso (Guarda)	10.985		
Carregal do Sal (Viseu)	12.441		
Mangualde (Viseu)	21.466		
Alameda (Lisboa)	59.232		
Alenquer (Lisboa)	39.994		
Algueirão - Mem Martins (Lisboa)	64.591		
Cadaval (Lisboa)	14.257		
Carnaxide (Lisboa)	96.836		
Cascais e Centro Diagnóstico Pneumológico (Lisboa)	108.028		
Luz Soriano (Lisboa)	22.471		
Mafra (Lisboa)	54.358		
Oeiras (Lisboa)	96.007		
Olivais (Lisboa)	52.378		
Pontinha (Lisboa)	40.605		
Póvoa Santa Iria (Lisboa)	51.625		
Queluz (Lisboa)	111.610		
Reboleira (Lisboa)	67.153		
Ria de Mouro (Lisboa)	48.230		
Santo Condestavel (Lisboa)	20.975		
Torres Vedras (Lisboa)	85.418		
Almeirim (Santarem)	25.955		
Entroncamento (Santarem)	22.081		
Santarém (Santarem)	75.228		
Torres Novas (Santarem)	40.141		
Bonfim - Setúbal (Setubal)	73.040		
Moita (Setubal)	35.173		
Palmela (Setubal)	55.253		
Seixal (Setubal)	58.116		
Serpa (Beja)	17.528		
Alandroal (Évora)	6.382		
Arraiolos (Évora)	7.437		
Estremoz (Évora)	15.845		
Portel (Évora)	6.947		
Vendas Novas (Évora)	12.409		
Fronteira (Portalegre)	3.733		
Gavião (Portalegre)	4.852		
Portimão (Faro)	53.507		
Castro Marin (Faro)	6.171		
Total Utentes Centros 2º nível	2.395.347		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Verifica-se que 59 centros responderam à segunda opção de resposta, o que significa que não cumprem o total de requisitos enunciados na pergunta do inquérito. Estes centros dispõem de 2.395.347 utentes, o que supõe **24,54% do total de utentes de Portugal continental**. Para as pessoas com mais de 65 anos, a situação no 2º nível é a que se pode observar na tabela seguinte:

Tabela. 2.5.1.5. Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 2º nível > 65 anos. (2005)

Centros de Saúde com 2º nível de Cuidados Continuados			
Centro com CC de 2º nível	Utentes do centro + 65 anos	Utentes Portugal + 65 anos	Cobertura nível 2 + 65 anos
Chaves nº1 (Vila Real)	5.821	1647658	24,93%
Alijó (Vila Real)	3.560		
Santa Marta de Penaguião (Vila Real)	2.037		
Barcelos/Barcelinhos (Braga)	16.542		
Caldas das Tapias-Guimarães (Braga)	5.292		
Alfandega da Fé (Bragça.)	0		
Bragança (Bragça.)	8.493		
Mogadouro (Bragça.)	2.786		
Baião (Porto)	4.004		
ULSM (Porto)	26.001		
Valongo/Ermesinde (Porto)	11.089		
Araco de Valdevez (Viana do C.)	7.162		
Castelo de Paiva (Aveiro)	2.484		
Ílhavo (Aveiro)	6.087		
Castelo Branco (Cast. Branco)	13.345		
Lousã (Coimbra)	3.733		
Pampilhosa da Serra (Coimbra)	1.861		
Penela (Coimbra)	1.908		
Aguiar da Beira (Guarda)	1.807		
Gouveia (Guarda)	4.835		
Pinhel (Guarda)	3.240		
Trancoso (Guarda)	3.396		
Carregal do Sal (Viseu)	2.850		
Mangualde (Viseu)	4.637		
Alameda (Lisboa)	12.952		
Alenquer (Lisboa)	7.369		
Algueirão - Mem Martins (Lisboa)	8.087		
Cadaval (Lisboa)	3.499		
Carnaxide (Lisboa)	16.558		
Cascais e Centro Diagnóstico Pneumológico (Lisboa)	18.192		
Luz Soriano (Lisboa)	4.973		
Mafra (Lisboa)	8.468		
Oeiras (Lisboa)	14.910		
Olivais (Lisboa)	12.652		
Pontinha (Lisboa)	5.226		
Póvoa Santa Iria (Lisboa)	4.168		
Queluz (Lisboa)	13.513		
Reboleira (Lisboa)	11.162		
Ria de Mouro (Lisboa)	4.996		
Santo Condestável (Lisboa)	5.612		
Torres Vedras (Lisboa)	13.971		
Almeirim (Santarem)	5.278		
Entroncamento (Santarem)	3.377		
Santarém (Santarem)	14.075		
Torres Novas (Santarem)	8.746		
Bonfim - Setúbal (Setubal)	13.548		
Moita (Setubal)	6.013		
Palmela (Setubal)	10.160		
Seixal (Setubal)	8.489		
Serpa (Beja)	4.420		
Alandroal (Évora)	1.877		
Arraiolos (Évora)	2.040		
Estremoz (Évora)	4.426		
Portel (Évora)	1.815		
Vendas Novas (Évora)	3.744		
Fronteira (Portalegre)	1.169		
Gavião (Portalegre)	1.913		
Portimão (Faro)	8.743		
Castro Marim (Faro)	1.644		
Total Utentes Centros 2º nível	410.755		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Assim, verifica-se que o número de pessoas com idade superior a 65 anos utentes dos centros de 2º nível são 410.755

Na tabela em seguida podemos observar informação relativa aos centros de 3º nível:

Tabela. 2.5.1.6. Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 3º nível. (2005)

Centros de Saúde com 3º nível de Cuidados Continuados			
Centro con CC de 3º nível	Utentes do Centro	Total Utentes Região	Cobertura
Ribeira de Pena (Vila Real)	8.437	9760673	32%
Braga (Braga)	184.347		
Póvoa de Lanhoso (Braga)	26.643		
V. N. de Famalicão	133.449		
Vila Verde (Braga)	52.161		
Vieira do Minho (Braga)	14.724		
Carrazeda de Ansiães (Bragça.)	7.495		
Macedo de Cavaleiros (Bragça.)	18.994		
Miranda do Douro (Bragça.)	8.415		
Torre de Moncorvo (Bragça.)	9.936		
Vila Flor (Bragça.)	8.125		
Vinhais (Bragça.)	10.073		
Barão do Corvo (Porto)	61.747		
Felgueiras (Porto)	64.940		
Gondomar e Foz do Sousa (Porto)	67.674		
Lousada (Porto)	40.862		
Paços de Ferreira (Porto)	58.703		
Barroselas (Viana do C.)	13.852		
Caminha (Viana do C.)	19.539		
Darque (Viana do C.)	27.817		
Monção (Viana do C.)	21.089		
Viana do Castelo (Viana do C.)	51.477		
Albergaria-a-velha (Aveiro)	24.638		
Espinho (Aveiro)	42.087		
Murtosa (Aveiro)	12.038		
Ovar (Aveiro)	57.739		
Santa Maria da Feira (Aveiro)	138.075		
Sertã (Cast. Branco)	17.729		
Soure (Coimbra)	21.955		
Alvaiázere (Leiria)	8.591		
Caldas da Rainha (Leiria)	56.794		
Arnaldo Sampaio (Leiria)	61.739		
Peniche (Leiria)	29.430		
Pombal (Leiria)	57.642		
Castro Daire (Viseu)	18.590		
Lamego (Viseu)	30.061		
Mortagua (Viseu)	11.419		
Sátão (Viseu)	14.725		
Tarouca (Viseu)	10.690		
Viseu 1 (Viseu)	44.846		
Viseu 3 (Viseu)	33.517		

Ajuda (Lisboa)	29.614	9760673	32%
Alcantara (Lisboa)	24.860		
Alhandra-Alverca (Lisboa)	45.712		
Alvalade (Lisboa)	35.805		
Amadora (Lisboa)	60.773		
Aruda dos Vinhos (Lisboa)	10.323		
Azambuja (Lisboa)	21.563		
Benfica (Lisboa)	65.705		
Cacém (Lisboa)	79.932		
Coração de Jesus (Lisboa)	25.544		
Lapa (Lisboa)	28.107		
Loures (Lisboa)	71.737		
Lourinhã (Lisboa)	25.474		
Lumiar (Lisboa)	75.889		
Marvila (Lisboa)	39.244		
Parede (Lisboa)	88.315		
Sacavém (Lisboa)	133.359		
Sete Rios (Lisboa)	76.213		
Venda Nova (Lisboa)	68.975		
Vila Franca de Xira (Lisboa)	13.776		
Alpiarça (Santarem)	7.764		
Ferreira do Zêzere (Santarem)	9.744		
Golegã (Santarem)	5.727		
Mação (Santarem)	8.338		
Vila Nova da Barquinha (Santarem)	8.471		
Alcochete (Setubal)	13.010		
Amora (Setubal)	65.046		
Baixa da Banheira (Setubal)	37.885		
Corroios (Setubal)	49.425		
Grandola (Setubal)	14.901		
Montijo (Setubal)	46.791		
S. Sebastião (Setubal)	56.893		
Évora (Évora)	56.519		
Redondo (Évora)	7.461		
Vila Viçosa (Évora)	9.162		
Alter do Chão (Portalegre)	4.252		
Arronches (Portalegre)	3.346		
Campo Maior (Portalegre)	12.269		
Aviz (Portalegre)	4.962		
Castelo de Vide (Portalegre)	4.325		
Marvão (Portalegre)	3.585		
Monforte (Portalegre)	3.860		
Ponte de Sor (Portalegre)	15.334		
Portalegre (Portalegre)	29.862		
Sousel (Portalegre)	5.696		
Monchique (Faro)	7.156		
San Brás de Alportel (Faro)	10.292		
Vila do Bispo (Faro)	6.807		
Vila Real de S. António (Faro)	20.729		
Total Utentes Centros 3º nível	3.153.336		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Verificamos que foram 90 os centros de saúde que declararam cumprir alguns dos requisitos enunciados na questão do inquérito e portanto, em princípio, susceptíveis de melhoria e fortalecimento para a prestação dos cuidados continuados já que as condições declaradas não asseguram uma prestação óptima em cuidados continuados segundo actuais definições desta modalidade de serviços. Abrangem estes centros 31% dos utentes do total de centros de saúde de Portugal. Com relação à população com idade superior a 65 anos para o 3º nível, há 497.425 utentes, representando 31% dos utentes totais de Portugal continental.

Segundo os dados declarados pelos centros de saúde em resposta ao Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 2003, somente 14 centros cumprem a totalidade de requisitos ao nível de cuidados continuados contemplados na questão: existência de uma equipa organizada, multiprofissional, especificamente dedicada à prestação de cuidados continuados, com registos próprios e planos de cuidados continuados individualizados, integrando as dimensões médica, de enfermagem, de reabilitação motora-funcional e de apoio social. Assim, em Portugal apenas 507.477 pessoas (utentes destes 14 centros de saúde) tem acesso a uma resposta organizativa estruturada especificamente para cuidados continuados, o que representa 5,2% da população. São 94.241 os utentes com idade maior a 65 anos do total de centros de nível 1, o que significa que apenas 5,72% da população portuguesa desta idade está coberta por cuidados continuados deste nível. No entanto, tal como se pode observar no gráfico 2.5.1.1., um total 163 centros de saúde, ainda que sem dispôr de uma equipa específica e estruturada, prestam algum nível de atenção domiciliária a pessoas com doentes crónicos ou dependentes.

Assim, pode-se concluir que **apenas 5,2% da população portuguesa está coberta por Centros de Saúde que declaram uma prestação completa em cuidados continuados** e que **40% da população portuguesa continental é utente de Centros de Saúde que não dispõem de nenhum tipo de resposta em Cuidados Continuados.**

Passamos agora à análise destes dados por região. Para fazer mais ágil este documento de diagnóstico emitimos os resultados mais relevantes. Em anexo podem-se consultar todas as tabelas e gráficos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Centros de Saúde da ARS Norte

Na ARS Norte há um total de 107 centros de saúde. No seguinte quadro vemos alguns dados:

<u>CENTROS DE SAÚDE ARS NORTE</u>	<u>107</u>
<i>Centros de Saúde com SAP</i>	95
<i>Centros de Saúde com Unidades de Internamento</i>	19
Total de Camas	355

Tabela. 2.5.1.7. Cuidados Continuados 1º nível, ARS Norte. (2005)

Cuidados Continuados nos Centros de Saúde				
	Censo 2001	Utentes CS	Nº Centros com CC	Total Centros
População	3.687.293	3.112.766	1 do 1º Nível	107
População + 65 anos	514.758	436.472	12 do 2º Nível	
População 65-74 anos	306.679	245.281		
População 75-84 anos	163.994	148.332		
População + 85 anos	44.085	42.859	22 do 3º Nível	

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

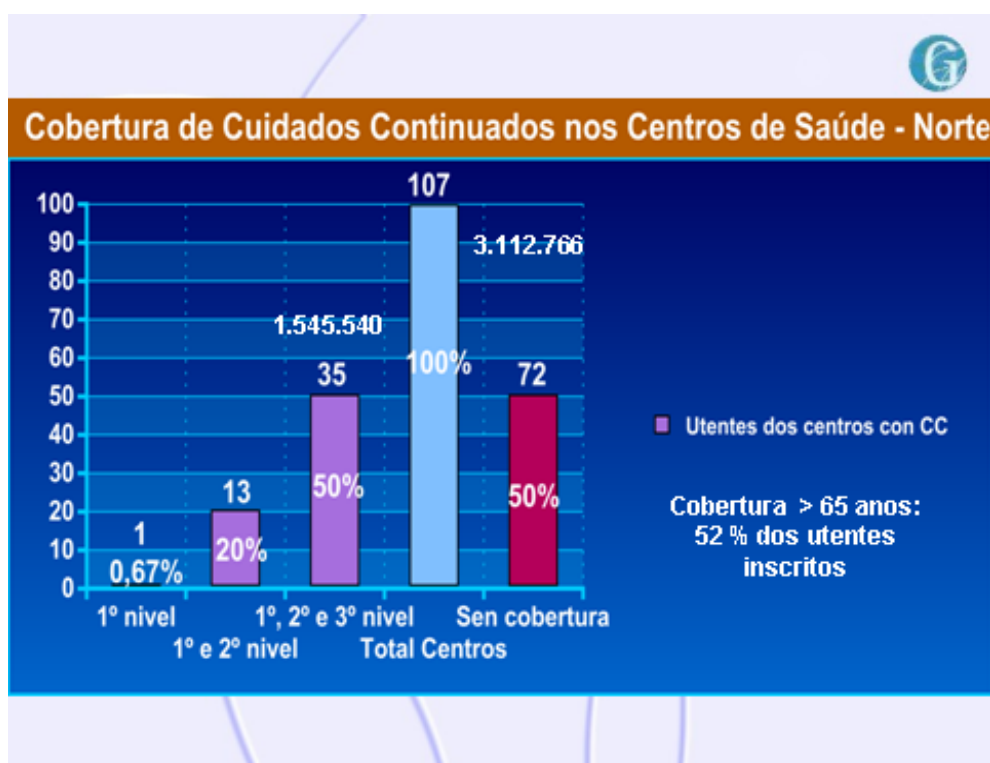
A ARS Norte conta com **um só Centro de Saúde com serviços de cuidados continuados de nível 1**. Este é o CS Chaves nº2, situado no distrito de Vila Real. Este CS tem 20.714 utentes o qual representa uma cobertura do **0,67% em nível 1 de serviços CC**. No caso das pessoas maiores de 65 anos é de 1%.

No caso dos **CS de 2º nível**, há 12 na região Norte que dispõem de 614.327 utentes, supondo **20%** de cobertura para o nível dado. Com relação ao nível 3 na ARS Norte, são 22 os CS que oferecem estes serviços a 910.499 utentes. O quadro resumo da cobertura de Cuidados Continuados agregando os três níveis é o seguinte:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Figura. 2.5.1.2. Cobertura de Cuidados Continuados na ARS Norte. 2005



Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde. 2004

Centros de Saúde da ARS Centro

A rede de Centros de Saúde dispõe na ARS Centro de **109 centros** cujas características se podem observar nos seguintes quadros:

<u>CENTROS DE SAÚDE ARS CENTRO</u>	<u>109</u>
<i>Centros de Saúde com SAP</i>	86
<i>Centros de Saúde com Unidades de Internamento</i>	15
Total de Camas	203

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.5.1.8. Cuidados Continuados na ARS Centro. (2005)

Cuidados Continuados nos Centros de Saúde ARS Centro				
	Censo 2001	Utentes CS	Nº Centros com CC	Total Centros
População	2.348.397	2.310.052	2 do 1º Nível	109
População + 65 anos	456.678	455.975	12 do 2º Nível	
População 65-74 anos	259.147	237.770		
População 75-84 anos	153.795	167.652	19 do 3º Nível	
População + 85 anos	43.736	50.553		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

A ARS Centro dispõe de **dois Centros de Saúde de nível 1** que apresentam os seguintes dados:

Tabela. 2.5.1.9. Cuidados Continuados de 1º nível na ARS Centro. (2005)

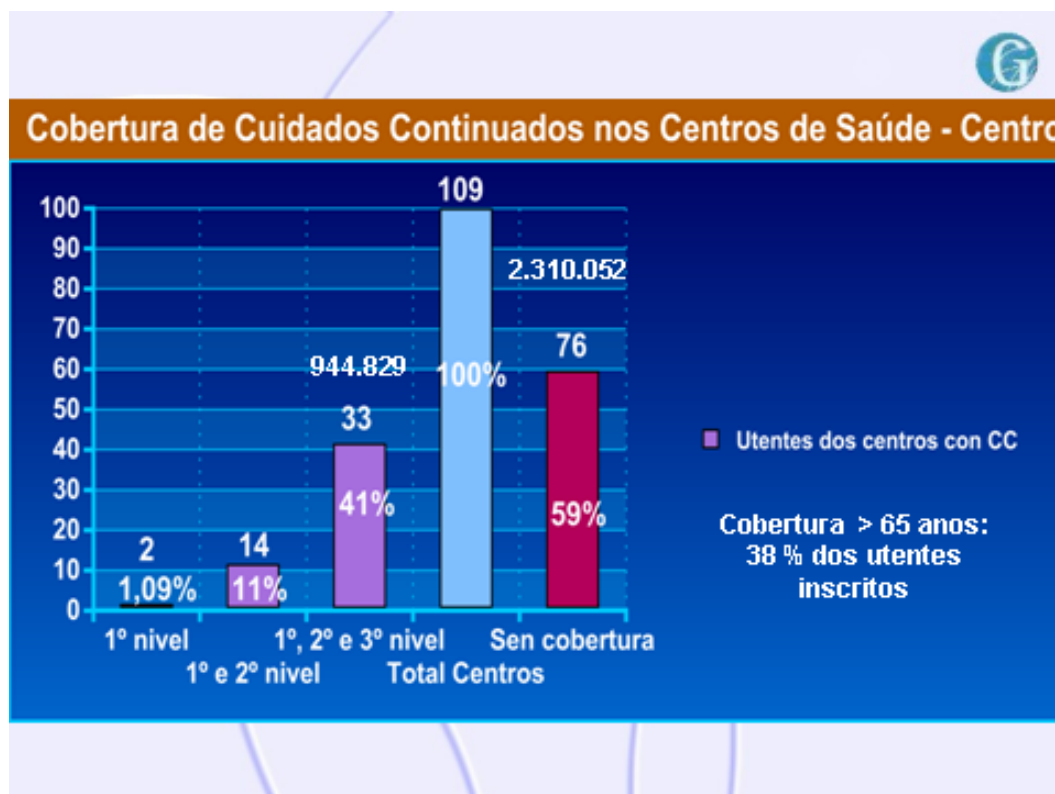
Centros de Saúde com 1º nível de Cuidados Continuados			
Centro com CC de 1º nível	Utentes do Centro	Total Utentes Região	Cobertura Rg.
Nelas (Viseu)	14.283	2.310.052	1,09%
Oliveira de Frades (Viseu)	10.787		
Total Utentes Centros 1º nível	25.070		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

Se prestamos atenção ao segundo nível de serviços de cuidados continuados verificamos que há **12 centros** que dispõem deste nível de oferta. A percentagem de cobertura neste nível é de 10%. Com respeito aos centros de saúde com o 3º nível de serviços de CC, há 19 centros que assim o acreditam; sendo a oferta agregada de níveis 1, 2 e 3 de 41%. O gráfico seguinte é um resumo da situação na ARS Centro:

Figura. 2.5.1.3. Cobertura de Cuidados Continuados na ARS Centro. 2005



Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde. 2004

Centros de Saúde da ARS Lisboa – Vale do Tejo

Há **87 Centros de Saúde** na ARS Lisboa – Vale do Tejo, que apresentam as seguintes características:

<u>CENTROS DE SAÚDE ARS LISBOA – VALE DO TEJO 87</u>	
<i>Centros de Saúde com SAP</i>	44
<i>Centros de Saúde com Unidades de Internamento</i>	4
Total de Camas	47

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.5.1.10. Cuidados Continuados na ARS LVT. (2005)

Cuidados Continuados nos Centros de Saúde ARS Lisboa - Vale do Tejo				
	Censo 2001	Utentes CS	Nº Centros com CC	Total Centros
População	2.661.850	3.500.402	6 do 1º Nível	87
População + 65 anos	410.046	576.779		
População 65-74 anos	247.115	316.205	25 do 2º Nível	
População 75-84 anos	128.269	200.539		
População + 85 anos	34.662	60.035	32 do 3º Nível	

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

Como vemos na tabela anterior há seis Centros de Saúde que dispõem de serviços de Cuidados Continuados para as suas populações:

Tabela. 2.5.1.11. Cuidados Continuados de 1º nível na ARS LVT. (2005)

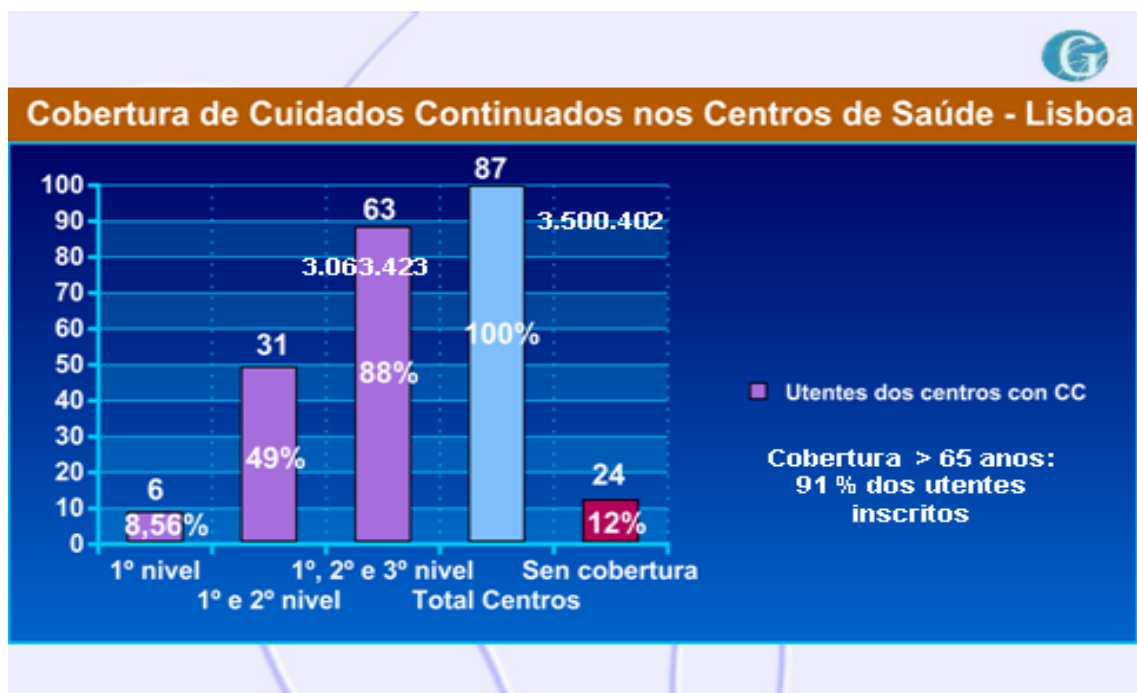
Centros de Saúde com 1º nível de Cuidados Continuados			
Centro com CC de 1º nível	Utentes do Centro	Total Utentes Região	Cobertura Rg.
Graça (Lisboa)	33.834	3.500.402	8,56%
Odivelas (Lisboa)	100.816		
Penha de França (Lisboa)	37.321		
S Mamede Sª Isabel (Lisboa)	17.614		
Cova da Piedade (Setubal)	70.136		
Sesimbra (Setubal)	40.032		
Total Utentes Centros 1º nível	299.753		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

Se analisamos a situação no segundo nível vemos que há 25 centros que incorporam 1.418.755 utentes, supondo um 41% de cobertura para o total a região. Ademais tem a região 32 CS de terceiro nível. Pode-se observar a situação no seguinte gráfico:

Figura. 2.5.1.4. Cobertura de Cuidados Continuados na ARS LVT. 2005



Centros de Saúde da ARS Alentejo

Na ARS Alentejo há **44 Centros de Saúde**, apresentando as seguintes características:

<u>CENTROS DE SAÚDE ARS ALENTEJO</u>	<u>44</u>
<i>Centros de Saúde com SAP</i>	<i>33</i>
<i>Centros de Saúde com Unidades de Internamento</i>	<i>10</i>
Total de Camas	106

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.5.1.12. Cuidados Continuados na ARS Alentejo. (2005)

Cuidados Continuados nos Centros de Saúde ARS Alentejo				
	Censo 2001	Utentes CS	Nº Centros com CC	Total Centros
População Total	776.585	416.900	2 do 1º Nível	44
População + 65 anos	173.501	106.799		
População 65-74 anos	99.349	54.551	8 do 2º Nível	
População 75-84 anos	58.032	39.705		
População + 85 anos	16.120	12.543	13 do 3º Nível	

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

O nível 1 de prestação de cuidados continuados nos Centros de Saúde do Alentejo está representado por **dois centros** que são os que vemos na seguinte tabela:

Tabela. 2.5.1.13. Cuidados Continuados de 1º nível na ARS Alentejo. (2005)

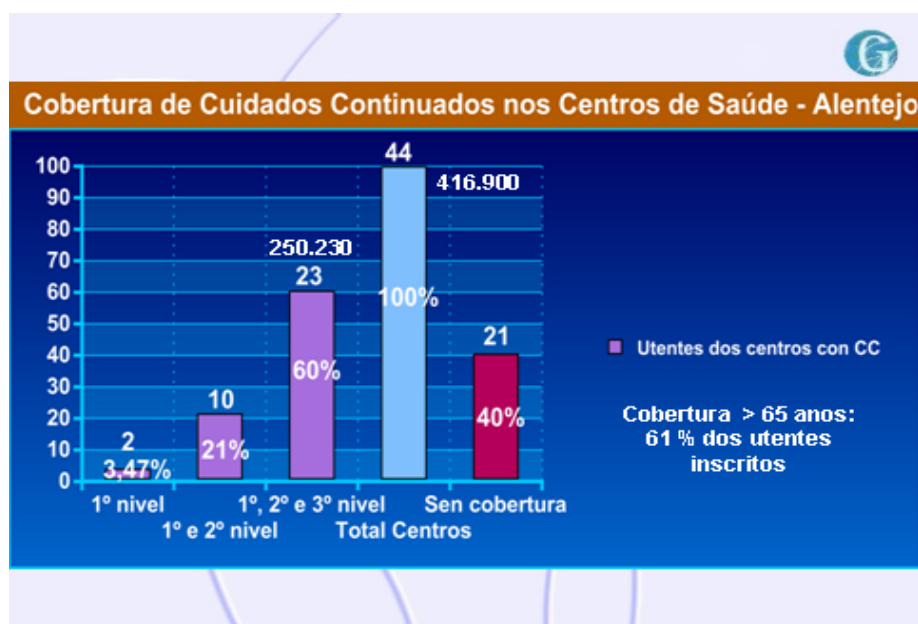
Centros de Saúde com 1º nível de Cuidados Continuados			
Centro com CC de 1º nível	Utentes do Centro	Total Utentes Região	Cobertura Rg.
Mértola (Beja)	8.245	416.900	3,47%
Mora (Évora)	6.219		
Total Utentes Centros 1º nível	14.464		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

Para o segundo nível há 8 centros, o que faz acrescentar o nível de cobertura em 18%. Com nível 3 existem 13 centros na região o que fortalece a oferta de cuidados continuados numa região tão necessitada dos mesmos como é o Alentejo. Vejamos o seguinte gráfico como resumo da situação:

Figura. 2.5.1.5. Cobertura de Cuidados Continuados na ARS Alentejo. 2005



Centros de Saúde da ARS Algarve

Por último, na ARS Algarve há 16 Centros de Saúde, com as seguintes características:

<u>CENTROS DE SAÚDE ARS ALGARVE</u>	16
<i>Centros de Saúde com SAP</i>	<i>13</i>
<i>Centros de Saúde com Unidades de Internamento</i>	<i>7</i>
Total de Camas	124

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.5.1.14. Cuidados Continuados na ARS Algarve. (2005)

Cuidados Continuados nos Centros de Saúde ARS Alentejo				
	Censo 2001	Utentes CS	Nº Centros com CC	Total Centros
População	395.218	420.553	3 do 1º Nível	16
População ? 65 anos	73.613	71.633		
População 65-74 anos	41.268	37.221	2 do 2º Nível	
População 75-84 anos	24.943	27.832		
População ? 85 anos	7.402	6.580	4 do 3º Nível	

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.
2004

Vemos como apenas há diferença entre os diferentes níveis de cobertura. No 1º nível estão os seguintes centros:

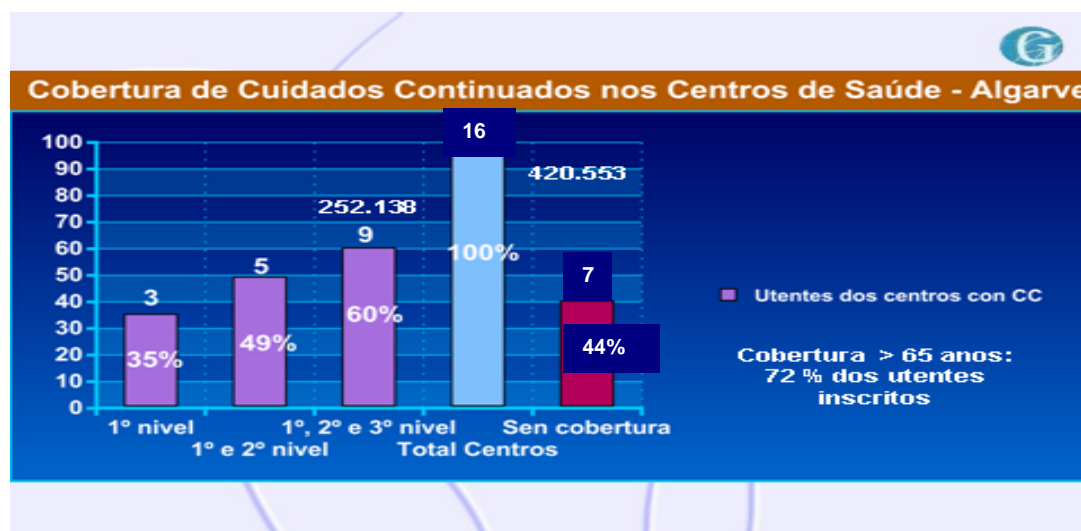
Tabela. 2.5.1.15. Cuidados Continuados de 1º nível na ARS Algarve. (2005)

Centros de Saúde com 1º nível de Cuidados Continuados			
Centro con CC de 1º nivel	Utentes do Centro	Total Utentes Região	Cobertura Rg.
Loulé (Faro)	71.014	420.553	35%
Silves (Faro)	35.224		
Olhao (Faro)	41.238		
Total Utentes Centros 1º nivel	147.476		

Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.
2004

Se sumamos os utentes dos centros de saúde com cuidados continuados com níveis 2 e 3 a cobertura alcança 60% dos usuários do SNS da região do Algarve. No seguinte gráfico resumimos os dados:

Figura. 2.5.1.6. Cobertura de Cuidados Continuados na ARS Algarve. 2005



Elaboração própria. Fonte: Inquérito do Ministério da Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde.

2004

2.5.2 Respostas de Apoio Domiciliário (ADI e PAII)

2.5.2.1. Apoio Domiciliário Integrado

O Ministério da Segurança Social e do Trabalho, através do Programa de **Apoio Domiciliário Integrado (ADI)**, complementa a oferta a dependentes, que é uma resposta a prestar no domicílio com intervenção articulada do apoio social e dos cuidados da saúde continuados, que se concretiza através dum conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, visando promover a autonomia das pessoas em situação de dependência.

Os objectivos do Apoio Domiciliário são:

Objectivos gerais:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias.
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Objectivos específicos:

- Assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação das necessidades básicas.
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psico-social aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem estar.
- Colaborar na prestação de cuidados de saúde.

Existem **111 unidades de Apoio Domiciliário Integrado em Portugal continental que dão cobertura a 1.094 utentes**. É importante conhecer a distribuição territorial destas unidades, que se pode observar na seguinte tabela:

Tabela 2.5.2.1.1 Distribuição territorial de ADI.

REGIÃO	DISTRITO	Núm ADI	UTENTES ABRANGIDOS
ALGARVE	Faro	7	60
ALENTEJO	Beja	12	105
NORTE	Vila Real	1	8
	Viana do Castelo	5	15
	Bragança	11	219
CENTRO	Aveiro	16	150
	Castelo Branco	4	40
	Coimbra	5	40
	Guarda	5	51
	Leiria	8	91
	Viseu	4	45
LISBOA E VALE DO TEJO	Lisboa	7	53
	Santarém	18	75
	Setúbal	8	142
Total		111	1094

Elaboração própria. Fonte: Ministério da Segurança Social e do Trabalho. 2005

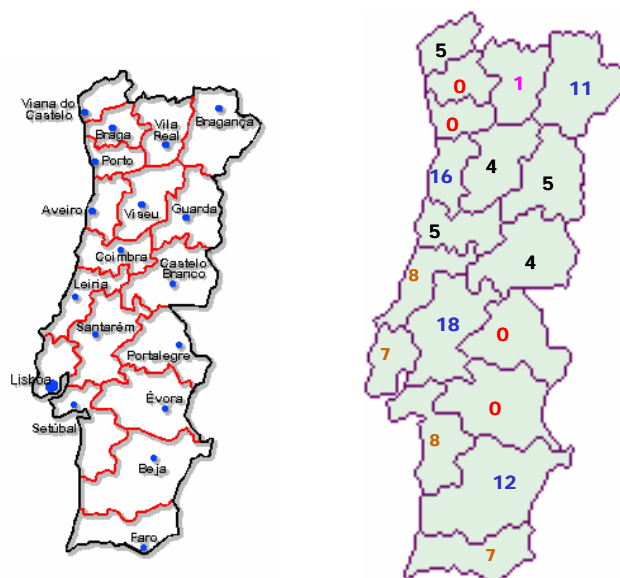
Vemos como os distritos com maior oferta de ADI's são Santarém (18 unidades e 75 utentes), Aveiro (16 unidades e 150 utentes), Beja (12 unidades e 105 utentes) e Bragança (com 11 unidades e 219 utentes).

No seguinte mapa pode observar-se a distribuição das ADI's:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Mapa 2.5.2.1.1 Distribuição de ADI's por distrito em Portugal continental



Elaboração própria. Fonte: Ministério da Segurança Social e do Trabalho

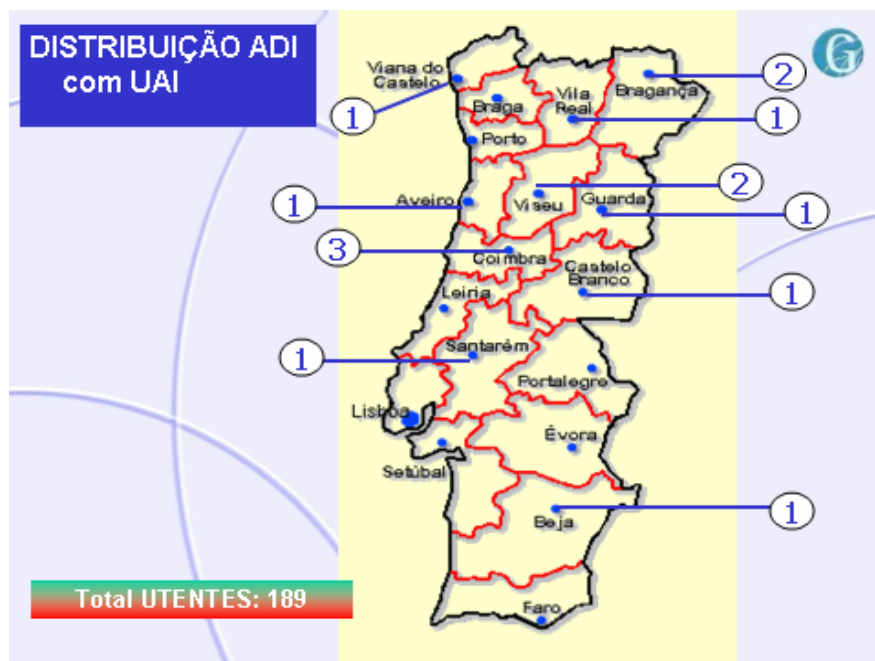
Os distritos de Évora, Portalegre, Porto e Braga não têm ADI, carecendo a sua população duma oferta de serviços a dependentes existente nos outros distritos. Esta situação é especialmente grave no distrito de Braga já que não dispõe das duas ofertas mais destacadas de apoio a pessoas em situação de dependência: Unidade de Apoio Integrado e Apoio Domiciliário Integrado.

Precisamente esta relação entre ADI e UAI é importante para calibrar o nível de oferta a pessoas dependentes. No seguinte quadro vemos a distribuição e o número de UAI's que se complementam com ADI's em Portugal continental:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Figura 2.5.2.1.1 Distribuição territorial de ADI e UAI



Elaboração própria. Fonte: Ministério da Segurança Social e do Trabalho

No mapa anterior pode-se verificar que em todo o continente **existem 14 experiências onde se complementa o Apoio Integrado em Unidades específicas para este tipo de cuidados e o Apoio Domiciliário a pessoas em situação de dependência.**

2.5.2.2. Apoio Integrado a Idosos

Para além do Apoio Domiciliário Integrado, o Ministério da Saúde e o Ministério da Segurança Social e do Trabalho criaram o **Programa de Apoio Integrado a Idosos** em 1994. Os objectivos que visa são os seguintes:

- Promover a autonomia das pessoas idosas e/ou pessoas com dependência, prioritariamente no seu meio habitual de vida.
- Estabelecer medidas que visem melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços.
- Implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência, especialmente idosos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade.
- Desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão.

O PAII desenvolve-se por projectos e acções, nomeadamente o **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)**, os **Centros de Apoio a Dependentes/ Centros Pluridisciplinares de Recursos (CAD)**, a **Formação de Recursos Humanos (FORHUM)**, o **Serviço de Tele-alarme (STA)**, o projecto **Saúde e Termalismo Sénior** e os **Passes Terceira Idade**, que constam do plano anual aprovado pelos dois Ministérios.

De maneira breve, fazemos uma resenha de cada um dos projectos que promove o PAII:

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD):** Visa a manutenção das pessoas idosas ou das pessoas com dependência, no seu ambiente habitual de vida, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. Neste âmbito os projectos desenvolvem-se tendo em conta nomeadamente o alargamento da cobertura existente, a extensão do apoio à totalidade das vinte e quatro horas, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas.
- **Centro de Apoio a Dependentes/ Centro Pluridisciplinar da Recursos (CAD):** Os CAD são centros de recursos locais, abertos à comunidade, para apoio temporário, que visam a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência. Desenvolvem-se a partir de estruturas já existentes, assegurando apoio e cuidados diversificados na perspectiva da promoção da maior autonomia possível e da continuação de um projecto de vida participativa. A componente de internamento que esta resposta pode ter, desenvolve-se em pequenas unidades, de cariz familiar e muito humanizado, com forte ligação ao serviço de apoio domiciliário, criando condições para a participação da família e para o retorno ao meio habitual de vida o mais rapidamente possível.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **Formação de Centro de Recursos Humanos (FORHUM):** Este projecto destina-se prioritariamente a familiares, vizinhos e voluntários, bem como a profissionais, nomeadamente das áreas da acção social e da saúde e outros elementos da comunidade, habilitando-os para a prestação de cuidados formais e informais.

- **Serviço Telealarme (STA):** É uma resposta social complementar, a partir dum sistema de telecomunicações. Permite, accionando um botão de alarme, contactar rapidamente a rede social de apoio de cada pessoa, para mais eficazmente responder à necessidade de ajuda ou encaminhar para o serviço adequado. A rede social local que protagoniza estes apoios, pode ser organizada integrando pessoas singulares e/ ou entidades ou serviços, como IPSS, Centros de Saúde, Hospitais, Bombeiros, Forças de Segurança e outras, desde que sejam indicadas pelo assinante e de acordo com os seus interesses e concordância das respectivas pessoas, entidades e/ ou serviços. Os parceiros envolvidos no Protocolo de articulação do Serviço Telealarme são, para além do PAII, que financia o projecto, a Cruz Vermelha Portuguesa – CVP, onde está instalada a central do STA e as respectivas operadoras e a PT Comunicações, que provê a assistência técnica. Os telefones terminais são instalados em casa dos assinantes, que estabelecem um contrato de utilização, através dos serviços do PAII e da CVP.

- **Passes Terceira Idade:** Eliminação das restrições horárias para pessoas com 65 e mais anos, nos transportes das zonas urbanas e sub-urbanas de Lisboa e Porto.

- **Saúde e Termalismo Senior:** Este projecto visa permitir à população idosa com menos recursos financeiros o acesso a tratamentos termais, o contacto com um meio social diferente e a prevenção do isolamento social. O PAII é o parceiro financiador deste projecto que é gerido pelo INATEL.

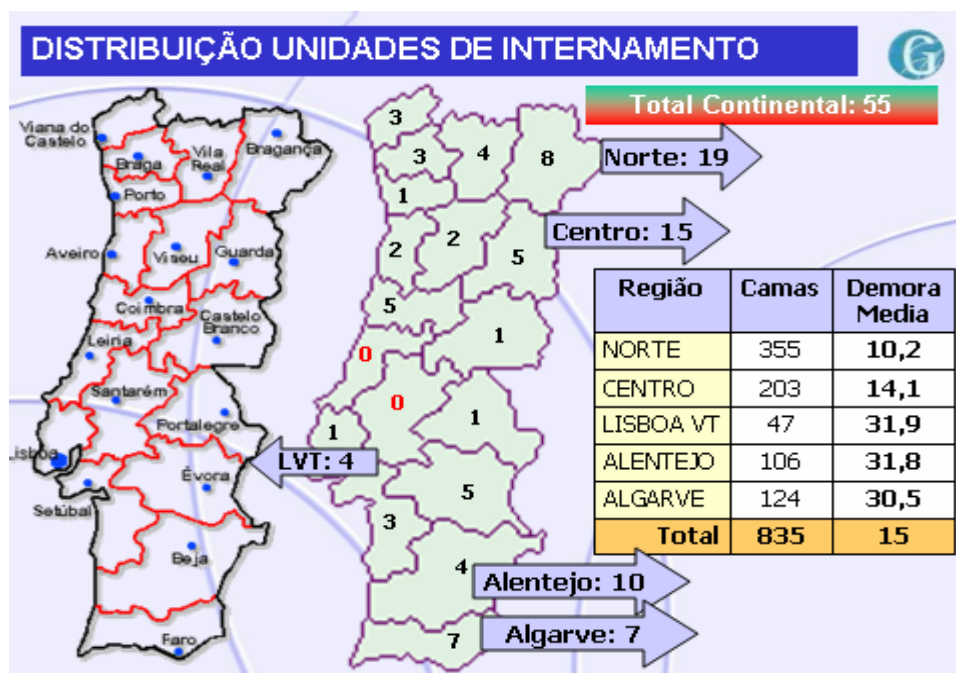
O Programa de Apoio Integrado a Idosos é financiado pela rede de segurança social, razão pela qual será analisado mais adiante no ponto 2.5.6, referente às respostas da Segurança Social

2.5.3 Respostas de Internamento

2.5.3.1 Unidades de Internamento

Em Portugal continental existem **55 Unidades de Internamento (UI)** com um **total de 835 camas** distribuídas pelos centros de saúde do SNS. No seguinte quadro vemos a distribuição distrital das mesmas, assim como os dados mais relevantes que apresentam:

Mapa 2.5.3.1.1 Distribuição das Unidades de Internamento.



Elaboração própria. Fonte: Ministério da Saúde

Verifica-se que a região com melhor situação relativamente à disponibilidade de Unidades de Internamento (U.I.) é a **ARS Norte que dispõe de 19 centros de saúde com U.I.**, para além de contar com **355 camas e 10,2 dias de demora média**.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.5.3.1.1 Distribuição das Unidades de Internamento.

UNIDADES DE INTERNAMENTO EM CENTROS DE SAÚDE					
Região	Distrito	Núm C. de Saúde	Núm camas	Demora média 2003	Núm saídas 2003
NORTE	BRAGA	3	71	5,9	2.932
	BRAGANÇA	8	103	9,7	1.868
	PORTO	1	30	15,6	416
	VIANO DO CASTELO	3	87	15,6	1.368
	VILA REAL	4	64	13,7	1.244
	Subtotal Região:	19	355	10,2	7.828
CENTRO	AVEIRO	2	35	5,7	1.209
	CASTELO BRANCO	1	16	20,0	191
	COIMBRA	5	45	25,4	443
	GUARDA	5	64	17,7	851
	LEIRA	0	0	0	0
	VEISEU	2	43	20,4	156
	Subtotal Região:	15	203	14,1	2.850
LISBOA E VALE DO TEJO	LISBOA	1	9	21,4	40
	SANTARÉM	0	0	0	0
	SETÚBAL	3	38	33,6	252
	Subtotal Região:	4	47	31,9	292
ALENTEJO	BEJA	4	25	17,7	358
	ÉVORA	5	60	60,2	319
	PORTALEGRE	1	21	16,5	264
	Subtotal Região:	10	106	31,8	941
ALGARVE	FARO	7	124	30,5	1.236
	Subtotal Região:	7	124	30,5	1.236
TOTAL PORTUGAL		55	835	15	13.147

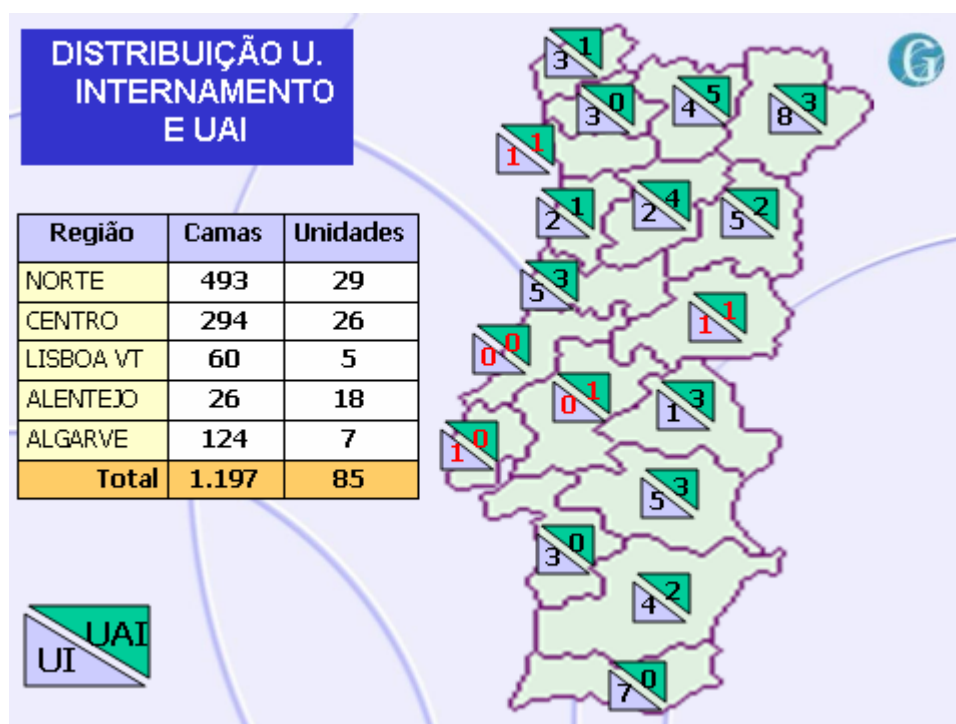
Elaboração própria. Fonte: Ministério da Saúde

Como dissemos, em Portugal continental existem 55 centros de saúde com Unidades de Internamento, **o que representa 20% dos centros de saúde**. O total de camas é de 835 e a demora média observada foi de 15 dias.

O número de saídas para 2003 foi de 13.147, sendo um dado relevante que 7.828 se tenham produzido na ARS Norte, mais da metade do total. Os distritos com maior número de unidades de internamento são os de **Bragança** (8) e **Faro** (7).

É relevante analisar a relação entre a distribuição das Unidades de Internamento e as Unidades de Apoio Integrado das que falamos a seguir. Vejamos num mapa esta relação:

Figura 2.5.3.1.1 Distribuição das UI's e UAI's.



Elaboração própria. Fonte: Ministério da Saúde

Existem diferenças importantes de resultados entre as regiões. Estas diferenças foram observadas nas visitas de campo a diferentes unidades e são indicadoras da desigual utilização que actualmente têm estes recursos.

2.5.3.2 Unidades de Cuidados Paliativos

Em Portugal continental há um total de 8 **Unidades de Cuidados Paliativos**, que prestam serviços de Cuidados Paliativos. Entre elas deve-se diferenciar as que são Unidades Hospitalares, Equipas Domiciliárias, Equipas Hospitalares e Unidades em Lar. Vejamos quantas há em cada tipo de categoria:

Unidades Hospitalares: IPO Porto, IPO Coimbra e Hospital Fundão.

Equipas Domiciliárias: IPO Porto, Equipa de Odivelas e Misericórdia de Azeitão.

Equipas Hospitalares: Hospital de S.João-Porto

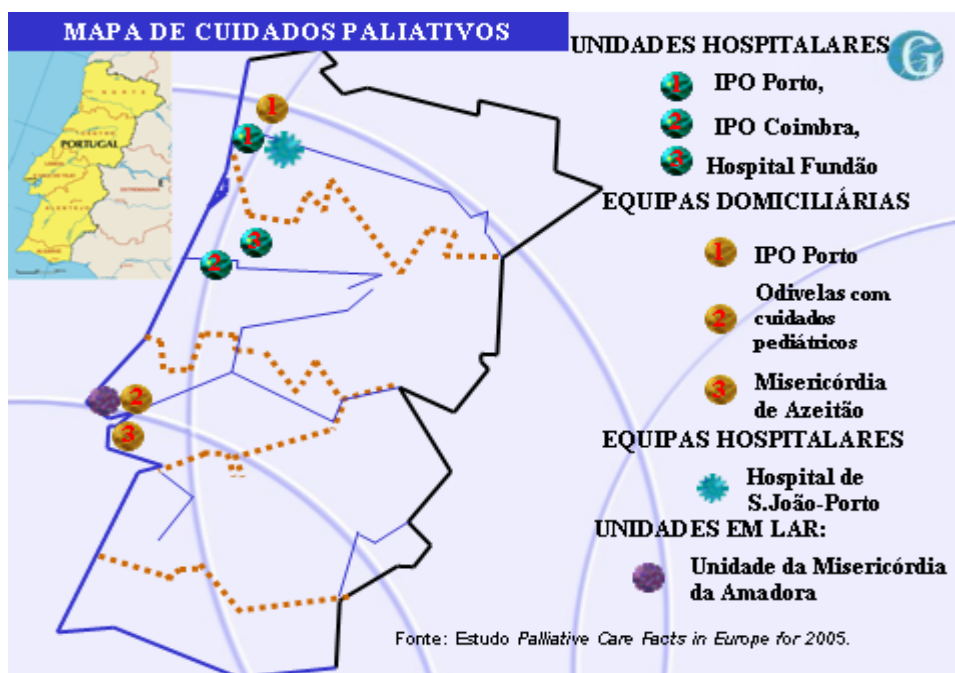
Unidades em Lar: Unidade da Misericórdia Amadora.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A distribuição por regiões é a seguinte:

Figura 2.5.3.2.1 Distribuição das Unidades de Cuidados Paliativos.



Fonte: Estudo Palliative Care Facts in Europe for 2005

Atendendo ao mapa anterior, constatamos como só em três regiões há algum tipo de resposta às necessidades existentes ao nível de Cuidados Paliativos: ARS do Norte, Centro e Lisboa – Vale do Tejo. Pelo contrário, no Alentejo e Algarve não existe nenhuma unidade de cuidados paliativos.

Na seguinte tabela encontram-se os dados da oferta de Cuidados Paliativos:

Tabela 2.5.3.2.1 Dados das Unidades de Cuidados Paliativos

Serviços de Cuidados Paliativos para adultos	Número	Camas
Número Total de Serviços de Cuidados Paliativos para adultos	8	53
Unidades de Cuidados Paliativos	3	45
Unidades em Lar	1	8
Equipas hospitalares	1	-
Equipas domiciliárias	3	-
Equipas domiciliárias em cuidados pediátricos	1	-

Fonte: Estudo Palliative Care Facts in Europe for 2005

No total existem 20 médicos e 59 enfermeiros dedicados a Cuidados Paliativos. Dos 20 médicos, 6 deles trabalham a tempo completo para este tipo de cuidados e 14 a tempo parcial. Há 36 enfermeiros que trabalham a tempo completo e 23 a tempo parcial. Na listagem seguinte observa-se o total de profissionais dedicados a estes cuidados:

Tabela 2.5.3.2.2 Dados dos profissionais das Unidades de Cuidados Paliativos

Número de Profissionais			
Tipos de profissionais		Totais	
Médicos	20	T. Completo	6
		T. Parcial	14
Enfermeiros	59	T. Completo	36
		T. Parcial	23
Ass Social	6		
Psicólogos	7,5		
Fisioterapeutas	4		
T. Ocupacional	1		
Voluntários	27 aprox.		
Conselheiros espirituais	5		

Fonte: Estudo Palliative Care Facts in Europe for 2005

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.5.3.3 Unidades de Apoio Integrado (UAI)

As **Unidades de Apoio Integrado (UAI)** são um tipo de resposta que se insere no âmbito dos Cuidados Continuados, especificamente dirigida aos idosos com problemas crónicos de saúde e que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados às pessoas que, por motivo de dependência, não podem manter-se apoiados no domicílio (de acordo com a avaliação da equipa de cuidados integrados), mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

Estas Unidades têm uma capacidade máxima de 30 utentes. Como permitem racionalizar a prestação dos cuidados de saúde, na medida em que possibilitam o alívio das unidades de agudos, como é o caso dos Hospitais, são um tipo de resposta com uma acentuada tendência de aumento; sendo simultaneamente exemplo de respostas integradas e compartilhadas entre os ministérios de Saúde e da Segurança Social.

Há no total de Portugal continental 30 Unidades de Apoio Integrado. A localização das mesmas é a seguinte:

Tabela 2.5.3.3.1 Localização das UAI's

Localização	Núm
Integrada Centro Saúde	6
Edifício Segurança Social	7
Em Lar Idosos com Ala	3
Em Lar Idosos sem Ala	11
Outra	3

Elaboração própria. Fonte: Ministério de
Segurança Social e Trabalho. 2005

Com respeito à cobertura regional das UAI's, os dados demonstram a existência de uma **melhor situação as regiões do Norte e do Alentejo**. Por sua vez, surpreende o **baixo nível de oferta de UAI's nas ARS de Lisboa e do Algarve** :

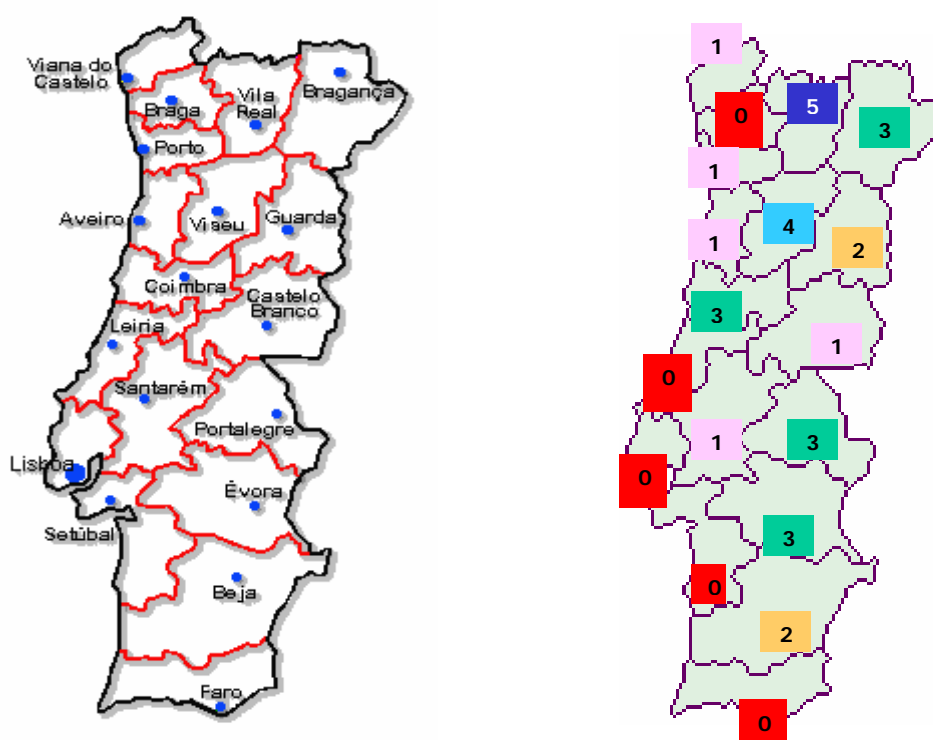
Tabela 2.5.3.3.2 Distribuição das UAI's

Região	Utentes
NORTE	138
CENTRO	91
LISBOA VT	13
ALENTEJO	120
ALGARVE	0
Total	362

Elaboração própria. Fonte: Ministério de
Segurança Social e Trabalho. 2005

A nível distrital, o maior número de Unidades de Apoio Integrado encontra-se no distrito de Vila Real, que dispõe de cinco. Existe uma resposta similar em Viseu onde há quatro UAI's. No outro extremo estão cinco distritos que não têm implementada esta resposta: Braga, Leiria, Lisboa, Setúbal e Faro. À continuação pode-se observar o mapa de Portugal continental com o número de Unidades de Apoio Integrado por distrito:

Mapa 2.5.3.3.1 Distribuição de UAI's por distrito em Portugal continental



Elaboração própria. Fonte: Ministério de Segurança Social e Trabalho. 2005

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Se atendemos à proporção dos utentes das UAI's segundo a idade, este é o resultado:

Gráfico 2.5.3.3.1 Distribuição percentual de utentes das UAI's por idade



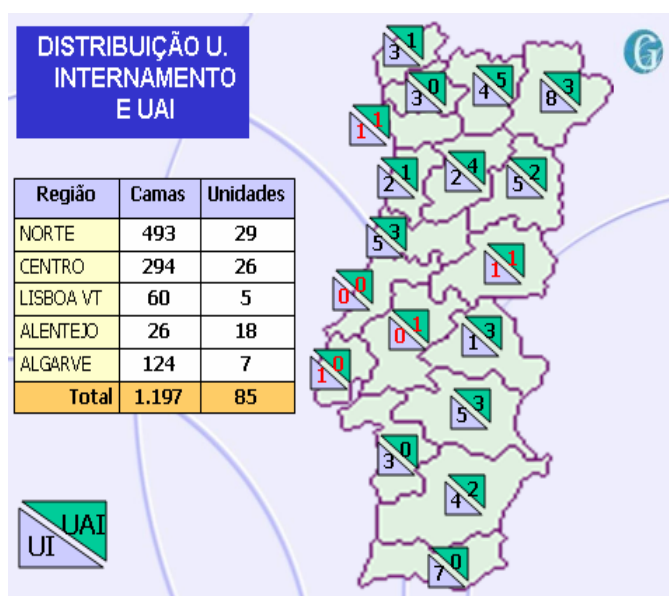
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Como se pode observar pelo gráfico anterior, **o grupo etário maioritário nas UAI é composto por pessoas com idade superior a 70 anos**. Em todo o caso, existe quase um 7% de utentes com idade inferior a 60 anos, isto é, pessoas de meia idade em situação de dependência.

Figura 2.5.3.3.1. Distribuição das UI's e UAI's

Olhemos a relação entre UI e UAI de novo:

O total de recursos de internamento para as duas modalidades é de 85 centros, com um total de 1.197 camas.



Elaboração própria. Fonte: Ministério de Segurança Social e Trabalho. 2005

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.5.3.4 Protocolo com as Santas Casas

A 29 de Maio de 2004 foi assinado um **Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas**. O Ministério entendeu a importância que as entidades do sector social têm desenvolvido ao longo dos anos pelo cuidado da saúde das pessoas mais carenciadas e desfavorecidas, designadamente as pessoas doentes, os idosos e os dependentes. Independentemente da criação duma rede pública de cuidados continuados é inestimável o acompanhamento das entidades sociais. Neste sentido, a União das Misericórdias Portuguesas dispõe de estruturas específicas com recursos próprios e capacidade técnica para assegurar esse acompanhamento.

A União das Misericórdias Portuguesas compromete-se, através deste Protocolo, a:

- Promover a divulgação do Protocolo pelas Misericórdias, salientando a importância que ele pode revestir no quadro do sector saúde.
- Promover e participar em eventuais acções concretas para o correcto desenvolvimento dos fins expressos no Protocolo.
- Apoiar, em concreto, todas as Misericórdias que desejem participar de forma articulada no desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde.

Para além disto, as partes criam uma Comissão de Acompanhamento e Monitorização (CAM) para acompanhar a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde. A CAM elaborará relatórios semestrais como os objectivos de:

- Acompanhar as Administrações Regionais de Saúde e as Administrações da Rede Hospitalar integrada no SNS, no processo de prestação de cuidados continuados de saúde pelas Misericórdias Portuguesas.
- Identificar boas práticas.
- Assegurar a qualidade dos serviços prestados.
- Promover a divulgação nacional da Rede e dos seus objectivos.
- Fazer recomendações e propor alterações no sentido de potenciar a eficácia e a eficiência da Rede.

Assim mesmo, foram acordados os seguintes preços para o biénio 2004-2005:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Unidade de Internamento	<p>75 €cama/dia</p> <p>O fornecimento da medicação e de meios complementares de diagnóstico pela Misericórdia, acarreta um encargo suplementar de 25 €cama/dia.</p> <p>Situações de complexidade acrescida serão aumentadas em 10 ou 15% de acordo com listagem a elaborar pela CAM.</p>
Unidade de Recuperação Global	<p>200 €mês ou 50 €semana.</p> <p>Por utente e para tratamento base das situações tipificadas.</p> <p>Em situações de maior complexidade acresce em 10 ou 15% de acordo com listagem a elaborar pela CAM.</p>
Unidade Móvel Domiciliária	<p>15 €dia/utente</p> <p>Para tratamento base das situações tipificadas, para um mínimo de 20 utentes.</p> <p>Não estão incluídos nos honorários os seguintes serviços:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, 2. Consultas médicas no exterior, 3. Transportes, 4. Outros serviços que não sejam especificados no âmbito deste acordo.

A seguir apresentamos resumidamente numa tabela os acordos de cooperação previstos para a prestação de cuidados continuados:

Tabela 2.5.3.4.1. Protocolos com as Santas Casas

ARS NORTE	25 Instituições com acordo	144 camas
ARS CENTRO	12 Instituições com acordo	188 camas
ARS LISBOA –V T	8 Instituições com acordo	75 camas
ARS ALENTEJO	2 Instituições com acordo	26 camas
ARS ALGARVE	2 Instituições com acordo	30 camas

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Neste sentido há que dizer que nem todos os acordos de colaboração estão a ser desenvolvidos. Por exemplo, na ARS Norte entre as 25 instituições com acordo, 7 não iniciaram a execução do projecto (à data de 1/2/05). Este dado representa que do total de camas (144), 37 ainda não estão em execução.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.5.3.5 Unidades de Dor

Apesar de não estarem enquadrados especificamente dentro da oferta de cuidados continuados, fazemos breve menção do **Plano Nacional de Luta contra a Dor e das Unidades de Dor** que dispõe o SNS, por ser a dor um elemento habitual e característico nas pessoas doentes, nos idosos e nos dependentes; população objecto susceptível de receber cuidados continuados.

A 26 de Março de 2001 aprovava-se o Plano Nacional de Luta contra a Dor que tenta definir um modelo organizativo a ser desenvolvido pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor. O objectivo do Plano é “*o desenvolvimento até 2007, nos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, da organização de Unidades de Dor que, com respeito pelas presentes orientações, proporcionem ao maior número possível de doentes do território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa*”.

Em Portugal existem **Unidades de Dor de três tipos: Unidades de Dor Crónica, Unidades de Dor Aguda Pós Operatória e Analgesia em Obstetrícia.**

Segundo um Inquérito realizado em 2005 pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor ao qual contestaram 86 hospitais do continente do país, existem em Portugal Continental **51 hospitais com actividade em dor crónica, 25 com Unidades de Dor Aguda Pós Operatória e 34 hospitais com Analgesia Obstetrícia.** No quadro seguinte podemos observar por região os hospitais com Unidades de Dor Aguda Pós Operatória e Analgesia Obstetrícia no continente do país. Dado que a Dor Crónica é de maior relevância no âmbito deste projecto, a sua análise detalhada efectua-se à continuação.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.5.3.5.1 Hospitais com actividade em dor aguda pós-operatória e analgesia obstétrica

	HOSPITAIS COM ACTIVIDADE EM DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA E ANALGESIA OBSTETRÍCIA	
	DOR AGUDA PÓS OPERATÓRIA	ANALGESIA OBSTETRÍCIA
ARS NORTE	6	12
ARS CENTRO	5	8
ARS LISBOA –V T	8	9
ARS ALENTEJO	1	2
ARS ALGARVE	1	1
TOTAL	21	32

Fonte: Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor

Com relação às **Unidades de Dor Crónica (UDC's)** existentes nos hospitais, podemos verificar pelo quadro apresentado em seguida, que no ano 2005 existem em Portugal Continental **51 hospitais com actividade em dor crónica**, tendo ocorrido entre este ano e 1999 **um incremento em 42%** no número de hospitais com esta actividade já que em 1999 existiam apenas 36.

Por região, verificamos que o Algarve e o Alentejo registaram um incremento de 100% entre 1999 e 2005. No **Algarve** de 2 UDC's em 1999 passaram a existir **3 em 2005 e a cobertura é de 100%**. No **Alentejo** existiam 2 unidades no ano 1999 e **4 em 2005, sendo a cobertura de 80% em 2005**. Na **região Centro** verificou-se um incremento de 50% no número de unidades entre o mesmo período: existiam 12 unidades em 1999 e **18 em 2005, sendo a cobertura neste último ano de 64% dos hospitais**. Na região de **Lisboa e Vale do Tejo** o incremento foi de 36% (11 unidades em 1999 e **15 em 2005**), sendo a **cobertura de 56% dos hospitais**.

Finalmente, a região onde se verificou o menor incremento e que tem a menor cobertura de hospitais com dor crónica é a do **Norte**. O incremento registado entre 1999 e 2005 foi de 22% (9 unidades em 1999 e **11 em 2005**) e a **cobertura neste último ano é de 47%**.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.5.3.5.2 Hospitais com actividade em dor crónica

	HOSPITAIS COM ACTIVIDADE EM DOR CRÓNICA			
	1999	2005	% Hospitais	Incremento 1999-2005
ARS NORTE	9	11	47%	22%
ARS CENTRO	12	18	64%	50%
ARS LISBOA –V T	11	15	56%	36%
ARS ALENTEJO	2	4	80%	100%
ARS ALGARVE	2	3	100%	100%
TOTAL	36	51	59%	42%

Fonte: Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor

Com relação a **recursos humanos**, entre as 51 UDC's existentes em 2005, **19 são monodisciplinares**: 18 delas com especialidade única de anestesiologia e 1 com especialidade única de medicina interna. **Onze destas unidades monodisciplinares possuem apenas 1 médico e 8 unidades possuem 2 médicos.**

São 13 as UDC's que possuem psiquiatria, 7 psicólogo e 5 unidades possuem ambos profissionais. Há 3 UDC's de nível básico possuem psicólogo ou psiquiatra.

Com respeito ao **número de horas semanais de actividade**, **19 UDC's têm actividade igual ou superior a 30 horas semanais, 11 UDC's funcionam entre 10 e 30 horas semanais e 21 têm actividade inferior a 10 horas.** Não houve resposta do número de actividade por parte de dois hospitais.

Participaram em actividade formativa de formação pós-graduada 33 UDC's com inclusão de médicos e enfermeiros, 5 UDC's formaram apenas os profissionais de enfermagem, 3 UDC's realizaram formação apenas a médicos e **12 UDC's não realizaram formação a nenhum membro da sua equipa.**

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor **classifica as UDC's em quatro tipos: Unidades de Dor de Nível Básico** (assim designadas por não preencherem os critérios para se classificarem como **Unidades Terapêuticas de Dor**, existem **31 unidades em 2005**), **Unidades Terapêuticas de Dor** (3 em 2005), **Unidades Multidisciplinares de Dor** (19 em 2005) e **Centro Multidisciplinar de Dor** (inexistente). Entre 1999 e 2005 registou-se um aumento do

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

número de Unidades de Dor de Nível Básico (mais 10) e de Unidades Multidisciplinares de Dor (mais 8) e uma redução das Unidades Terapêuticas de Dor (menos 3).

A **distribuição por região de UDC's no ano 2005** pode ser consultada na tabela apresentada em seguida.

Tabela 2.5.3.5.3 Tipos de Unidades de Dor Crónica

	TIPOS DE UNIDADES DE DOR CRÓNICA		
	Unidades de Dor de Nível Básico	Unidades Terapêuticas de Dor	Unidades Multidisciplinares de Dor
ARS NORTE	6	0	5
ARS CENTRO	13	1	4
ARS LISBOA –V T	5	2	8
ARS ALENTEJO	4	0	0
ARS ALGARVE	3	0	0
TOTAL	31	3	17

Fonte: Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor

A partir da tabela apresentada, verificamos que as **regiões do Alentejo e do Algarve não estão dotadas de Unidades Terapêuticas de Dor e Unidades Multidisciplinares de Dor**. Na região **Centro a maioria das unidades de dor é de Nível Básico (13)**, 4 são multidisciplinares e 1 é unidade terapêutica de dor. **Na região Norte não existem Unidades Terapêuticas** e há 6 de nível básico e 5 de tipo multidisciplinar. **Na região de Lisboa a maior parte das unidades de dor são multidisciplinares (8)**, 5 são de nível básico e 2 terapêuticas.

Com respeito à **evolução de cada tipo de UDC's por região entre 1999 e 2005**, o número manteve-se igual no Alentejo e no Algarve; no Centro houve um aumento de 4 unidades multidisciplinares de dor e uma redução de 2 unidades terapêuticas de dor; em Lisboa e Vale do Tejo aumentaram as Unidades terapêuticas e multidisciplinares (mais 1 e 4, respectivamente) e apenas no Norte se verificou uma redução no conjunto de unidades (menos 1 unidade terapêutica de dor e inalteração no número de unidades multidisciplinares).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

No **Plano Nacional de Luta Contra a Dor** estabelece-se como objectivo o aumento até 2007 de Unidades Terapêuticas de Dor em 75% dos hospitais distritais; de Unidades Multidisciplinares de Dor em 75% dos hospitais centrais e de Centros Multidisciplinares de Dor em 75% dos hospitais universitários (na actualidade nao existe nenhuma desta unidades nestes hospitais).

Entre **os Hospitais Centrais**, não têm UDC o Hospital de S. Marcos em Braga e os hospitais **Pulido Valente e S. José em Lisboa. Apenas 5 hospitais centrais têm UDC's de Nível Básico** (Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital de S. Teotónio em Viseu, Hospital de S. Francisco Xavier em Lisboa, Hospital do Espírito Santo em Évora e Hospital de Faro) e 9 têm Unidades Multidisciplinares de Dor. Para atingir a meta de aumentar em 75% as Unidades Multidisciplinares de Dor neste tipo de hospitais, pretende-se reconverter as UDC's de nível básico neste tipo de unidades.

São 21 os **Hospitais Distritais** que não possuem UDC's e 10 têm UDC's de Nível Básico. Os hospitais **Senhora da Oliveira em Guimarães, de Aveiro, o Centro Hospitalar do Fundão, o Hospital Curry Cabral em Lisboa, o Hospital Fernando da Fonseca na Amadora e o Hospital São Bernado em Setúbal possuem unidades multidisciplinares de dor. Pretende-se que os hospitais com UCD's de nível básico** incorporem um psiquiatra ou psicólogo clínico e/ou passem a ter actividade diária, reunindo assim as condições para **se classificarem como Unidades Terapêuticas de Dor até 2007**. Tem-se como **meta até 2007 a criação de mais 9 Unidades Terapêuticas de Dor**.

Com respeito aos **Hospitais Especializados**, todos os hospitais oncológicos têm Unidades Multidisciplinares de Dor e o Hospital de Santa Cruz possui uma UDC de nível básico.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.5.3.6 Recursos Hospitalares

O SNS dispõe de uma rede de 94 hospitais. Segundo a caracterização dos mesmos, a sua relação é a seguinte:

<u>HOSPITAIS</u>	<u>94</u>
<i>Hospitais Centrais</i>	<i>36</i>
Hospitais Centrais Gerais	13
Hospitais Centrais Especializados	23
<i>Hospitais Distritais Gerais</i>	<i>38</i>
<i>Hospitais Distritais de Nível I</i>	<i>20</i>

O acesso aos cuidados hospitalares (e primários) é gratuito, sendo em alguns casos requerido o pagamento de taxas moderadoras. Normalmente os médicos de família cumprem a função de ser pontos de entrada no sistema. Contudo, são frequentemente utilizados os serviços de urgência dos hospitais para aceder de forma mais rápida aos cuidados de saúde.

Tabela 2.5.3.6.1 Lotação de camas (ano 2003)

Total Portugal – Dados de Internamento			
Hospital	Lotação Practicada	População (Censo '01)	Camas/ 1000 hab.
H. Centrais Gerais	8.791		
H. Centrais Especializados	3.939		
H. Distritais Gerais	11.770		
H. Distritais Nível I	1.443		
Total	25.943	9.869.343	2,63

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Verificamos que o **ratio de camas por 1.000 habitantes é de 2,63**, representando um dos níveis mais baixos da UE. No entanto, dever-se-á matizar este dado, já que **se agregamos a**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

oferta privada de saúde à pública alcança-se uma média de 3,8 camas por cada 1.000 habitantes.

Dada a importância deste dado por nos oferecer uma ideia global do estado actual da oferta, realizamos uma análise regional e distrital para detectar os locais onde a oferta de camas seja escassa.

Tabela 2.5.3.6.2 Camas segundo Regiões

Total Portugal segundo regiões		
REGIÃO	Lotação Praticada	Camas/1000 hab.
Norte	7.398	2,01
Centro	7.164	3,05
Lisboa-Vale Tejo	9.559	3,59
Alentejo	1.036	1,33
Algarve	786	1,99
Total	25.943	2,63

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Analisando a tabela anterior, verifica-se que as **regiões que estão em melhor situação com relação à oferta de camas nos seus hospitais são a ARS Centro e a ARS Lisboa e Vale do Tejo.**

A **ARS Centro** dispõe de 30 hospitais que no total oferecem 7.164 camas para uma população, segundo o Censo 2001, de 2.348.397 habitantes. Assim, o ratio cama/1.000 habitantes é de 3,05, estando 42 pontos acima da média para Portugal Continental. A taxa de ocupação é de 75,60%.

A situação é inclusivamente melhor na **ARS Lisboa e Vale do Tejo**. Para uma população de 2.661.850 habitantes, esta região dispõe de 28 hospitais, com um total de 9.559 camas. A percentagem é assim de 3,59 camas por cada 1.000 habitantes; estando 94 pontos acima da média; e com uma taxa de ocupação de 77,30%. O ratio camas/1.000 habitantes quase triplica o do Alentejo, que é de 1,33.

A **ARS Alentejo** tem 776.585 habitantes e dispõe de 5 hospitais que possuem 1.036 camas. A taxa de ocupação da região foi de 73,1%.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

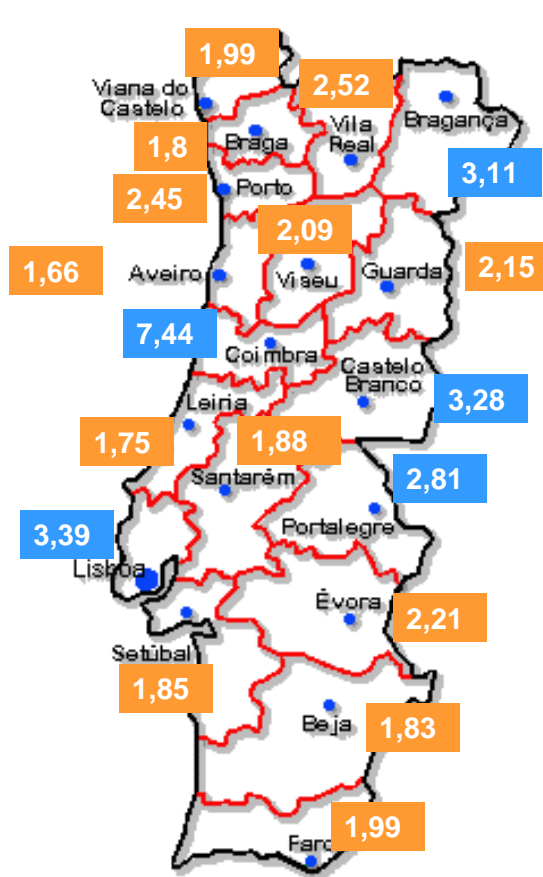
Por sua vez, na **ARS Norte** existem 26 hospitais com um total de 7.398 camas que dão cobertura a uma população de 3.687.293 habitantes. O ratio cama por 1.000 habitantes é de 2,01 e a taxa de ocupação de 74,90%.

Por último, a monodistrital **ARS Algarve** dispõe de três hospitais com 786 camas para uma população 395.218 habitantes. O ratio cama/1.000 habitantes é de 1,99 e está 64 pontos por debaixo da média de Portugal Continental; a taxa de ocupação é de 84,40%.

Mapa 2.5.3.6.1 Ratio de camas segundo distrito

Em seguida, pode-se observar o mapa do ratio de camas por 1.000 habitantes por distritos.

Em azul apresentam-se os distritos que estão por cima da média de Portugal Continental neste ratio. Destaca-se com grande diferença Coimbra, com 7,44 camas por 1.000 habitantes, ratio que provavelmente está afectado pela importância do Hospital Universitário de Coimbra. Os distritos de Bragança, Castelo Branco, Portalegre e Lisboa também estão acima da média. Consta-se pois a heterogeneidade na distribuição distrital de camas / 1.000 habitantes.



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

2.5.4 Recursos Humanos

Ainda que não esteja previsto analisar a situação dos recursos humanos neste estudo, mencionaremos os grandes números a este respeito. A primeira referência a realizar neste ponto tem que ver com a existência de desequilíbrios em algumas profissões. A falta de médicos é um problema estratégico do SNS e ao mesmo tempo um problema nacional. Muitos são os motivos que se vêm apontando para este problema tais como a existência de números clausus, a má distribuição ou o envelhecimento dos profissionais; mas o certo é que o número de médicos em Portugal é baixo se o comparamos com os vizinhos europeus. O mesmo ocorre no caso dos enfermeiros, o que cria dificuldades para dar uma resposta adequada aos problemas de saúde da população.

Na seguinte tabela vemos os dados do Pessoal Médico nos centros de saúde e nos hospitais:

Tabela 2.5.4.1
Distribuição do
peçoal médico de
saúde

PESSOAL DE SAÚDE		
PESSOAL MÉDICO		
	n	Ratio/ 1000 hab.
NORTE	6.939	1,88
CENTRO	5.184	2,21
LISBOA	9.358	3,52
ALENTEJO	771	0,95
ALGARVE	768	1,94
CONTINENTE	23.020	2,33

FONTE: Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2003, Direcção Geral de Saúde

A relação médico por cada 1000 habitantes é um bom exemplo da desigual situação da oferta de pessoal médico nas diferentes regiões portuguesas. Assim, verificamos que a **ARS Alentejo** apresenta o pior dos cenários regionais, já que a relação é de **0,95 médicos por cada 1.000 habitantes**. No extremo oposto está a **ARS Lisboa com 3,52 médicos/1000 habitantes**. Na Região do Centro a situação é próxima à média portuguesa com um ratio de 2,21. Ligeiramente também por debaixo da média estão as ARS's do Norte (1,88) e Algarve (1,94).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico 2.5.4.1 Pessoal médico por 1.000 habitantes por por tipo de recurso e por regiões



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Em todas as regiões produz-se a situação prevista, isto é, um **maior ratio de médicos hospitalares por 1000 habitantes que de médicos de centros de saúde por 1000 habitantes**. Não obstante, é diferente no caso da ARS Alentejo onde a proporção é similar (ratio de médicos hospitalares e de centros de saúde por mil habitantes baixo)

Com relação ao **pessoal de enfermagem**, na seguinte tabela temos os dados da relação de enfermeiros por 1000 habitantes:

Tabela 2.5.4.2 Distribuição do pessoal de enfermagem

PESSOAL DE SAÚDE		
PESSOAL de ENFERMAGEM		
	n	Ratio/ 1000 hab.
NORTE	10.940	2,97
CENTRO	8.794	3,74
LISBOA	12.430	4,67
ALENTEJO	1.606	2,07
ALGARVE	1307	3,31
CONTINENTE	35.077	3,55

FONTE: Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2003, Direcção Geral da Saúde

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Vemos como neste caso também a **ARS Alentejo** apresenta a pior situação com **2,07 enfermeiros por cada 1000 habitantes**. Este dado é especialmente relevante já que o Alentejo tem a maior percentagem de população envelhecida do país. Sendo as pessoas mais idosas as maiores consumidoras de serviços de saúde e, nomeadamente, de serviços de enfermagem. **Lisboa**, como no caso dos médicos, apresenta também aqui o melhor ratio com **4,67 enfermeiros por 1000 habitantes**. As outras três regiões estão próximas à média nacional de **3,55**.

No gráfico seguinte ilustramos a situação em termos comparativos entre os centros de saúde e hospitais. Observa-se que, tal como no caso dos médicos, também o **número de enfermeiros é superior nos hospitais**.

Gráfico 2.5.4.2. Pessoal de enfermagem por 1.000 habitantes por regiões.



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Vejamos, por último, o gráfico que ilustra a relação total de pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos superiores e outro pessoal).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico 2.5.4.3. Pessoal de Saúde por 1.000 habitantes por regiões.



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Constatamos como se mantém a situação detectada no caso dos enfermeiros e médicos. A **ARS Alentejo apresenta a pior situação** com relação a pessoal total de saúde e a **ARS Lisboa a melhor situação**. As restantes regiões estão num nível similar, mantendo-se em torno da média portuguesa do pessoal de saúde por cada 1000 habitantes.

2.5.5 Recursos Económicos

O documento base que mostra as actuações públicas das sociedades organizadas politicamente nas democracias ocidentais e que portanto é manifestação das prioridades e da agenda política dos governos, é o Orçamento de Estado. Neste caso estamos a falar do Orçamento de Estado para 2005 (OE 2005). Detrás do OE 2005 há uma vontade manifestada pelo governo de conciliação para conseguir um ajuste orçamental com a criação de um ambiente favorável ao crescimento económico e ao aumento da competitividade da economia portuguesa.

No que se refere à saúde, tomam-se medidas instrumentalizadas através do OE 2005 que visam a continuação do processo de reformas:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **Adoptar o Plano Nacional de Saúde como vector estruturante:**
 - Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença.
 - Utilizar os instrumentos adequados, nomeadamente centrando no cidadão a mudança.
 - Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do plano através de uma cativação de recursos adequada.

- **Garantir a acessibilidade dos Portugueses aos cuidados de saúde:**
 - Reorganização da Rede de Cuidados de Saúde Primários.
 - Programa especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, PECLEC.
 - Sistema Integrado de Gestão dos Inscritos para Cirurgia, SIGLIC.
 - Emergência Médica/Urgência hospitalar.
 - Rede de Cuidados Continuados e de Acolhimento Hospitalar.

- **Assegurar a sustentabilidade financeira do sistema, incrementando a eficiência e o rigor na aplicação dos recursos disponibilizados:**
 - Gestão Hospitalar.
 - Unidade de Missão para os Hospitais SA.
 - Parcerias Público – Privadas no sector da saúde.
 - Entidade reguladora na área da saúde.
 - Política do Medicamento.
 - Cartão do Utente.
 - Sistemas de Informação e Comunicação da Saúde.
 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

- **Optimizar e promover os Recursos Humanos do sector.**

- **Continuar os programas de prevenção e tratamento da Toxicodependência e de combate ao VIH/SIDA.**

No OE 2005, a despesa consolidada do Ministério da Saúde é de 6869,5 milhões de euros.

Esta cifra representa o **4,9% do PIB português** e o **13,4% da despesa da Administração**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Central. Se o comparamos com estimativa de execução do OE 2004, prevê-se um incremento do 3,9%. Na seguinte tabela apresenta-se a situação orçamental do Ministério da Saúde:

Tabela 2.5.5.1 Despesa Total Consolidada. Ministério da Saúde (milhões de euros)

	2004 Estimativa de execução	2005 Proposta de orçamento	Varição %
Total de Despesa de Funcionamento	5 752,6	5 919,3	2,9
Cobertura de receitas globais	5 742,8	5 909,5	2,9
da qual:			
Transferência para o SNS	5 666,9	5 834	2,9
Coberta por receitas consignadas	9,8	9,8	0,0
Total dos Investimentos do Plano	105,5	100,5	-4,7
Financiamento nacional	90,2	88,4	-2,0
Financiamento comunitário	15,3	12,1	-20,9
Total do Subsector Estado	5 858,1	6 019,8	2,8
Total do Subsector dos Serviços e Fundos Autónomos	6 506,8	6 750	3,7
Transferências internas	5 753	5 900,3	2,6
Despesa Total Consolidada	6 611,9	6 869,5	3,9

Fonte: MFAP

Constatamos como o **financiamento do SNS é de 5.834 milhões de euros, o que significaria um acréscimo de 2,9% respeito ao estimado para 2004.** Para o Plano Nacional de Saúde, orçamenta-se um total de despesa de 100,5 milhões de euros. Neste caso o esforço inversor decresce em 4,7% com respeito ao ano anterior.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Relativamente às despesas por natureza, observa-se a seguinte tabela:

Tabela 2.5.5.2 Despesa Consolidada segundo a Classificação Económica. MS (milh. euros)

Agrupamento económico	2005 Proposta de orçamento	Estrutura %
Despesas com pessoal	2 328,5	33,9
Outras despesas correntes	4 230,3	61,6
Transferências correntes	11,2	0,2
Subsídios	0,2	0,0
Despesas de Capital	299,3	4,3
Despesa Total Consolidada	6 869,5	6 869,5

Fonte: MFAP

Destaca o peso de “Outras despesas correntes”, representando o 61,6% da despesa total. Estas despesas incluem despesas com aquisição de bens e serviços (compra de medicamentos, compra de outros consumíveis hospitalares, pagamentos dos serviços prestados nos contratos programa celebrados com os Hospitais S.A.. O número de pessoal do Ministério da Saúde é de 83.073 (dados de 31 de julho de 2004). Deste total 2.328 trabalham na administração directa do Estado e 80.160 no SNS. Como vemos as despesas com pessoal representam na proposta de orçamento 2.328,5 milhões de euros, isto é, um 33,9% do total.

A seguir vejamos como se distribuiu o orçamento da administração central entre os diferentes programas:

Tabela 2.5.5.3 Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central (Euros)

PROGRAMAS E MEDIDAS	2005	2006	2007	ANOS SEGUINTE
SAÚDE	167 106 709	322 022 532	167 714 666	75 223 377
Cuidados de Saúde Primários e Continuados	63 488 289	107 904 829	27 161 578	13 319 116
Cuidados de Saúde diferenciados/especializados	73 479 006	179 740 154	129 412 897	42 923 240
Dependências	7 630 004	5 082 263		
Saúde Pública	9 449 172	15 189 378	4 000 000	3 653 238
Sangue e Histocompatibilidade	6 460 154	5 395 474	397 508	425 000
Plano Nacional de Saúde	3 128 626	5 431 600	4 443 100	12 936 700
Assistência Técnica	3 471 458	3 278 834	2 299 583	1 966 083

Fonte: OE 2005

Os Cuidados de Saúde Primários e Continuados representam 37% do total de gastos da Administração e os **Cuidados de Saúde diferenciados / especializados 44%**.

As previsões de despesas globais das ARS's entre os serviços e fundos Autónomos, podem-se observar na seguinte tabela:

Tabela 2.5.5.4 Despesas Globais das ARS's (serviços e fundos Autónomos). Em euros.

ARS NORTE	876 243 698 €
ARS CENTRO	744 027 343 €
ARS LISBOA –V T	981 132 754 €
ARS ALENTEJO	160 793 324 €
ARS ALGARVE	100 674 713 €
Total	5 464 275 627 €

Fonte: OE 2005

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Constatamos como as regiões com mais população são também as que têm uma maior atribuição orçamental.

Finalmente, faz-se uma referência especial ao Programa Saúde XXI já que dentro do seu plano de actuações há um espaço para linhas de desenvolvimento que tocam com a oferta de cuidados continuados.

O *Programa de Saúde XXI* tem três eixos prioritários:

- Promover a Saúde e Prevenir a Doença
- Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade
- Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde

Precisamente dentro do terceiro eixo prioritário, a actuação estratégica é Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde. Existem duas linhas complementares de actuação neste eixo:

- Incentivos à criação e reorganização de empresas de prestação de cuidados de saúde. Entre os projectos candidatos encontram-se aqueles que visem a prestação de cuidados continuados no domicílio, incluindo reabilitação, cuidados paliativos e terminais.
- Apoios destinados à adaptação e modernização de espaços de entidades do sector social para a prestação de cuidados de saúde (orientado para as Instituições Privadas de Solidariedade Social). Entre os projectos financiados neste campo estão os de instalação de pequenas unidades de cuidados continuados (para apoio domiciliário a idosos, por exemplo).

Até 31 de Dezembro de 2004 foram aprovados 61 projectos de reconversão de instalações para unidades de internamento de estadia média e prolongada, tipologia a que corresponde a prestação de cuidados continuados. A seguir mostramos o quadro de projectos por regiões aprovados até 6 de julho de 2005, segundo dados aportados pelo Ministério da Saúde:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela 2.5.5.5 Projectos de Saúde XXI

Localização	Entidades	Nº de Camas Previstas
ARS NORTE	20 Instituições com projecto	530 camas
ARS CENTRO	10 Instituições com projecto	316 camas
ARS LISBOA –V T	25 Instituições com projecto	619 camas
ARS ALENTEJO	2 Instituições com projecto	78 camas
ARS ALGARVE	4 Instituições com projecto	100 camas
Total	61 projectos	1643 camas previstas

Fonte: Programa Saúde XXI

2.5.6. Respostas da Segurança Social

Neste capítulo analisaremos as respostas dadas pela Segurança Social a nível de serviços e equipamentos, nomeadamente, **Centros de Actividades Ocupacionais (CAO), Lares Residenciais, Centros de Dia, Lares para Idosos, Serviços de Apoio Domiciliar (SAD), Fóruns Sócio-Ocupacionais, Unidades de vida protegida, Unidades de Vida Apoiada (UVAP) e Unidades de Vida Autónoma (UVAU)**. Todos estes recursos constituem um modelo de intervenção que combina elementos de cuidados de saúde e da atenção social e serão aqui analisados em termos da sua capacidade, percentagem de utilização⁶ e distribuição territorial.

Considera-se como equipamento social “toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem directamente junto dos utentes” (Carta Social, Rede de Equipamentos e Serviços, Relatório 2003, Ministério da Segurança Social, da Família e da

⁶ Segundo a Carta Social – Relatório 2003, do MSSFC, a utilização dos recursos sociais é efectuada por utentes e utentes com acordo. Os dados aqui apresentados com respeito à utilização dos diferentes recursos sociais referem-se, por motivos de disponibilidade da informação, somente aos utentes com acordo.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

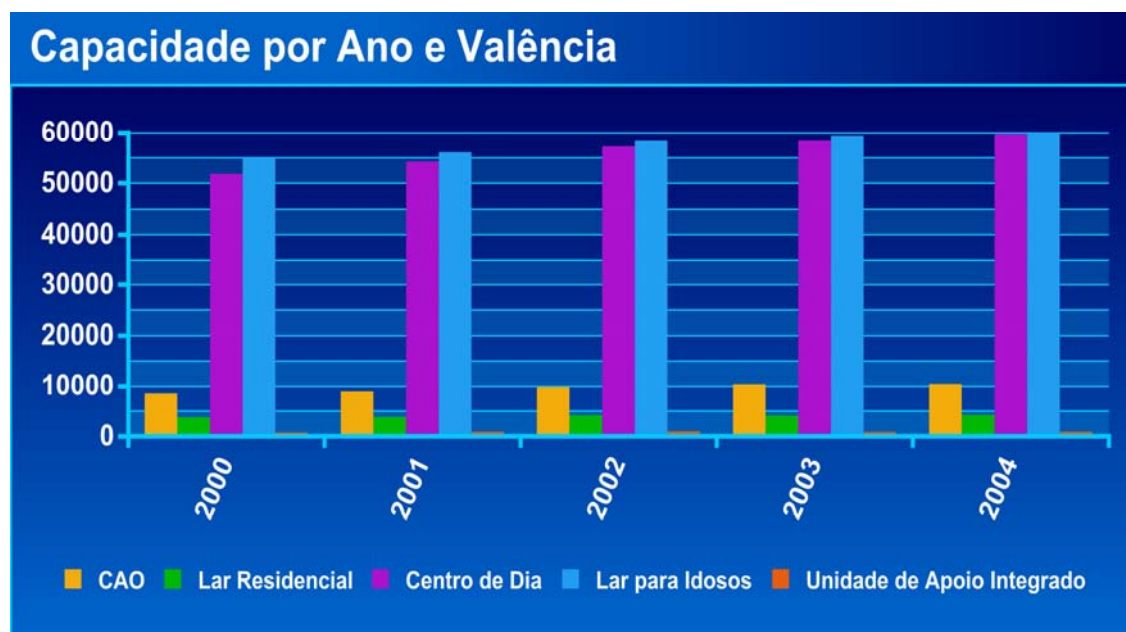
Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Criança). Os recursos aqui em análise destinam-se à população adulta com deficiência (CAO, lar residencial e SAD), a idosos (centro de dia, lar para idosos e SAD), a pessoas com VIH/ Sida e suas famílias (SAD), a pessoas em situação de dependência (UAI já tratado no capítulo 2.5.3 nas Respostas de Internamento) e a pessoas com doenças do foro mental/ psiquiátrico (Fórum sócio-ocupacional, UVAP, UVAU). Cada um destes serviços e equipamentos será definido nos seguintes capítulos, momento em que se realizará uma análise individualizada de cada um deles.

2.5.6.1. Evolução da capacidade dos diferentes recursos (2000-2004)

Através do gráfico nr. 2.5.6.1.1. verifica-se a evolução entre 2000 e 2004 da capacidade de vários recursos da Segurança Social, nomeadamente: CAO, Lares Residenciais, Centros de Dia, Lares para Idosos e UAI. Os recursos que apresentam maior capacidade são os Lares para Idosos e os Centros de Dia, ambos registrando um incremento na sua capacidade entre 2000 e 2004, sendo que a capacidade dos Centros de Dia teve um maior crescimento entre estes anos (15,5%) que a capacidade dos Lares para Idosos, que incrementou 11,3% entre ambos anos. Assim, em 2004 a capacidade de ambos quase se iguala, sendo que a capacidade nos Centros de Dia é de 59.331 e a de Lares de Idosos de 60.716 (figura nr. 2.5.6.1.1.)

Gráfico. 2.5.6.1.1. Evolução da capacidade dos diferentes recursos (2000-2004)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Todos os recursos apresentam um crescimento na sua capacidade entre 2000 e 2004. O maior incremento na capacidade entre os vários recursos registou-se nas UAI (34,5%, isto é, 319 lugares em 2000 e 429 em 2004) e o menor nos Lares para Idosos (11,3%, isto é, 54.537 em 2000 e 60.716 em 2004) (figura 2.5.6.1.1.). Estes dois últimos recursos são os que simultaneamente apresentam a capacidade mais baixa e mais alta entre todos os recursos da Segurança Social no ano 2004. No anexo 2.5.31 pode-se consultar a capacidade de cada um dos recursos em cada um dos anos.

Para os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) apenas dispomos do número de serviços (e não da capacidade) entre 2000 e 2004 (anexo 2.5.32). O número era de 685 serviços em 2000 e de 607 em 2004, o que significa que houve um decréscimo em 11,4% no seu número.

Figura. 2.5.6.1.1. Evolução da capacidade dos diferentes recursos (2000-2004)

CAPACIDADE POR ANO E VALÊNCIA			
	2000	2004	INCREMENTO
CAO	7.968	9.970	20,1%
LAR RESIDENCIAL	3.313	3.763	13,6%
CENTRO DE DIA	51.378	59.331	15,5 %
LAR IDOSOS	54.537	60.716	11,3%
UNIDADE APOIO INTEGRADO	319	429	34,5%

Fonte: Direcção Geral de Saúde

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.5.6.2. Distribuição territorial do número e capacidade dos diferentes recursos

Em 2005 contabilizam-se em Portugal **203 CAO** (tabela nr. 2.5.6.2.1) **com uma capacidade total de 9.911 lugares** (tabela nr. 2.5.6.2.2.). A região Centro é a que acumula mais CAO (71) e a região do Alentejo menos (15).

No mesmo ano existem **123 lares residenciais**, com uma **capacidade total de 3.763 lugares** sendo novamente a região Centro a que tem maior número (41) e o Algarve o menor (5).

Relativamente a **centros de dia**, a região que apresenta maior número é a região Centro (644) e a que apresenta menor número o Algarve (40). **No total existem em Portugal Continental 1.506 centros de dia, com uma capacidade total de 59.469 lugares.**

Em relação a **lares para idosos**, há um **total de 987** em todo o continente **com uma capacidade 61.686 lugares**, sendo de novo a região Centro e o Algarve os que apresentam, respectivamente, o maior e menor número deste tipo de instituições (337 e 40, respectivamente).

No que se refere aos **SAD**, **contabilizam-se 1.744 em todo o Continente**, a região Centro com 744 e a região do Algarve 52. A **capacidade total** destes serviços **em todo o país é de 68.092.**

Tabela. 2.5.6.2.1. Número e distribuição regional dos diferentes recursos (2005)

Região	NÚMERO				
	CAO	Lar Residencial	Centro de Dia	Lar para Idosos	SAD
NORTE	62	31	341	254	469
CENTRO	71	41	644	337	744
LISBOA	47	37	302	234	306
ALENTEJO	15	9	168	122	173
ALGARVE	8	5	51	40	52
Total Continental	203	123	1.506	987	1.744

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

Tabela. 2.5.6.2.2. Capacidade dos diferentes recursos (2005)

Região	CAPACIDADE				
	CAO	Lar Residencial	Centro de Dia	Lar de Idosos	SAD
Total Continental	9.911	3.763	59.469	61.686	68.092

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

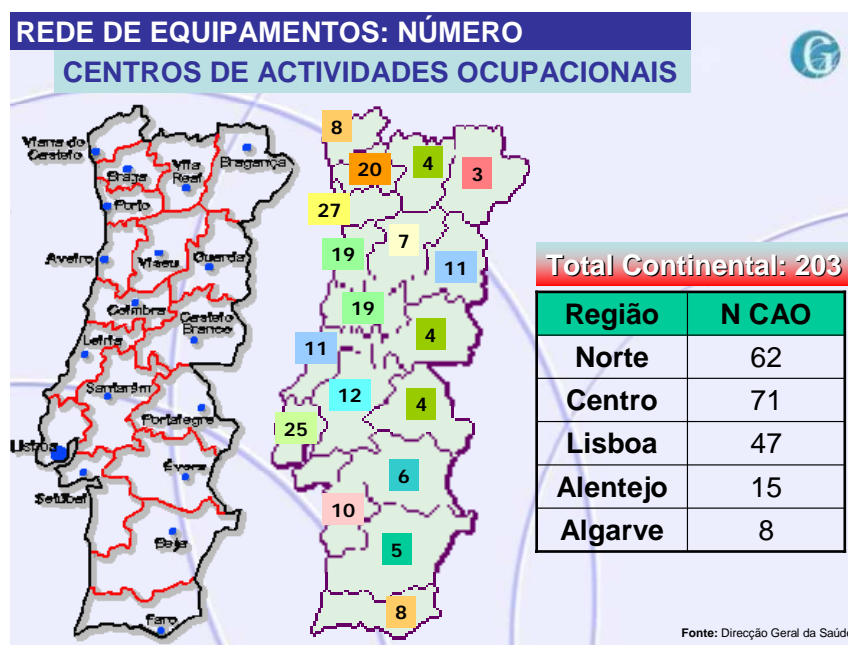
Para obtenção de uma informação mais detalhada por distrito sobre o número, capacidade e utilização em cada um dos recursos seguidamente apresentados, recomenda-se a consulta da tabela nr. 2.5.3.1. e 2.5.3.2, em anexo 2.5.3.3.

a) Distribuição territorial e número de CAO's

O **centro de actividades ocupacionais (CAO)** é uma “estrutura destinada a desenvolver actividades para jovens e adultos com deficiência grave e profunda com o objectivo de estimular e facilitar o desenvolvimento das suas capacidades, a sua integração social e o seu encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados de integração sócio-profissional” (Decreto-Lei nr. 18/89, de 11 de Janeiro e Despacho nr. 52/SESS/90, de 16 de Junho).

O distrito que concentra o maior número de CAO's em 2005 é o do Porto (27), seguido de Lisboa e Braga (25 e 20, respectivamente) (figura nr. 2.5.6.2.1). Não obstante, as posições invertem-se enquanto a capacidade já que **o distrito de Lisboa é o que apresenta maior capacidade (2.023)**, seguido do Porto (1.294) e de Coimbra (1.009) (figura nr. 2.5.6.2.2.).

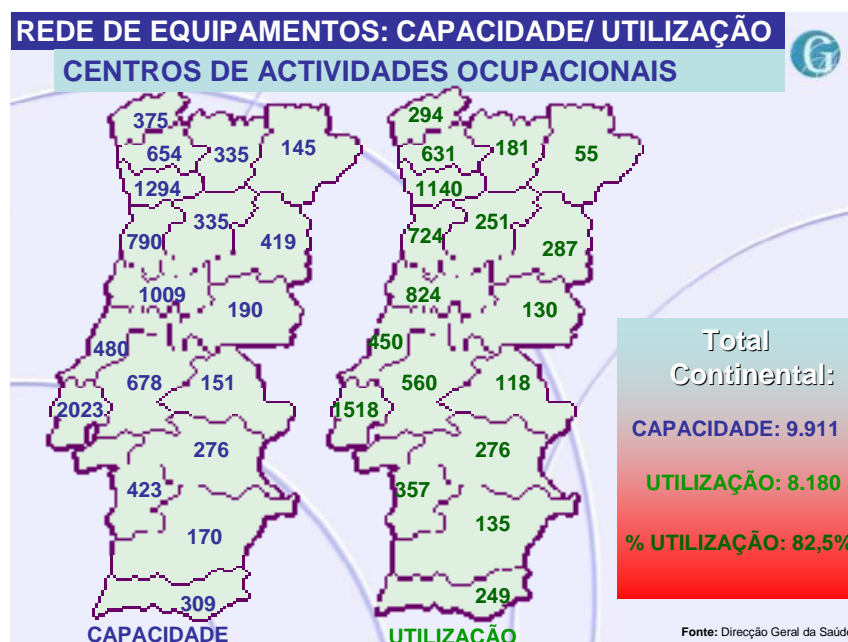
Figura. 2.5.6.2.1. Número e distribuição territorial de CAO (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

O distrito com menor número de CAO's é o de Bragança (com 3) e é, simultaneamente, o distrito com menor capacidade (145 lugares). Como se pode observar pela figura 2.5.6.2.1, existe uma maior concentração deste tipo de equipamentos nas zonas urbanas e costeiras.

Figura. 2.5.6.2.2. Capacidade segundo distribuição territorial de CAO (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Para todo o país, o número de CAO's é, como já foi dito, de 203 e a capacidade de 9.911 lugares. **A percentagem de utilização é de 82,5%, o que significa, 8.180 lugares ocupados.** O distrito **com maior grau de utilização é o de Évora (100%) e o que apresenta menor grau de utilização é o de Bragança, com 37,9% de utilização (55 lugares utilizados dos 145 disponíveis).**

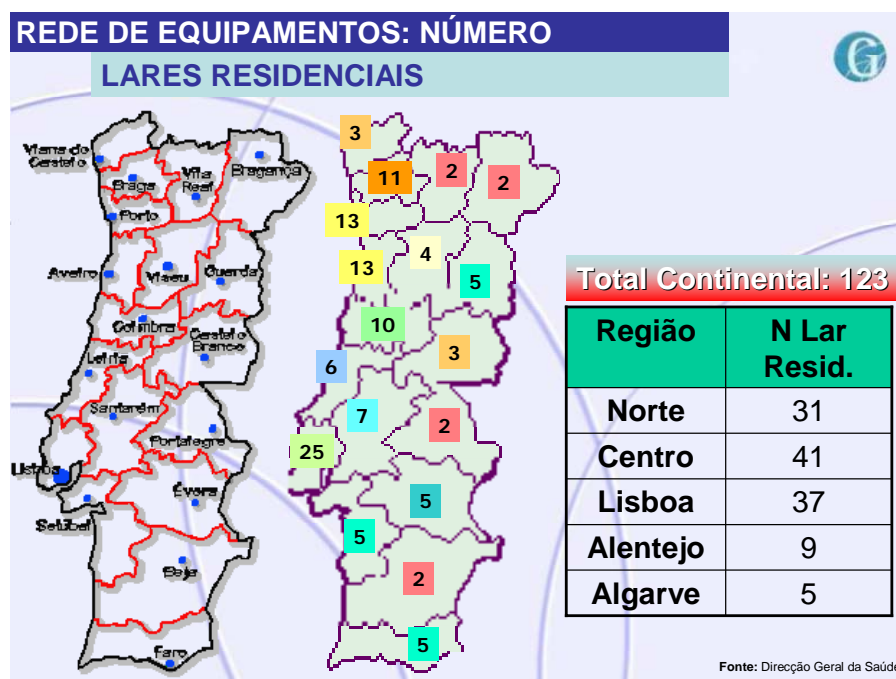
b) Distribuição territorial e número de lares residenciais

O **lar residencial** é uma resposta social “desenvolvida em equipamento, destinada a alojar jovens e adultos com deficiência, de idade não inferior a 16 anos, que se encontrem impedidos, temporária ou definitivamente, de residir no seu meio familiar” (Carta Social, Relatório 2003, MSSFC).

O distrito com maior número de lares residenciais é o de Lisboa (25), com uma diferença grande dos distritos com o segundo maior número de lares residenciais (Aveiro e Porto, cada um com 13) (figura nr.2.5.6.2.3.). **Vila Real, Bragança, Portalegre e Beja são os distritos com menor número destas instituições (cada um deles com apenas 2).**

O maior número de lares residenciais concentra-se assim essencialmente nas zonas urbanas.

Figura. 2.5.6.2.3. Número e distribuição territorial de lares residenciais (2005)

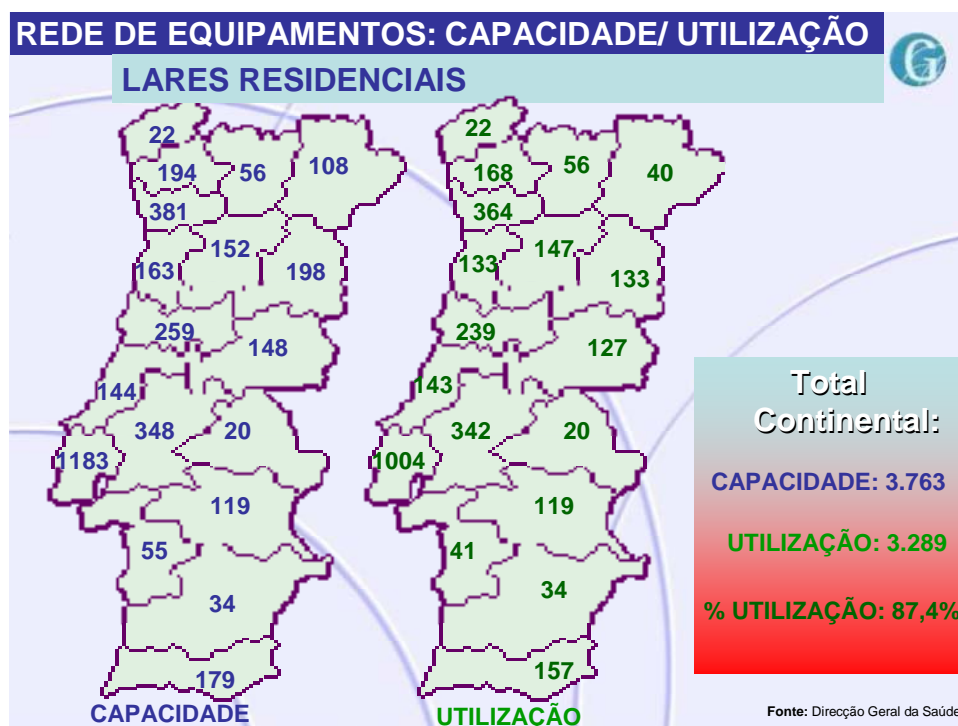


Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

O distrito com maior capacidade é o de Lisboa (1.183 lugares) e com menor, os distritos de Viana do Castelo (22) e de Portalegre (20 lugares) (figura nr. 2.5.6.2.4.) Com respeito à **percentagem de utilização**, verifica-se pela figura nr. 2.5.6.2.4. que **os distritos de Beja, Évora, Portalegre, Viana do Castelo e Vila Real utilizam 100% dos lugares disponíveis e que, pelo contrário, em Bragança apenas 37,0% dos lugares disponíveis estão ocupados (40 de 108).**

Para todo o continente, **a percentagem de utilização dos 3.763 lugares disponíveis é de 87,4%, o que significa que há 3.289 lugares ocupados.**

Figura. 2.5.6.2.4. Capacidade segundo distribuição territorial de lares residenciais (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

c) Distribuição territorial e número de centros de dia

O **centro de dia** é uma “resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação dum conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar” (Carta Social, Relatório 2003, MSSFC).

O distrito com maior número de centros de dia é o da Guarda (165), seguido de Lisboa e Coimbra (ambos com 130) e, com menor, Viana do Castelo (33), Beja (43) e Vila Real (45) (figura nr. 2.6.2.2.5.). **Lisboa é o distrito com maior capacidade (10.977)**, seguido do Porto (5.989) e Setúbal (5.596) (figura nr. 2.5.6.2.6.). **O distrito com menor capacidade é o de Viana do Castelo, com 950 lugares e o distrito da Guarda, que concentrava o maior número de CAO's, tem uma capacidade de 4.367 lugares.**

Uma vez que os centros de dia são uma resposta dirigida à população idosa, caberia analisar a sua distribuição territorial com relação à percentagem de população maior de 65 anos em cada distrito. Como vimos no capítulo nr. 2.1 (situação e evolução demográfica), os distritos com

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

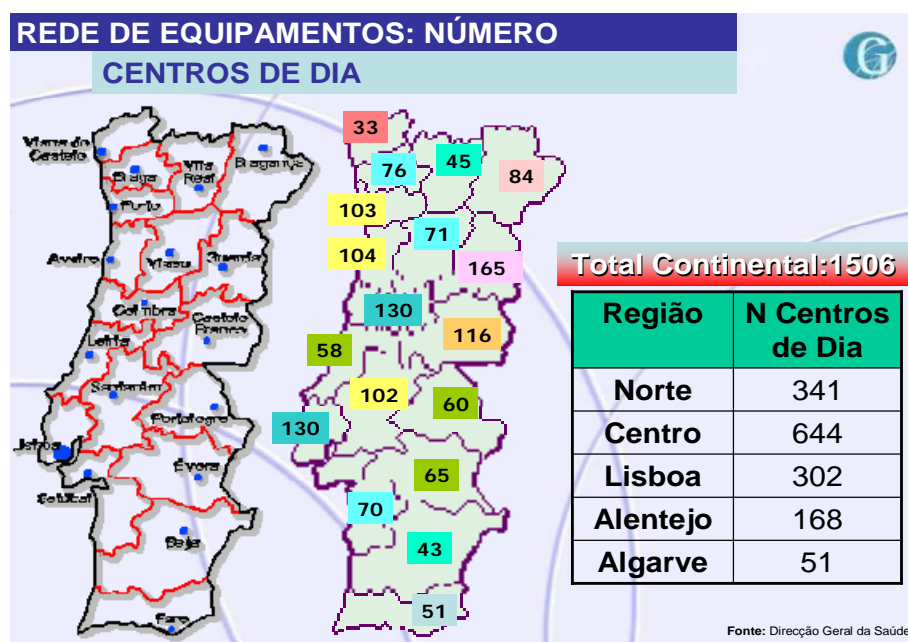
Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

maior percentagem de população com mais de 65 anos são Portalegre (26%), Castelo Branco, Guarda, Évora (25%), Beja e Bragança (24%), isto é, os distritos concentrados no interior do país. **Analizando a percentagem de lugares nos centros de dia por número de população maior de 65 anos de cada distrito (tabela nr. 2.5.6.3.2., em anexo 2.5.6.), verifica-se que os distritos onde a cobertura dos centros de dia é maior coincidem com os distritos onde a percentagem de população idosa é também mais alta.**

Destaca-se o distrito da Guarda onde os centros de dia existentes têm capacidade para cobrir 18,4% da população idosa. Nos demais distritos aqui indicados tendo a maior percentagem de população idosa, os centros de dia cobrem em torno a 4% e 7% da população idosa, percentagem bastante inferior à apresentada pelo distrito da Guarda e que indicaria a necessidade de realizar um esforço de convergência na capacidade de oferta entre estes distritos. Por sua vez, nos distritos de Braga, Leiria e Viana do Castelo a capacidade de oferta dos centros de dia não seja a cobrir 2% da população idosa.

Em suma, **a percentagem de população idosa coberta pelos centros de dia é bastante reduzida em todo o país não obstante, a percentagem de utilização para utentes com acordo de colaboração para todo o país é apenas de 67,8%. O distrito que apresenta maior percentagem de utilização é o de Évora (91,3%) e Bragança apresenta a menor (51,6%).**

Figura. 2.5.6.2.5. Número e distribuição territorial de centros de dia (2005)

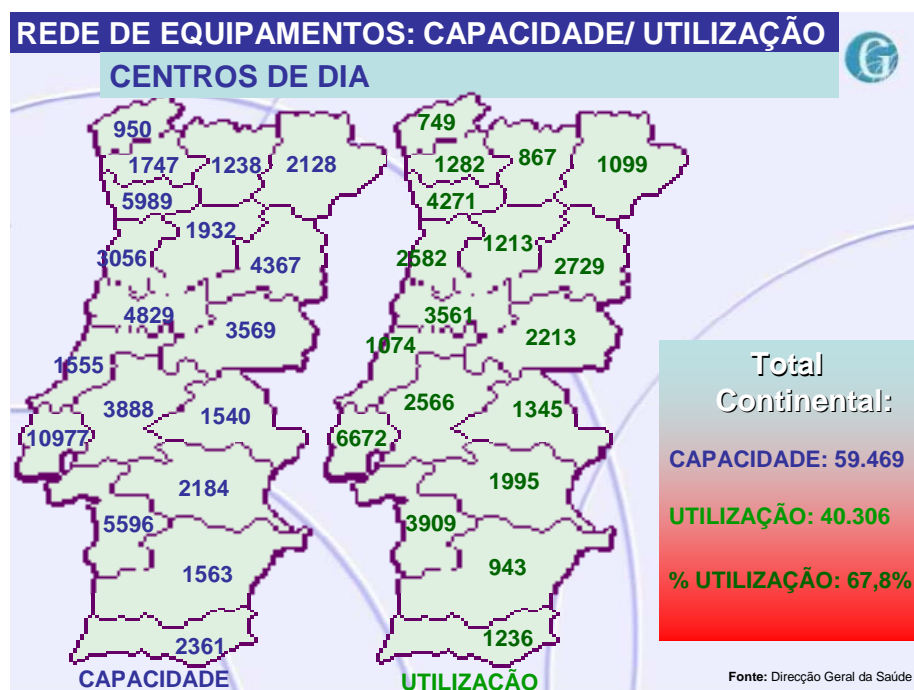


Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Figura. 2.5.6.2.6. Capacidade segundo distribuição territorial de centros de dia (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

d) Distribuição territorial e número de lares para idosos

O **lar para idosos** é, como o próprio nome indica, um estabelecimento onde são desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Despacho Normativo nr.12/98 de 5 de Março).

O distrito que apresenta maior número de lares para idosos é o de Lisboa (131) (figura nr. 2.5.6.2.7.). Lisboa é o distrito com maior capacidade (11.163 idosos), seguido do Porto (5.562) e de Setúbal (3.873) (figura nr. 2.5.6.2.8.). **O distrito que tem simultaneamente menor número de lares e menor capacidade é o de Vila Real (24 lares com capacidade para 1.364 idosos).**

Realizando a mesma leitura que nos pontos anteriores, em seguida procuraremos identificar a percentagem de lugares em lares de idosos por população maior de 65 anos em cada distrito. De novo, **o distrito da Guarda aparece como o distrito onde o número de lugares nestas**

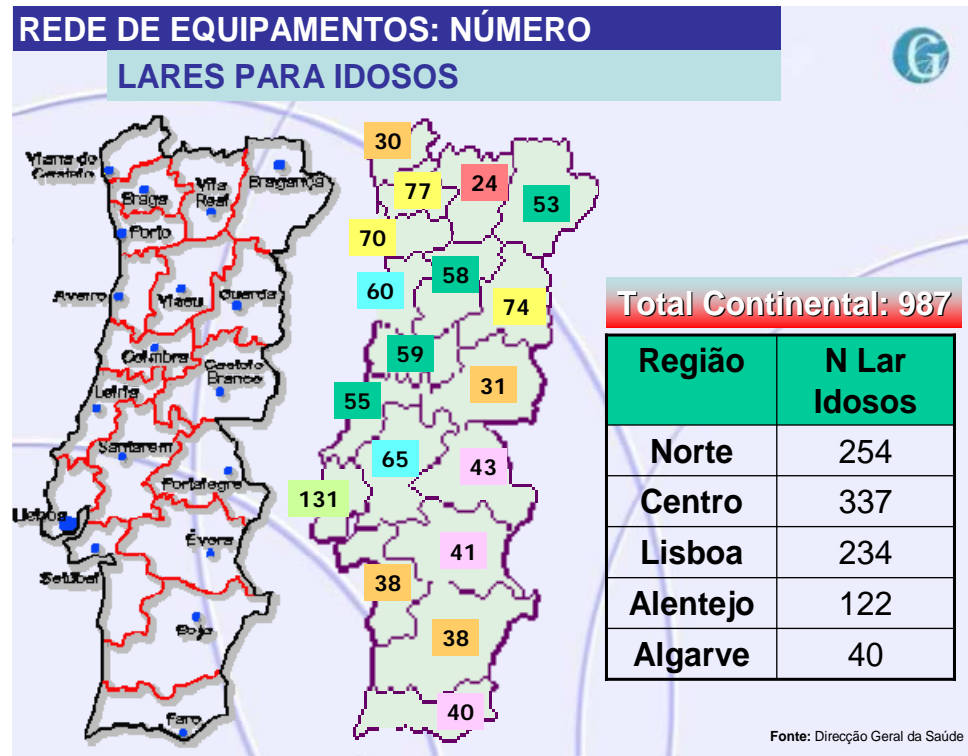
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

instituições atinge a maior cobertura de população idosa, nomeadamente, 14,5% (o distrito da Guarda tem 74 lares para idosos, com uma capacidade total de 3.451 lugares). Com menos de metade da cobertura que o distrito da Guarda aparecem os distritos de Beja e Portalegre (6,9% de cobertura da população idosa) O distrito de Beja tem 38 lares com uma capacidade de 1.563 lugares e o distrito de Portalegre tem 43 lares com uma capacidade de 2.287 lugares. Os distritos com menor cobertura são Porto e Aveiro, que não alcança 3% da população idosa (o distrito do Porto tem 70 lares com uma capacidade de 5.562 e o distrito de Aveiro tem 60 lares com uma capacidade de 2.967 lugares).

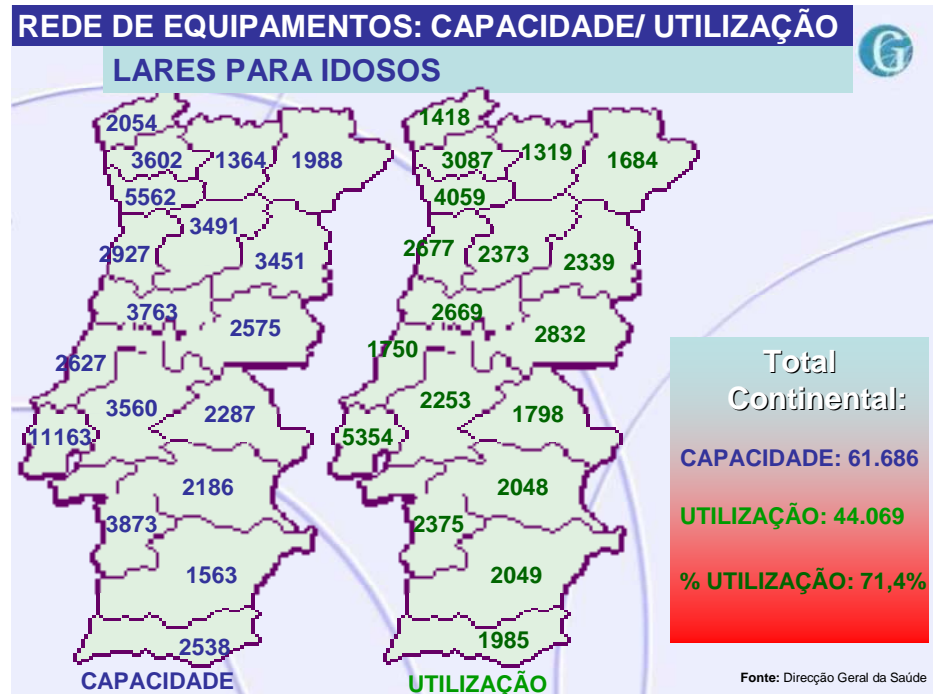
Ainda que a percentagem de cobertura de população idosa não seja das mais pequenas em todo o país (4,9%), o distrito de Castelo Branco apresenta uma utilização superior à capacidade disponível (110%) (figura nr. 2.5.6.2.8.). O distrito de Vila Real apresenta uma utilização de 96,7% e o de Aveiro de 91,5% (ambos têm uma cobertura bastante pequena: o número de lugares em lares de idosos apenas tem capacidade para dar cobertura a 3,1% e 2,9% da população, respectivamente). No distrito de Lisboa, a percentagem de utilização de utentes com acordo de colaboração não seja a atingir a metade da capacidade do total dos lares de idosos: 48% ainda que a percentagem de cobertura da população idosa não seja de um valor distinto ao da média do país.

Figura. 2.6.2.2.7. Número e distribuição territorial de lares para idosos (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

Figura. 2.5.6.2.8. Capacidade segundo distribuição territorial de lares para idosos (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Há determinados **lares onde estão previstos lugares para idosos em situação de dependência de grande complexidade (2º grau)**, recebendo por isso uma comparticipação adicional por cada lugar. Na tabela nr. 2.5.6.2.3. pode-se observar entre 2000 e 2003 o número de lugares existentes para idosos em situação de dependência de 2º grau em todo o Continente.

Tabela nr. 2.5.6.2.3. Evolução dos lugares para idosos em situação de dependência em lares de idosos (2000 a 2003)

	2000	2001	2002	2003
Nº Lugares	479	1.008	620	789

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

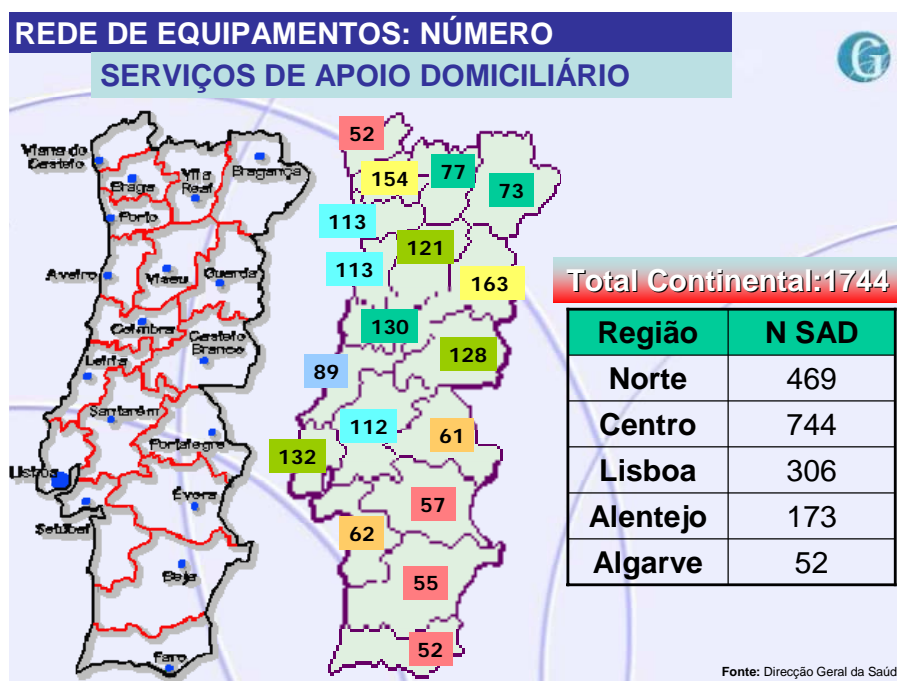
e) Distribuição territorial e número de SAD

O **serviço de apoio domiciliário (SAD)**, é uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e a famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou definitivamente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária” (Despacho Normativo nr. 62/99, de 12 de Novembro).

Segundo dados da Carta Social, Relatório 2003 (MSSFC), o número deste tipo de recurso aumentou em 55,8% entre 1998 e 2003.

O distrito que apresenta maior número de SAD (figura nr. 2.5.6.2.9.) **é o da Guarda, com 163**, seguido de Braga (154), Lisboa (132), Coimbra (130) e Castelo Branco (128). **Os distritos com menor número são Viana do Castelo (52) e Algarve (52).**

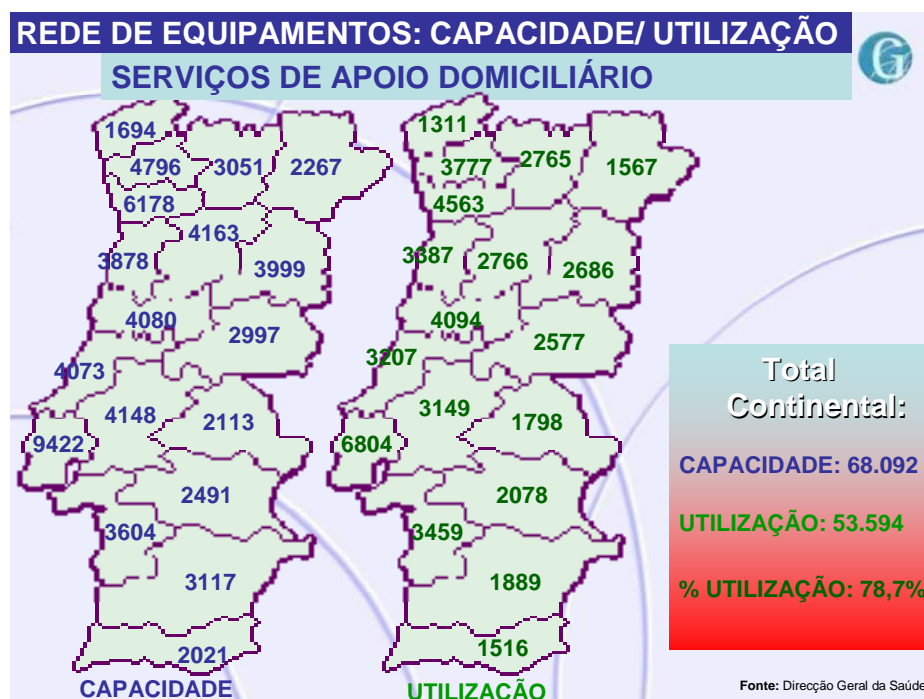
Figura. 2.5.6.2.9. Número e distribuição territorial de SAD (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

O distrito com maior capacidade de atendimento domiciliário (figura nr. 2.5.6.2.10.) é o de Lisboa (9.422), seguido do Porto (6.178). Viana do Castelo é o distrito com menor capacidade de atendimentos (1.694). Os distritos com maior percentagem de utilização destes serviços são Coimbra (100%) e Setúbal (96%) e, os distritos com menor percentagem de utilização, Beja (64,1%) e Vila Real (66,4%).

Figura. 2.5.6.2.10. Capacidade segundo distribuição territorial de SAD (2005)



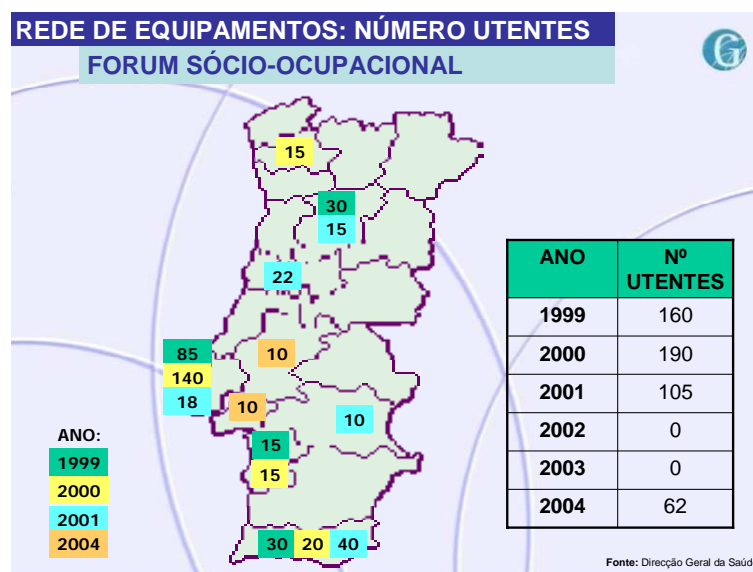
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

f) Número utentes de Fóruns sócio-ocupacionais e distribuição territorial

O **Fórum sócio-ocupacional** é um tipo de “equipamento destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção socio-familiar e/ou profissional, visando a sua eventual integração em programas de formação ou emprego protegido” (Despacho Conjunto nr.407/98, de 15 de Maio).

O **número máximo de usuários de fóruns sócio-ocupacionais nos anos aqui apresentados foi atingido em 2000, com 190 utentes** (figura nr. 2.5.6.2.11.). Os distritos onde durante estes anos se regista a existência de usuários de fóruns sócio-ocupacionais são: Braga, Viseu, Coimbra, Santarém, Lisboa, Setúbal, Évora e Faro. Em 2004 apenas se registou alguma actividade nos distritos de Setúbal e Santarém, ambos com 10 utentes.

Figura. 2.5.6.2.11. Número de utentes de fóruns sócio-ocupacionais e distribuição territorial (1999, 2000, 2001, 2002 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

Estes dados são corroborados pela “Carta Social, Relatório 2003” (MSSFC), onde se aponta para o decréscimo deste tipo de resposta social tanto a nível da sua capacidade como da taxa de ocupação.

g) Número utentes de unidades de vida protegida e distribuição territorial

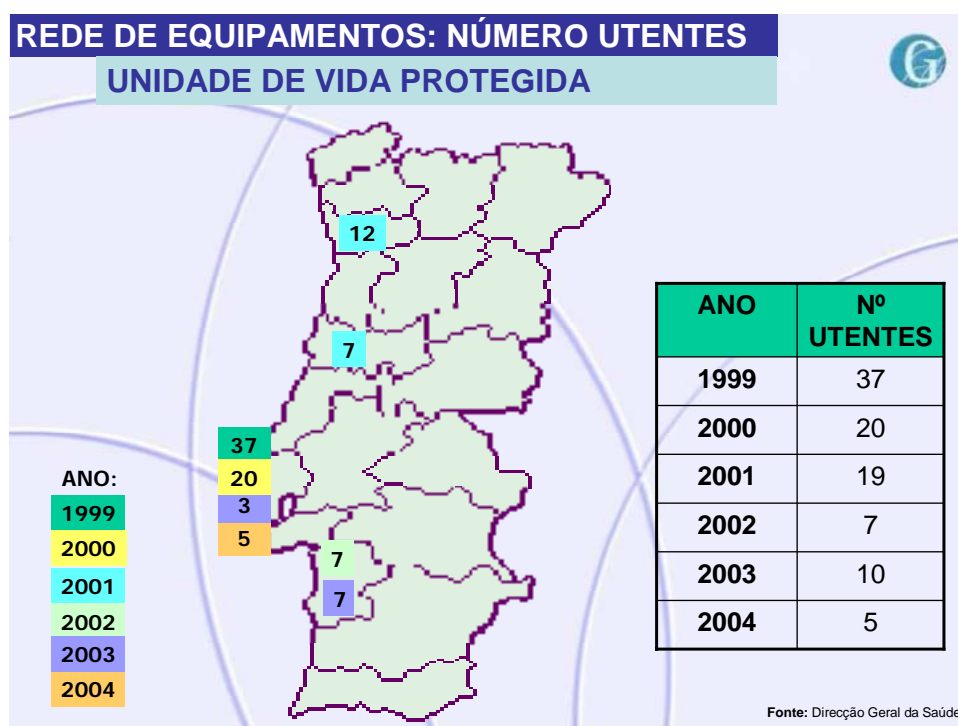
A **unidade de vida protegida** (UPRO) é uma “estrutura habitacional, destinada sobretudo ao treino de autonomia de pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e evolução crónica, clinicamente estável (nomedamente psicoses)”. (Despacho conjunto nr.407/98, de 15 de Maio)

Os distritos onde entre 1999 e 2004 se registou a existência de utilização de unidades de vida protegida (figura 2.5.6.12.) foram Porto, Coimbra, Lisboa e Setúbal. Destes distritos, apenas o de Lisboa registou utilização em 2004, com 5 utentes.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Figura. 2.5.6.2.12. Número de utentes de unidades de vida protegida e distribuição territorial (1999 a 2004)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

h) Número utentes de unidades de vida apoiada e distribuição territorial

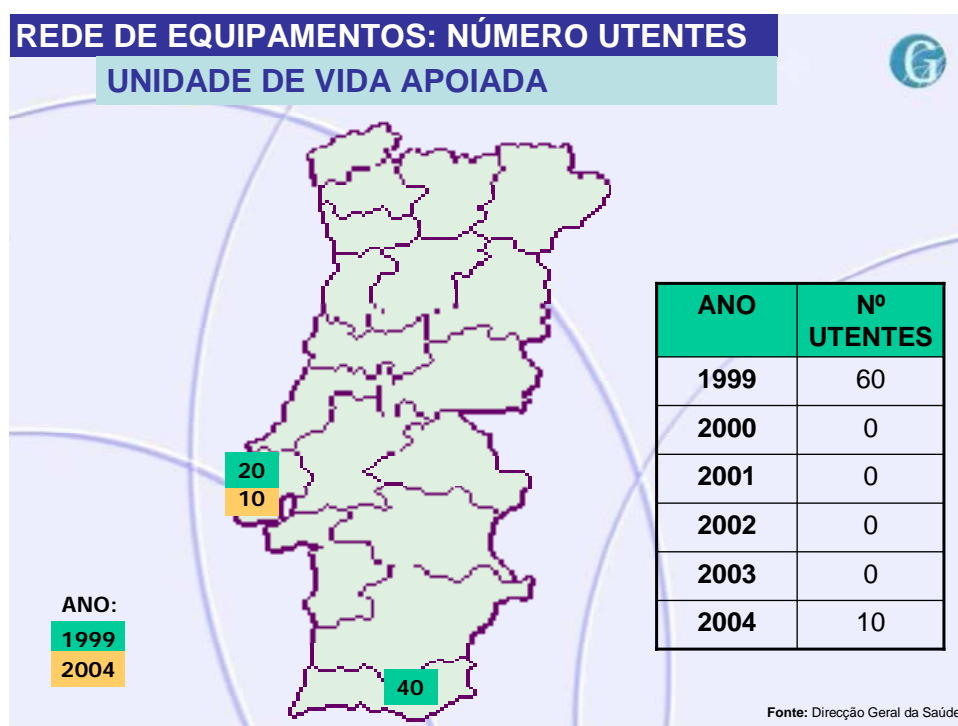
A **unidade de vida apoiada** (UVAP) é uma “resposta habitacional, destinada a pessoas que por limitação crónica e factores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as actividades da vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente”. (Despacho conjunto nr.407/98, de 15 de Maio).

Em 2004 registaram-se 10 utentes em unidades de vida apoiada, nomeadamente no distrito de Lisboa. Para 1999 há registo de 20 utentes em Lisboa e de 40 em Faro (figura nr. 2.5.6.13.), o que indica um decréscimo na taxa de ocupação.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Figura. 2.5.6.2.13. Número de utentes de unidades de vida apoiada e distribuição territorial (1999 e 2004)



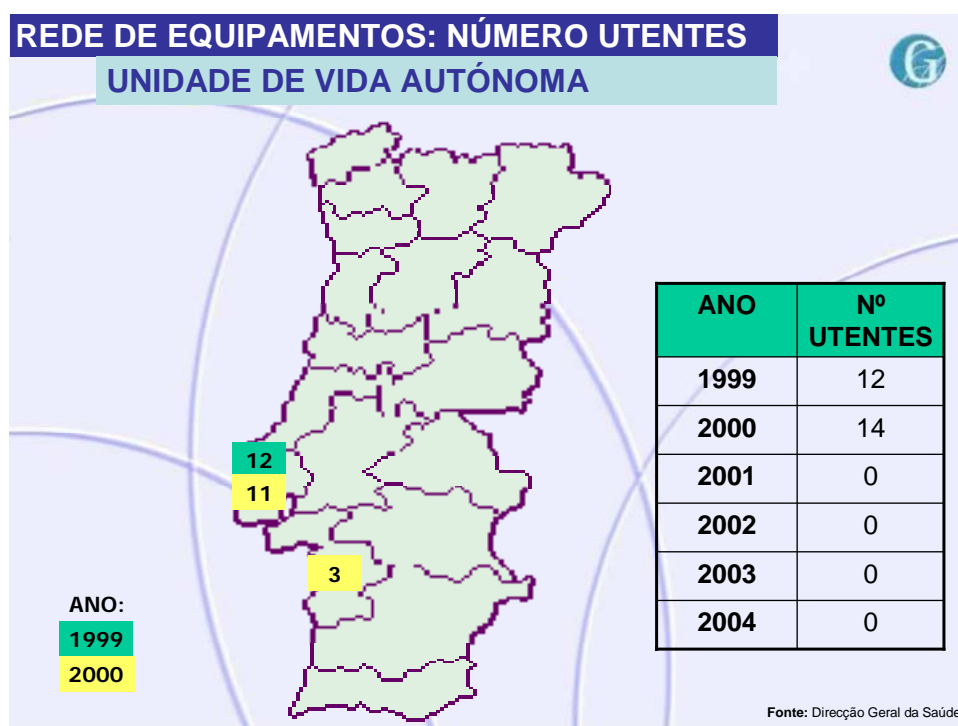
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

i) Número utentes de unidades de vida autónoma e distribuição territorial

A **unidade de vida autónoma** (UVAU) é uma “estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica, com boa capacidade autonómica, permitindo a sua integração em programa de formação profissional ou de emprego normal ou protegido e sem resposta residencial satisfatória”. (Despacho conjunto nr.407/98, de 15 de Maio).

Em 2004 registaram-se 14 utentes em unidades de vida autónoma, 11 em Lisboa e um em Setúbal (figura 2.5.6.2.14.)

Figura. 2.5.6.2.14. Número de utentes de unidades de vida autónoma e distribuição territorial (1999 e 2004)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

Nas últimas 4 respostas sociais aqui analisadas, todas vocacionadas para a atenção social a pessoas com doenças de foro mental ou psiquiátrico, tivemos oportunidade de verificar a escassez da oferta de serviços a nível territorial. Ao contrário das demais respostas aqui analisadas, verificamos que este tipo de serviços/ equipamentos não estão distribuídos por todo o território continental e que se privilegia a sua colocação nas áreas urbanas e/ou costeiras.

Esta situação levanta a questão da equidade na distribuição destas respostas a nível territorial, situação que se agrava nas regiões do interior e o modo como estão a ser prestados recursos sociais a este tipo de população. Por outro lado, o número de utentes coberto parece ser demasiado escasso para a demanda existente. Segundo dados da Carta Social - Relatório 2003 (MSSFC), onde se incluem todos os utentes (com acordo de colaboração ou não), em 2002 e 2003 registou-se sobrelotação nas UVAP e a taxa de ocupação nas UPRO é próxima de 100%. Apenas se verificou um ligeiro decréscimo na taxa de ocupação dos fóruns sócio-ocupacionais nas AVAU em 2003.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.6. ACTIVIDADE E PRODUÇÃO

2.6.1. Actividade e produção das respostas de Saúde

2.6.1.1. Atenção domiciliária em Centros de Saúde e Equipas de Cuidados Continuados

Segundo dados de **Actividade do ano 2003**, o número total de visitas a domicílios desde os **centros de saúde foi de 146.400 para Portugal continental**. (Tabela 2.6.1.1.1). A partir do Inquérito realizado durante o presente ano de 2005 aos Centros de Saúde para conhecer as suas características em relação à prestação de **serviços de cuidados continuados, verifica-se que no ano 2004 foram realizadas 23.839 novas visitas**. Ainda que não se possa efectuar com rigor uma comparação entre a actividade domiciliária e os novos casos de actividade domiciliária das equipas de cuidados continuados pelo facto de os dados serem de datas distintas e serem de fontes distintas, podemos constatar que a actividade domiciliária de cuidados continuados ocuparia como máximo el 16 % do total de actividade.

Tabela 2.6.1.1.1. Actividade Domiciliária em 2003

ACTIVIDADE DOMICILIÁRIA 2003	
Região	Total Domicilios
Norte	58.976
Centro	30.894
Lisboa V T	45.783
Alentejo	9.894
Algarve	853
Total	146.400

Elaboração própria.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Tabela 2.6.1.1.2. Novos casos de Actividade Domiciliária em 2004

Actividade Equipas Cuidados Continuados	
Região	Novos casos 2004
Algarve	1.155
Alentejo	888
Centro	3.049
Lisboa VT	14.956
Norte	3.791
Total:	23.839

Elaboração própria. Fonte: Inquérito a Centros de Saúde 2005

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.6.1.2. Dados de internamento hospitalar

Neste capítulo apresentam-se dados relativos à actividade e produção hospitalar no ano 2003 a nível de Portugal Continental. Serão **analisados dados de internamento hospitalar tais como o número de doentes saídos, o número de dias de internamento, o tempo médio de estadia, a taxa de ocupação hospitalar e o número de doentes saídos por cama.**

No anexo 2.6.1 apresentamos as tabelas com os dados relativos à distribuição territorial das regiões e distritos.

Em primeiro lugar estes dados serão tratados **por tipo de hospital**, trabalhando-se comparativamente as 4 tipologias hospitalares existentes (central geral, central especializado, distrital geral e distrital de nível I) e, posteriormente, por regiões.

Tabela 2.6.1.2.1. Dados de produção hospitalar, ano 2003

Dados de Internamento 2003					
Total Portugal					
Hospital	Doentes saídos	Dias de internamen	Taxa de Ocupação	Demora Média	Doentes saídos/cama
H. Centrais Gerais	302.216	2.517.505	78,50	8,30	34,40
H. Centrais Especializados	89.814	1.057.365	73,50	11,80	22,80
H. Distritais Gerais	486.961	3.266.139	76,00	6,70	41,40
H. Distritais Nível I	50.271	374.121	71,00	7,40	34,80
Total	929.262	7.215.130	76,20	7,80	35,80

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

- Quando contabilizada a actividade hospitalar por **número de doentes saídos**, verificamos que, em Portugal Continental, **são os hospitais distritais gerais que concentram o maior número: 486.961 em 2003** (tabela nr. 2.6.1.2.1.). Os hospitais distritais gerais provêm serviços especializados e localizam-se, tal como a sua denominação indica, a nível distrital.

Por seu turno, os **hospitais distritais de nível I são os que apresentam menor número de doentes saídos nesse mesmo ano: 50.271**. Neste tipo de hospitais provêm-se serviços de medicina interna, cirurgia e uma ou duas especialidades básicas.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Com relação aos **doentes saídos por cama hospitalar por ano**⁷, verifica-se que **os hospitais distritais gerais apresentam o valor mais alto (41,4 doentes) e os hospitais centrais especializados o menor (22,8)**. Os hospitais distritais de nível I e os hospitais centrais gerais apresentam valores muito próximos de doentes saídos por cama hospitalar por ano (nomeadamente, 34,8 e 34,4) sendo que existe uma demora média menor nos segundos (7,4 e 8,3 dias por doente, respectivamente).
- Desta forma, a **demora média de estadia do doente no hospital é, tal como esperado, menor nos hospitais distritais gerais (6,7) e, por sua vez, maior nos hospitais centrais especializados (11,8 dias)**. Estes últimos provêm uma vasta gama de serviços especializados e estão maioritariamente localizados na região de Lisboa e Vale do Tejo. Os hospitais centrais gerais provêm serviços essencialmente especializados, estando dotados com tecnologia avançada e recursos humanos especializados.

Segundo o European Observatory on Health Systems and Policies, a demora media da estadia hospitalar em Portugal decresceu de 9,6 dias em 1990 para 7,9 em 2000, tendo-se assim registado em Portugal a tendência europeia de diminuição no tempo de estadia, motivada pelos avanços tecnológicos. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Vol.I), estabelece a meta de 6 dias de internamento hospitalar para o ano de 2010.

- No que se refere à **taxa de ocupação**, os hospitais que apresentam a **maior e menor taxa são, respectivamente, os hospitais centrais gerais (78,5%) e os hospitais distritais de nível I (71%)**. Segundo dados do Observatório Europeu, a taxa de ocupação hospitalar tem-se mantido em torno a 75% desde 1993.

Finalmente, **os hospitais distritais gerais**, uma vez que são os que **apresentam o maior número de doentes saídos e um grau de ocupação hospitalar de 76%**, são os que concentram o maior **número de dias de internamento** (3.266.139), seguindo-se pelas mesmas razões, os hospitais centrais gerais (2.517.505).

⁷ Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Vol.I), a meta estabelecida para o ano de 2010 é um número de 50 doentes saídos por cama hospitalar por ano, sendo que a situação actual é, segundo o mesmo, de 37,5 doentes por cama hospitalar por ano.

Em **Portugal Continental** existiam no ano 2003 um total de **36 hospitais centrais**, 13 dos quais são **hospitais gerais centrais** e **23 hospitais especializados**. Em termos de hospitais distritais, e segundo dados do mesmo ano, existem **38 hospitais gerais distritais** e **20 hospitais distritais de nível 1**. A grande maioria dos hospitais concentra-se em três regiões do país (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo).

Tabela 2.6.1.1.2. Dados de produção hospitalar por regiões, ano 2003

Total Portugal segundo regiões					
REGIÃO	Doentes saídos	Dias de internamen	Taxa de Ocupação	Demora Média	Doentes saídos/cama
Norte	289.488	2.023.836	74,90	7,00	39,10
Centro	246.021	1.977.129	75,60	8,00	34,30
Lisboa-Vale Tejo	331.785	2.695.508	77,30	8,10	34,70
Alentejo	30.834	276.431	73,1	9,00	29,8
Algarve	31.134	242.226	84,40	7,80	39,60
Total	929.262	7.215.130	76,20	7,80	35,80

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Na análise territorial verifica-se que o maior número de doentes saídos se regista na região de Lisboa (331.785) e o menor nas regiões do Algarve e do Alentejo (31.134 e 30.834, respectivamente), dados que não surpreendem já que, a região de Lisboa e Vale do Tejo concentra o maior número de hospitais e as regiões do Alentejo e Algarve o menor.

O Algarve, ainda que tenha menos hospitais que a região do Alentejo regista mesmo um maior número de doentes saídos, o que estará relacionado, como veremos mais à frente, com a existência de uma maior taxa de ocupação e com uma estadia hospitalar média menor que a registada no Alentejo.

De facto, é no **Alentejo que se verifica a maior estadia média (9 dias) e no Norte a menor (7 dias)**. Por sua vez, as regiões do Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve apresentam valores similares que rondam em torno aos 8 dias de internamento (respectivamente 8; 8,1 e 7,8 dias). Assim, o menor número de doentes saídos por cama hospitalar ao ano encontra-se também no Alentejo (29,8).

Por sua vez, **a região do Algarve é a que apresenta o maior número de doentes saídos por cama hospitalar no ano 2003**, nomeadamente, 40. Este dado estará relacionado com o **facto desta região apresentar uma taxa de ocupação de 84,4% (a mais alta entre todas as**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

regiões) e com o facto de ser a região com o menor número de hospitais no país (sem hospitais centrais gerais e especializados), com o menor número total de camas e com o menor número de camas per capita.

Segundo os dados da Direcção-Geral da Saúde do ano 2003, o Algarve apresentava um total de 786 camas, o que corresponderia a 1,99 camas por 1000 habitantes. Como dado comparativo, a região que apresenta a melhor situação em termos de número de camas per capita é Lisboa e Vale do Tejo, com 3,59 camas por 1.000 habitantes.

Ainda que se possa concluir pela má distribuição de recursos a nível do país e pela sua concentração nas zonas urbanas e costeiras, os dados apresentados pela região do Algarve (entre os mais baixos enquanto ao número de dias de internamento e maior enquanto a número de doentes saídos por cama), não alcançam os objectivos do Plano de Saúde 2004-2010, onde como já foi dito, se estabelece uma estadia média de 6 dias de internamento e um total de 50 doentes saídos por cama para o ano de 2010. Assim, verifica-se que a tendência é a de fazer progredir as demais regiões no sentido da situação diagnosticada na região do Algarve.

A região que apresenta **a taxa mais baixa de ocupação é o Alentejo**, apresentando também o menor número de doentes saídos por cama e **a maior demora média**.

A região do Norte, ainda que tenha a menor demora média (7 dias por doente), apresenta um valor de doentes saídos por cama menor que o do Algarve, o que estará relacionado com o facto de apresentar uma taxa de ocupação inferior (74,9%), um maior número de camas por 1.000 habitantes (2,01) e uma maior oferta de atenção hospitalar fora do Sistema Nacional de Saúde. Assim, pode-se dizer que é no **Algarve que se encontra a situação de maior taxa de lotação a nível do internamento hospitalar**.

Quando se analisam os **dias de internamento em 2003**, as regiões com mais população e hospitais são as que apresentam obviamente o maior número de doentes saídos e de dias totais de internamento, estando desta forma a região de Lisboa e Vale do Tejo na liderança, com 2.695.508 dias de internamento e um total de 331.785 doentes saídos no ano 2003. O Norte e o Centro apresentam valores muito similares com relação ao nível de doentes saídos (289.488 e 246.021, respectivamente), dias de internamento (2.023.836 e 1.977.129, respectivamente) e taxa de ocupação (74,9% e 75,6%, respectivamente). Na região Centro a demora média (8 dias)

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

é de mais 1 dia que na região Norte, sendo que o número de doentes saídos por cama hospitalar por ano é maior no Norte (39,1 no Norte e 34,3 no Centro).

2.6.1.3. Unidades de Internamento

Anteriormente, no capítulo 2.5.3.1, dizíamos que entre os recursos de saúde se encontravam as Unidades de Internamento situadas nos Centros de Saúde do SNS. Há no total de Portugal continental **55 Unidades de Internamento**, estando 19 no norte, 15 no centro, 4 em LVT, 10 no Alentejo e 7 no Algarve.

Neste capítulo analisaremos os dados de Actividade nestas unidades para o ano 2003 atendendo aos valores de entradas, saídas, dias de internamento e, sobretudo, demora média. Na tabela seguinte verificamos os dados para todo Portugal continental:

Tabela 2.6.1.3.1 Actividade global das Unidades de Internamento

Actividade Unidades de Internamento 2003					
Total Portugal					
	Vindos do ano anterior	Entradas	Doentes saídos	Dias de internamento	Demora Média
Unidades de Internamento em Centros de Saúde	501	13.144	13.146	197.292	15,0

Se relacionarmos os dias de internamento com doentes saídos, obtemos a demora média que é de 15 dias. O relevante neste caso é realizar a comparação da situação entre as diferentes regiões. Vejamos os dados a nível de desagregação regional:

Tabela 2.6.1.3.2 Actividade das Unidades de Internamento segundo Região

Actividade Unidades de Internamento 2003					
Total Portugal segundo regiões					
REGIÃO	Vindos do ano anterior	Entradas	Doentes saídos	Dias de internamento	Demora Média
Norte	183	7.832	7.828	80.179	10,2
Centro	111	2.837	2.849	40.153	14,1
Lisboa-Vale Tejo	26	293	292	9.316	31,9
Alentejo	77	946	941	29.902	31,8
Algarve	104	1.236	1.236	37.742	30,5
Total	501	13.144	13.146	197.292	15,0

Pelos dados apresentados na tabela anterior podemos concluir pela existência de **grandes diferenças entre regiões a nível da demora média**. A melhor situação encontra-se na ARS Norte e na ARS Centro onde, respectivamente, a demora média foi de 10,2 e de 14,1 dias; os dois acima da média nacional. Na região do norte produziram-se mais de 50% das entradas em Unidades de Internamento. No extremo oposto estão as três ARS restantes, com valores que superam os 30 dias de demora média.

Portanto, tanto a nível de recursos como de Actividade, constatamos a **grande heterogeneidade na oferta e utilização de serviços em Unidades de Internamento**. A melhor oferta encontra-se nas ARS's do Norte e do Centro; sendo mais precária a situação na ARS Lisboa – Vale do Tejo, que dispõe apenas de 4 centros de saúde com unidades de Internamento e 47 camas, para além de apresentar um elevado nível de demora média.

2.6.2. Actividade e produção das respostas de Segurança Social

Neste capítulo apresentamos os dados relativos à **evolução do número de ingressos nos diferentes recursos e percentagem de ingressos de população com idade igual ou superior a 65 anos do período 2001-2004** segundo os dados da Direcção Geral da Segurança Social.

A população de 65 anos ou mais protagoniza a maior parte dos ingressos anuais nos lares de idosos (93,6% em 2004), nos SAD (88,5% em 2004) e nos centros de dia (87,3% em 2004). Nos lares residenciais e CAO's representam uma percentagem bastante pequena no número de ingressos anuais, respectivamente, 9,5% e 0,73% em 2004. O número de ingressos anual entre 2001 e 2004 por população desta faixa etária tem-se mantido constante nos lares de idosos, SAD e centros de dia. Os CAO's registam entre este período um aumento na percentagem de ingressos por parte desta população e, contrariamente, os lares residenciais registam uma diminuição na sua percentagem de ingressos.

Nas tabela nr. 2.6.2.1/2/3/4. em anexo 2.6.1, pode-se consultar o número de ingressos por grupos de idade e género nos distintos recursos durante o período de 2001 a 2004.

2.6.2.1 Centros de Actividades Ocupacionais (CAO)

O **número de ingressos em CAO's** foi de 2.473 em 2001 e de 5.746 em 2004, o que significa que existiu entre estes anos um incremento de 132% no número de ingressos.

O **número de ingressos de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em CAO's** não atinge 1% no período analisado, ainda que exista um crescimento no número de ingressos de população desta idade durante o período em questão (figura nr. 2.6.2.1.1.). Assim, de 0,16% (4 ingressos) do total de ingressos que representava a população desta faixa etária sobre o total de ingressos existentes em 2001, em 2004 passa a representar 0,73% (42 ingressos) do total de ingressos desse ano.

Figura nr. 2.6.2.1.1. Evolução do número de ingressos em CAO's e percentagem de ingressos da população com idade igual ou superior a 65 anos (2001-2004)

INGRESSOS POR ANO E VALÊNCIA					
CENTRO ACTIVIDADES OCUPACIONAIS					
	TOTAL		>= 65 ANOS		% >= 65 ANOS
2001	2.473		4		0,16%
2002	2.796		5		0,18%
2003	4.719		28		0,59%
2004	5.764		42		0,73%

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.6.2.2 Centros de dia

O número de ingressos em centros de dia em 2001 foi de 37.427 e, em 2004, de 39.735. O incremento verificado no número de ingressos foi de 6,2%.

A **população com idade igual ou superior a 65 anos representa a grande fatia de ingressos em Centros de dia**: 86,3% em 2001 e 87,3% em 2004, o que significa, respectivamente, 32.293

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

e 34.686 ingressos (figura nr. 2.6.2.2.1.), facto natural já que estes serviços são, por definição, destinados a esta população.

Figura nr. 2.6.2.2.1. Evolução do número de ingressos em Centros de Dia e percentagem de ingressos da população com idade igual ou superior a 65 anos (2001-2004)

INGRESSOS POR ANO E VALÊNCIA					
CENTRO DE DIA					
	TOTAL		>= 65 ANOS		% >= 65 ANOS
2001	37.427		32.293		86,3%
2002	38.631		33.550		86,9%
2003	38.818		33.992		87,6%
2004	39.735		34.686		87,3%

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.6.2.3 Lares para idosos

Em 2001 ingressaram 50.703 pessoas em lares para idosos e, em 2004, 56.014. Entre estes anos o incremento verificado no número de ingressos foi de 10,5%.

Como seria de esperar, entre os recursos analisados, é nos **lares de idosos que a população com idade igual ou superior a 65 anos representa a maior percentagem de ingressos** (figura nr. 2.6.2.3.1.). Assim, em 2001 representou 92,8% (47.056 ingressos) dos ingressos e, em 2004 93,56% (52.437 ingressos).

Figura nr. 2.6.2.3.1. Evolução do número de ingressos em Lares para Idosos e percentagem de ingressos da população com idade igual ou superior a 65 anos (2001-2004)

INGRESSOS POR ANO E VALÊNCIA					
LAR PARA IDOSOS					
	TOTAL		>= 65 ANOS		% >= 65 ANOS
2001	50.703		47.056		92,8%
2002	52.347		48.949		93,4%
2003	54.245		50.893		93,8%
2004	56.014		52.437		93,6%

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.6.2.4 Serviço de apoio domiciliário (SAD)

O número de ingressos em SAD aumentou em 31,6% entre 2001 e 2004. No ano 2001 registaram-se 45.169 ingressos e, em 2004, 59.445.

A **população com idade igual ou superior a 65 anos representa em torno a 88% dos ingressos anuais em SAD**, apresentando pouca variação entre o ano 2001 e 2004 já que a percentagem é de, respectivamente, 88,2% e 88,5% de ingressos de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (figura nr. 2.6.2.4.1.). A nível de valores absolutos, significa que em 2001 ingressaram 39.854 pessoas desta faixa etária em SAD e, em 2004, 52.577.

Como já foi comentado ao longo deste capítulo, o facto de existir um maior isolamento na população idosa actual e o facto de haver uma menor capacidade por parte da família em prestar os cuidados necessários para a satisfação das necessidades básicas e/ou actividades da vida diária destas pessoas, torna-se essencial que este seja um dos capítulos com grande relevância na rede de recursos sociais oferecidos pela Segurança Social. Por outro lado, ao prestar um serviço ao domicílio nos casos em que este tipo de atendimento seja viável, permite combinar a

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

prestação de cuidados individualizados e personalizados respeitando ao máximo o conforto pessoal do receptor dos cuidados.

Figura nr. 2.6.2.4.1. Evolução do número de ingressos em SAD e percentagem de ingressos da população com idade igual ou superior a 65 anos (2001-2004)

INGRESSOS POR ANO E VALÊNCIA					
SERVIÇO APOIO DOMICILIÁRIO					
	TOTAL		>= 65 ANOS		% >= 65 ANOS
2001	45.169		39.854		88,2%
2002	50.753		44.948		88,6%
2003	54.777		48.654		88,8%
2004	59.445		52.577		88,5%

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.6.2.5 Lares residenciais

O número de ingressos em lares residenciais teve um grande aumento entre os anos 2001 e 2004 (de 175,2%): de 799 ingressos no ano 2001 e 2.199 em 2004.

A população com idade igual ou superior a 65 anos não é protagonista da maior parte dos ingressos em lares residenciais e, inclusivamente, **a percentagem de ingressos desta população conheceu um grande decréscimo em 2003** (figuar nr. 2.6.2.5.1.). Assim, se em 2001 e 2002 esta população representava, respectivamente, 25,7% e 22,2% dos ingressos neste tipo de lares, em 2003 a percentagem descende a 10,6%. Este decréscimo continuou-se a verificar em 2004, com 9,5% dos ingressos. Não obstante, se verificamos o número de ingressos de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, verificamos que este valor é mais ou menos

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

constante e gira em torno os 200 ingressos anuais (205 em 2001; 228 em 2002; 188 em 2003 e, 208 em 2004). Assim, o que ocorreu entre 2001 e 2004 foi um aumento do número ingressos total (de 799 ingressos em 2001 passou-se a 2.199 ingressos em 2004), que em grande parte foi protagonizado por população de faixa etária inferior a 65 anos.

Figura nr. 2.6.2.5.1. Evolução do número de ingressos em Lares Residenciais e percentagem de ingressos da população com idade igual ou superior a 65 anos (2001-2004)

INGRESSOS POR ANO E VALÊNCIA					
LAR RESIDENCIAL					
	TOTAL		>= 65 ANOS		% >= 65 ANOS
2001	799		205		25,7%
2002	1.027		228		22,2%
2003	1.777		188		10,6%
2004	2.199		208		9,5%

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.7. ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Neste capítulo, realiza-se uma análise dos dados obtidos correspondentes à utilização dos serviços de saúde (os níveis de análise são a atenção primária e, maioritariamente, o nível hospitalar). Far-se-á uma caracterização da utilização dos serviços de urgências, das altas hospitalares existentes e dos reinternamentos.

Uma vez que este diagnóstico se realiza no âmbito do “*Projecto de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede de cuidados continuados integrados e progressivo desenvolvimento de serviços comunitários para a promoção e desenvolvimento de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência*”, considerou-se conveniente realizar uma análise específica para determinados grupos de doenças e para a população com uma determinada faixa etária. Assim, **foram seleccionadas seis patologias: doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, neurológicas, tumores malignos, fracturas e VIH/ Sida que aparecerão designadas como “Grupo Marcador”**.

A selecção destas patologias está relacionada com o facto de todas elas serem doenças com incidências específicas ao nível da autonomia da pessoa, fazendo-a depender na maioria das vezes de cuidados de saúde e sociais específicos. Para além desta características, algumas das doenças aqui seleccionadas compartem o facto de serem crónicas, ou seja, prolongadas, incapacitantes, que raramente são curadas na sua totalidade e que exigem para que se processe a reabilitação de um treino especial e uma atenção continuada a nível de supervisão, observação e cuidados (OMS, Dictionary of Health Services Management). Por estes motivos, interessou analisar qual o peso que estas patologias ocupavam sobre os serviços prestados no sistema de saúde português.

Em todos os capítulos realizar-se-á uma análise da situação para o grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos já que esta é a idade a partir da qual se registam grandes incidências a nível da cronicidade e grado de dependência de serviços sociais e de saúde apresentados.

Entre os dados disponíveis, tentou-se recolher informação de anos distintos por forma a que se pudesse obter um registo que traducesse a evolução da situação. Assim, a grande maioria dos dados está tratada para os anos 1995, 2000 e 2003 (ano mais recente em que se possuía informação para todos os itens, possibilitando assim uma comparativa). Os dados serão sempre apresentados ao nível de Portugal Continental e, mediante a sua disponibilidade e conveniência, por região e distrito.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Os dados tratados neste capítulo são provenientes da classificação como GDH na declaração mensal a IGIF e fornecidos para este trabalho pela Direcção- Geral de Saúde.

2.7.1. Serviços de urgências

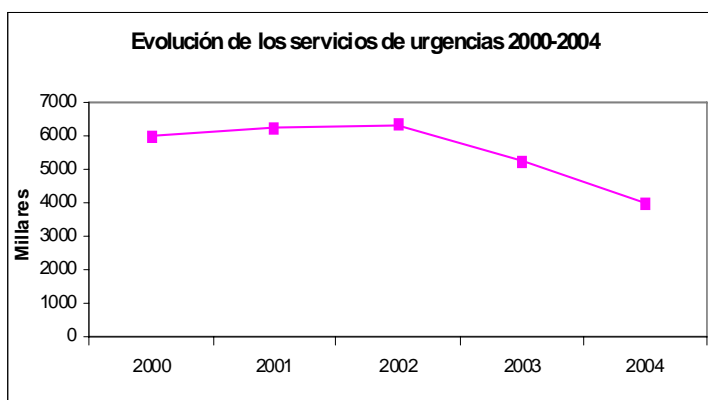
2.7.1.1. Evolução da utilização dos serviços de urgências em hospitais

A utilização dos serviços de urgências em Portugal mostra uma **redução de 33,1% no tempo transcurrido entre o ano 2000 e 2004**. No ano 2000 registaram-se 5.976.550 movimentos nas urgências hospitalares e, em 2004, esse número decresceu para 3.997.135 (Tabela nr. 2.7.1.1.1 anexo 2.7.1.1). Não obstante, entre o ano 2000 e 2002 registou-se um aumento na utilização das urgências dos serviços hospitalares, passando de 6.218.550 registos em 2001 para 6.318.857 em 2002. Assim, é a partir do ano 2002 que se começa a registar um decréscimo na utilização (5.258.307 registos em 2003), tal como se pode observar pelo gráfico 2.7.1.1.1.

Entre o ano 2003 e 2004, regista-se em Portugal uma redução de 24% nos movimentos de urgências hospitalares. O sobreuso dos serviços de urgências hospitalares é um dos problemas existente no país. Em 1999 anunciou-se a reorganização dos serviços de urgências no sentido de priorizar os pacientes com cartas de referência provenientes dos serviços de atenção primária. Com esta medida pretendeu-se desincentivar a má utilização dos serviços de urgências, tentando-se estimular a ida aos serviços de atenção primária e a intervenção do médico de família na realização da triagem dos doentes com situações de emergência vs sem situações de emergência.

Gráfico 2.7.1.1.1. Evolução da utilização dos serviços de urgências hospitalares entre o ano 2000 e 2004

Serviços de urgências - índices de utilização



Redução do 58 % dos serviços de urgências entre 2002 e 2004

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

No que se refere à **evolução da utilização dos serviços de urgências por região entre 2003 e 2004** (Tabela nr. 2.7.1.1.2, anexo 2.7.1.1), verifica-se que a região com o maior decréscimo na utilização de urgências foi a do Centro, com uma redução de 25,8% (valores de 1.553.574 em 2003 e de 1.153.026 em 2004). Por sua vez, a região que verificou um menor decréscimo na utilização dos serviços entre os dois anos foi a de Lisboa e Vale do Tejo, com uma redução de 21,1% (1.498.359 e 1.182.580 registos para 2003 e 2004, respectivamente).

Na região do Norte, a redução foi também elevada entre os dois anos: 25,3% (1.777.343 serviços em 2003 e 1.327.116 em 2004). Na região do Alentejo, a redução verificada é de aproximadamente 22,4% sendo que aqui os valores dos serviços das urgências hospitalares são bastante mais baixos que os verificados nas regiões anteriores: 186.738 para 2003 e de 144.942 para 2004. Finalmente, a região do Algarve apresenta, tal como o Alentejo, valores bastante baixos nos movimentos das urgências hospitalares com respeito aos verificados nas restantes regiões. Em 2003 os valores situavam-se em 242.293 e, em 2004, em 189.471, o que significa uma redução de 21,8%.

Relativamente à **utilização dos serviços de urgências por distritos** (tabela 2.7.1.1.3., em anexo), na região Norte o distrito com menor redução nos movimentos das urgências hospitalares foi Vila Real, com uma redução de 20,2% entre 2003 e 2004 (valores de 152.772 e de 121.845, respectivamente) e, o distrito que verificou maior redução entre 2003 e 2004 foi Bragança (28,4%), com valores de, respectivamente, de 160.556 e de 114.923. Na região Norte, o distrito que apresenta maior número de movimentos em urgências hospitalares é o Porto (727.324 registos em 2004) e, o que apresenta menor número é o de Viana do Castelo, com 89.250 movimentos.

Na região do Centro, os distritos com maior decréscimo entre 2003 e 2004 são Guarda e Leiria, apresentando o primeiro uma redução de 28,9% e, o segundo, de 28,7%. O distrito com menor decréscimo (17,1%) entre o mesmo período é o de Castelo Branco (com valores de 184.952 em 2003 e de 153.380 em 2004). Nesta região, o distrito com menor registo de movimentos nas urgências hospitalares é o da Guarda (31.403 registos em 2004) e, o distrito com maior registo é o de Aveiro, com 437.387 em 2004.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo, o distrito de Santarém registou um aumento de 3,2% nos movimentos de urgências em 2004 com respeito a 2003 (valores de 221.504 e de 214.546, respectivamente). Este é o único distrito em todo um país que apresenta um acréscimo no registo dos serviços de urgências nas referidas datas e é também o distrito da região de Lisboa que tem o menor volume de serviços de urgências (221.504 registos) em 2004. Por sua vez, o distrito que apresenta um maior volume de serviços nas urgências é o de Lisboa, com valores de 641.880 em 2004.

Na região do Alentejo, todos os distritos apresentam uma redução similar entre 2003 e 2004 no volume de serviços de urgências: Beja experimentou uma redução de 22,4%, Évora de 21,8% e Portalegre de 22,8% (todos são valores inferiores aos da média nacional). Portalegre é o distrito com maior volume de urgências (61.727 registos em 2004) e Beja o que apresenta o menor volume (37.559 registos em 2004).

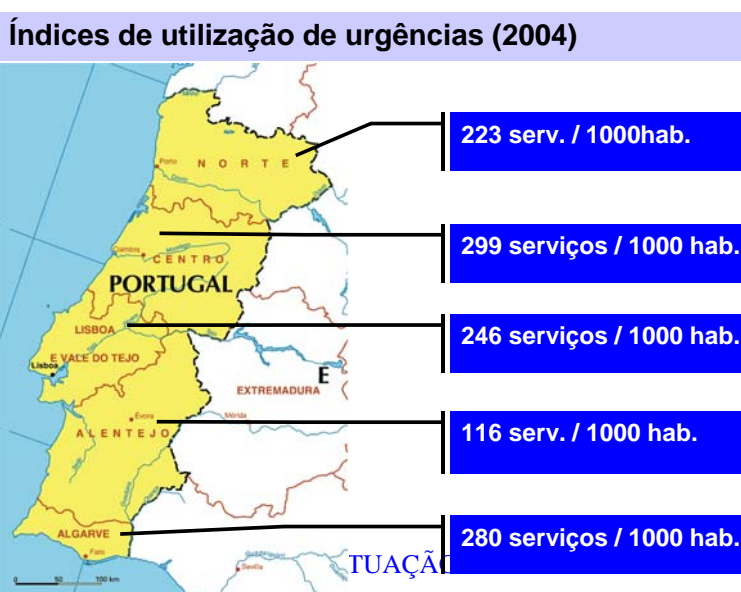
2.7.1.2. Índices de utilização dos serviços de urgências em hospitais - 2004

Para obter uma ideia da utilização das urgências no país, analisam-se neste ponto os índices de utilização dos serviços de urgências por 1000 habitantes e por região durante o ano de 2004 (figura nr. 2.7.1.2.1). A **região que verificou o maior número de serviços foi a do Centro, com 299 serviços por 1.000 habitantes** ainda que, como vimos no capítulo anterior, tenha sido simultaneamente a região que maior decréscimo apresentou na utilização de urgências entre o ano 2003 e 2004. Por sua vez, a região que registou uma menor quantidade de serviços por 1.000 habitantes foi a do Alentejo, com 116.

Figura 2.7.1.2.1. Índices de utilização dos serviços de urgências por 1.000 habitantes, 2004

Centrando-nos **índices de utilização das urgências registados pelo grupo de pessoas com idade igual ou**

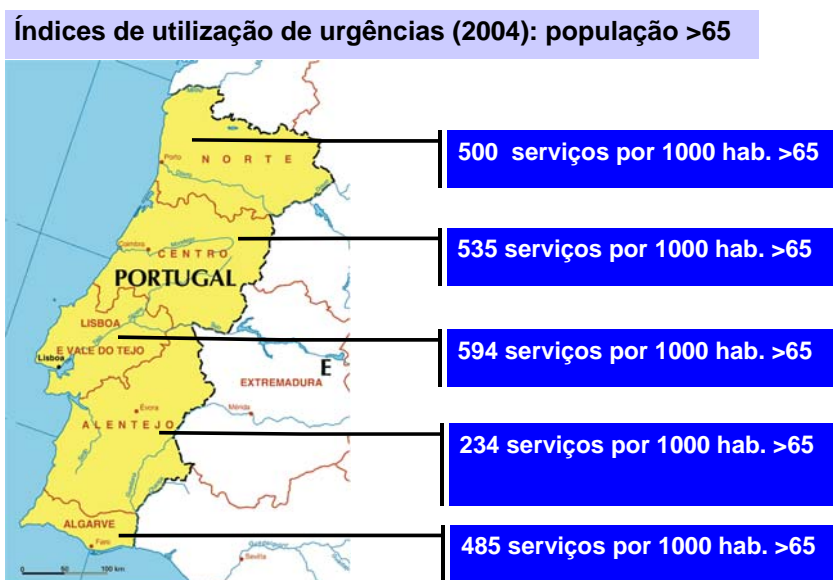
RELATÓRIO FINAL DA FASE



Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

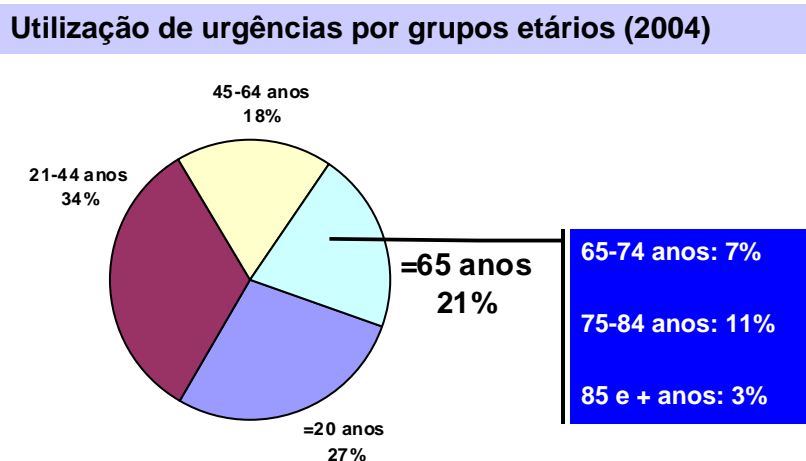
superior a 65 anos em 2004 (figura nr. 2.7.1.2.2.), verificamos que a região onde se registaram maiores índices de utilização dos serviços por 1.000 habitantes foi a de Lisboa e Vale do Tejo (594), seguida da região Centro (535), Norte (500), Algarve (485) e, por último, Alentejo (234).

Figura 2.7.1.2.2.
Índices de utilização dos serviços de urgências por 1.000 habitantes. População >= 65 anos. 2004



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Gráfico 2.7.1.2.3. Utilização dos serviços de urgências em 2004



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com respeito à **utilização dos serviços de urgências** (gráfico nr. 2.7.1.2.3.) **em 2004 por grupos etários**, verifica-se que o grupo que regista maior percentagem de utilização (34%) tem idade compreendida entre os 21 e 44 anos (1.328.100), seguido do grupo com idade igual ou inferior a 20 anos com 27% (1.089.064), do grupo com idade igual ou maior a 65 anos com 21% (822.034) e, finalmente, do grupo com idade compreendida entre os 45 e 64 anos, que representa 18% dos movimentos de urgências hospitalares (722.089).

Centrando-nos unicamente na **utilização dos serviços de urgências pela população com idade superior a 65 anos**, pode verificar-se que este grupo efectuou **20 e 21% do total de serviços de urgências em 2003 e 2004**, respectivamente (Gráfico nr. 2.7.1.2.3 e tabela nr. 2.7.1.2.1, em anexo). Em ambos anos, a percentagem de mulheres é superior à dos homens: 11% é representado por mulheres e 9% por homens em 2003 e, em 2004, 12% são mulheres e 9% homens. Mantém-se a superioridade de utilização por parte das mulheres quando verificamos os mesmos dados por região.

No que se refere à **utilização dos serviços de urgências pelo grupo etário com idade superior a 75 anos** (Gráfico nr. 2.7.1.2.3 e tabela nr. 2.7.1.2.2., em anexo), em 2003 e 2004 efectuou 11% do total de urgências hospitalares (556.416 em 2003 e 442.178 em 2004). Finalmente, **o grupo etário com idade superior a 85 anos** (Gráfico nr. 2.7.1.2.3 e tabela nr. 2.7.1.2.3, em anexo) representou em 2003 e 2004 3% do total de urgências hospitalares (142.377 em 2003 e 111.917 em 2004).

Com respeito à **utilização dos serviços de urgências por 1.000 habitantes e por grupos etários em 2004**, verificaram-se 379 serviços de urgências por 1.000 habitantes para o grupo com idade menor a 65 anos e 521 serviços por 1.000 habitantes para o grupo com idade igual ou superior a 65 anos.

No que se refere às diferenças **de utilização segundo o sexo**, há uma maior utilização dos serviços de urgências hospitalares para as mulheres em todo Portugal (durante 2004 registam-se 1.840.446 movimentos efectuados por homens e 2.156.689 pelas mulheres) e em todas as regiões .

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.7.1.3. Utilização dos serviços SAP

A informação disponível sobre a **utilização dos serviços SAP (Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado)** provém dos informes “Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS, 2003”, da Direcção Geral de Saúde e “SAP e SUH no distrito de Santarém, Causas de Utilização”, este último realizado pela ARS de Santarém em 1992 com o objectivo de identificar as causas de utilização destes serviços.

Segundo este estudo, a procura dos SAP é realizada na maioria das vezes como mecanismo para “fugir aos tempos de espera e rotina de inscrição nos Centros de Saúde, transformando-os em supletivos da consulta de ambulatório” (p.9). Um 40,45% dos utentes entrevistados dirigiu-se aos SAP durante o ano de 1990 por situação de urgência, 21,07% por impossibilidade de consultar o seu médico de família no horário previsto de consulta e 10,64% por ausência do médico de família no seu Centro de Saúde. Relativamente aos SUH, para 45,10% dos utentes entrevistados a sua utilização devia-se ao facto de considerarem existir urgência na sua situação, 15,80% utilizavam este serviço habitualmente e, 14,19% por falta de disponibilidade de consultar o seu médico de família no horário de consulta.

Os grupos etários que mais utilizaram os SAP e SUH em 1990 tinham idades compreendidas entre 1 e 4 anos, 20 e 24 e mais de 64 anos. Entre os entrevistados no estudo, “46,88% dirigiam-se directamente aos SAP e 35,43% aos SUH” (p. 12). Registou-se um total de 3.261 utentes atendidos em SAP durante o ano de 1990, dos quais 445 com idade igual ou superior a 65 anos (13,6%). Os serviços SUH foram utilizados por 2.607 utentes durante 1990, dos quais 387 tinham idade igual ou superior a 65 anos (14,8%).

Atendimentos em SAP	
Norte	1.853.971
Centro	1.721.138
Lisboa e V.T.	1.121.428
Alentejo	598.297
Algarve	483.298
Continente	5.778.132
Elaboração própria.	
Fonte: Direcção-Geral da Saúde	

Tabela 2.7.1.3.1 Atendimentos em SAP 2003

Segundo o informe “Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS, 2003” da Direcção Geral da Saúde, registraram-se um total de 5.778.132 atendimentos em SAP para todo o Continente. A região que registou mais atendimentos foi o Norte, com 1.853.971 registos, seguida do Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (tabela nr. 2.5.3.1.1.)

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.7.2. Internamento hospitalar: evolução das altas

2.7.2.1. Evolução do número total de altas segundo idade e sexo

Entre 1995 e 2003 verificou-se um aumento de 19% no volume de altas hospitalares em Portugal. Como se pode observar pelo gráfico 2.7.2.1.1., o **número total de altas em Portugal em 1995 era de 878.029, número que aumentou para 1.044.866 em 2003**. O número de altas nas mulheres é durante todo o período analisado superior à dos homens e o incremento entre 1995 e 2003 foi similar entre ambos: de 19% para as mulheres e de 18% para os homens. O número de altas de mulheres em 2003 foi de 583.031 e, para os homens, de 461.935.

Gráfico. 2.7.2.1.1. Evolução das Altas Hospitalares (1995, 2000 e 2003)

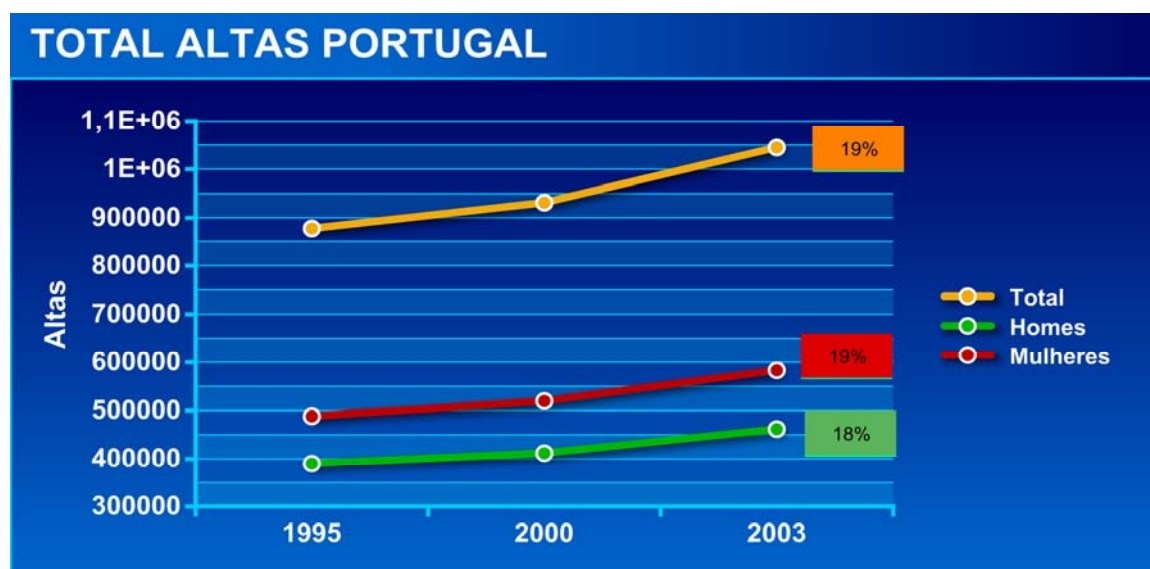


Tabela 2.7.2.1.2 Número de Altas Hospitalares segundo anos

NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARES		
1995	2000	2003
878.029	931.401	1.044.866
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde		

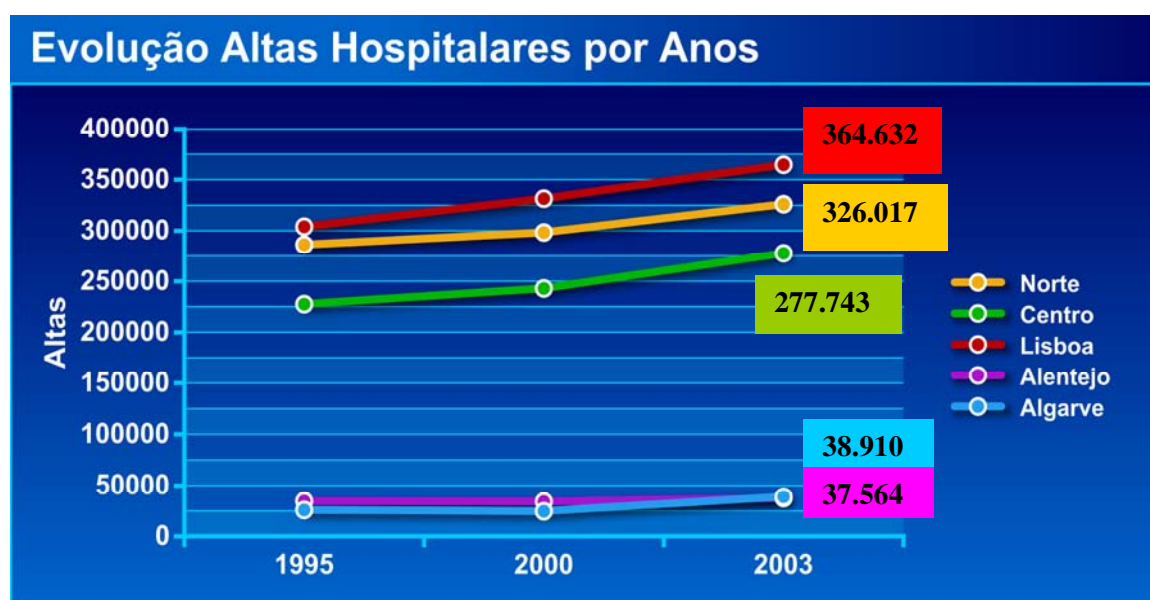
No que se refere à **evolução do volume de altas por região** (gráfico nr. 2.7.2.1.3), a **região que experimenta um maior crescimento no volume de altas entre 1995 e 2003 é a de Lisboa e**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Vale do Tejo (60.703 mais altas que em 1995). Por sua vez, a que apresenta maior constância entre estas duas datas é a região do Alentejo (o aumento entre 1995 e 2003 foi de 2.946 altas). A região com maior volume de altas, é Lisboa e Vale do Tejo que registou em 2004 364.632 altas, seguida da região Norte com 326.017 altas, da região Centro, com 277.743 altas, e, quase a par, Algarve e Alentejo com 38.910 altas e 37.564, respectivamente.

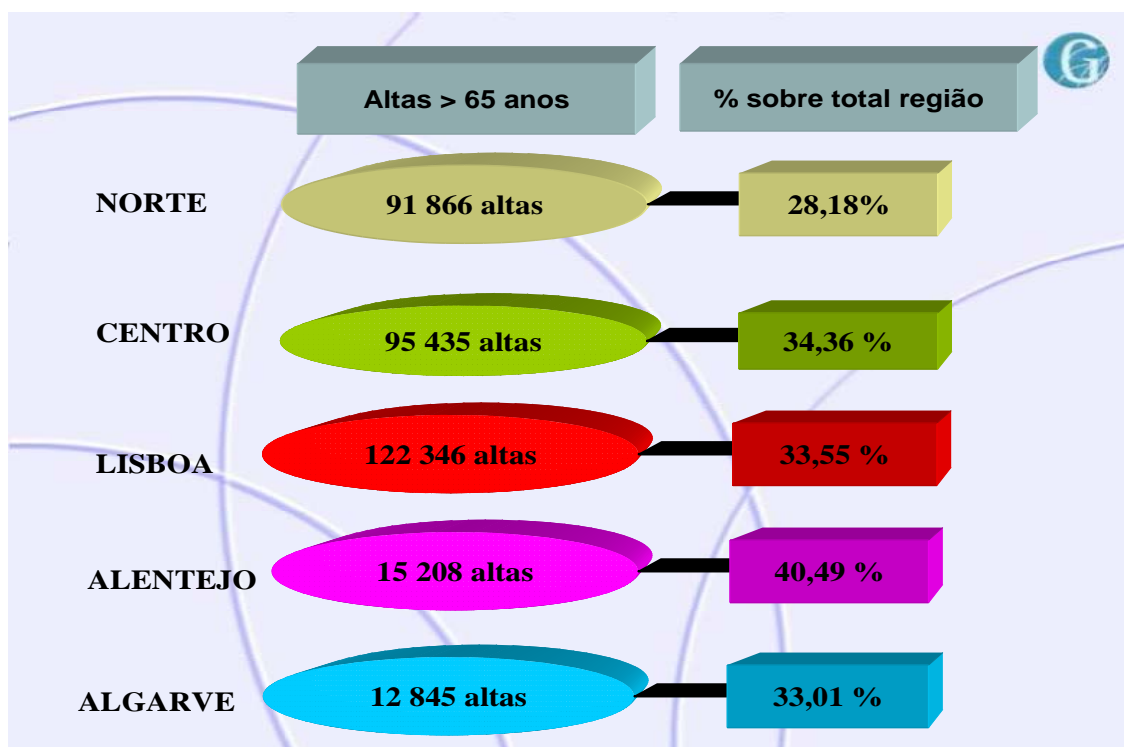
Gráfico. 2.7.2.1.3. Evolução das Altas Hospitalares por Região (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Em 2003, o número de **altas hospitalares de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos** foi de **337.700**, o que corresponde a **32,3% do número total de altas** do mesmo ano. Quando analisamos a mesma informação por regiões (figura nr. 2.7.2.1.4), verificamos que apenas o Norte apresenta uma percentagem abaixo da media nacional: 28,1% das altas verificadas nesta região são de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o que corresponde ao número de 91.866 altas. **A região com maior percentagem de altas de pessoas nesta franja etária é o Alentejo já que representam 40,5% do total de altas (15.208 altas)**. Seguidamente, na região Centro este tipo de altas representa 34,4% (95.435 altas), na região de Lisboa representa 33,6% (122.346 altas) e, finalmente, na região do Algarve, 33,01% (12.845 altas).

Figura. 2.7.2.1.4. Número e Percentagem de Altas Hospitalares de >= 65 anos por Região (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com respeito às **diferencias por sexo no volume de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos**, verifica-se que as mulheres de 65 anos ou mais representam 30,1% do total de altas de mulheres em 2003 (175.485) e que os homens de 65 ou mais anos representam 35,1% (162.215) do total de homens com alta nesse mesmo ano.

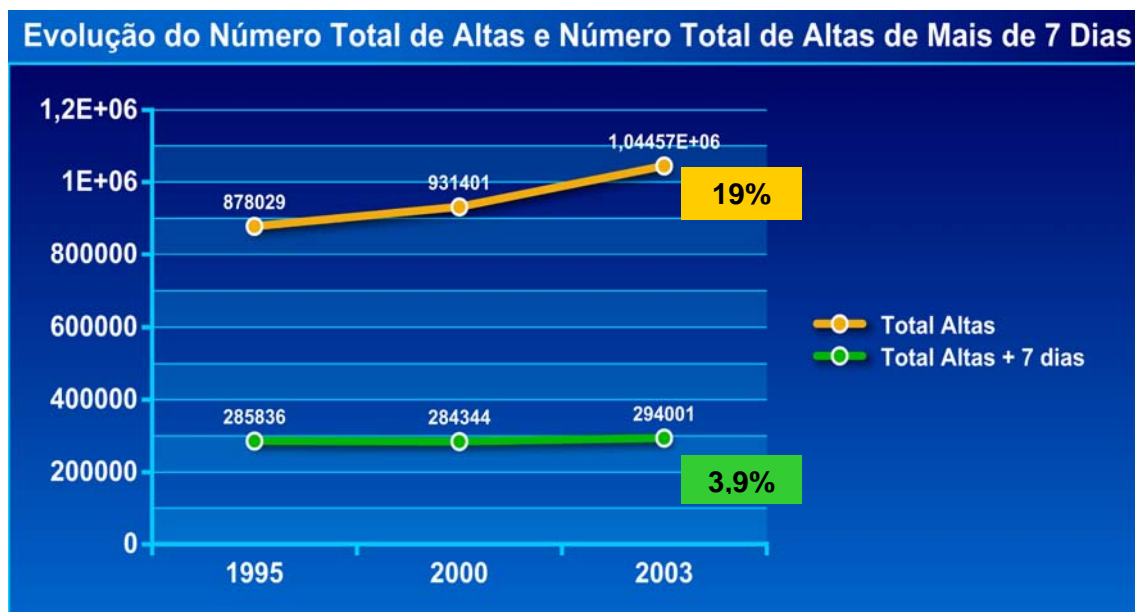
2.7.3 Evolução do número de altas com demora média superior a 7 dias

A evolução do número total de altas de mais de 7 dias entre 1995 e 2003 (gráfico nr. 2.7.3.1) é de 3,9%, o que representa um aumento de 8.165 altas entre um ano e outro, em 1995 contabilizaram-se 285.836 altas de mais de 7 dias e, **em 2003, 294.001**.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.3.1. Evolução do Número Total de Altas de Mais de 7 dias (1995, 2000, 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com relação ao aumento verificado no volume total de altas entre 1995 e 2003 (19%), pode dizer-se que o número de altas de mais de 7 dias se manteve mais ou menos constante durante o mesmo período. As altas de 7 dias representam 32,5% do total de altas em 1995, percentagem que decresce em 2003, já que **passam a representar 28,4% do volume total de altas em 2003** (tabela nr.2.7.3.2)

Tabela 2.7.3.2 Percentagem de Altas de mais de 7 dias			
% Altas Mais de 7 Dias sobre Total de Altas			
	1995	2000	2003
Total	32,55%	30,53%	28,42%
Homens	37,24%	35,36%	32,91%
Mulheres	28,81%	26,70%	24,87%

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com respeito à **diferença entre sexos**, pode-se afirmar que é bastante pequena, existindo um maior número de homens com altas de mais de 7 dias nos três anos analisados (gráfico nr. 2.7.3.3) o que difere dos resultados apresentados para o número total de altas, em que as mulheres constituíam maior número nos três anos em análise.

Gráfico. 2.7.3.3 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 7 dias por sexo (1995, 2000, 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

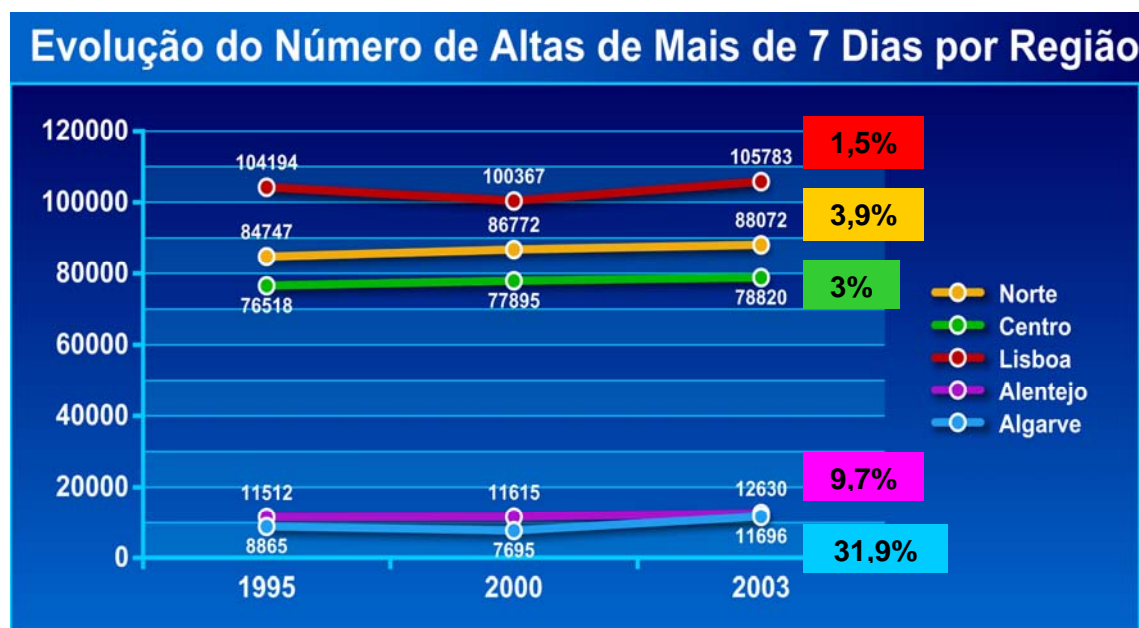
Em relação à **evolução do número de altas de mais de 7 dias por região** (gráfico nr. 2.7.3.4), **a região que regista maior variação entre o ano 1995 e 2003 é a região do Algarve (31,9%)**, seguida da região do Alentejo com uma variação de 9,7%, da região Norte com variação de 3,9%, da região Centro com uma variação de 3% e, por último, a região que regista uma menor variação entre 1995 e 2003 é a de Lisboa e Vale do Tejo (1,5%).

Contudo, ainda que em todas regiões se tenha verificado um crescimento no número de altas de mais 7 dias entre 1995 e 2003, verifica-se que para as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e para o Algarve, existiu um decréscimo no número de altas entre 1995 e 2000, voltando a aumentar entre 2000 e 2003.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.3.4. Evolução do Número Total de Altas de Mais de 7 dias por região (1995, 2000, 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção Geral de Saúde

Quanto ao volume de altas, a região que regista maior número de altas de mais de 7 dias em 2003 é a de Lisboa e Vale do Tejo (105.738), seguida do Norte (88.072), da região Centro (78.820), Alentejo (12.630) e, finalmente, Algarve, com 11.696.

O número de altas de mais de 7 dias na população com 65 anos ou mais (ver gráfico nr. 2.7.3.5) experimentou uma variação de 30,3% entre 1995 e 2003, bastante acentuada com respeito à variação experimentada pelo número total de altas de mais de 7 dias no mesmo período, que constitui, como já foi dito, 3,9%.

Gráfico. 2.7.3.5. Evolução do Número Total de Altas de Mais de 7 dias para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (1995, 2000, 2003)

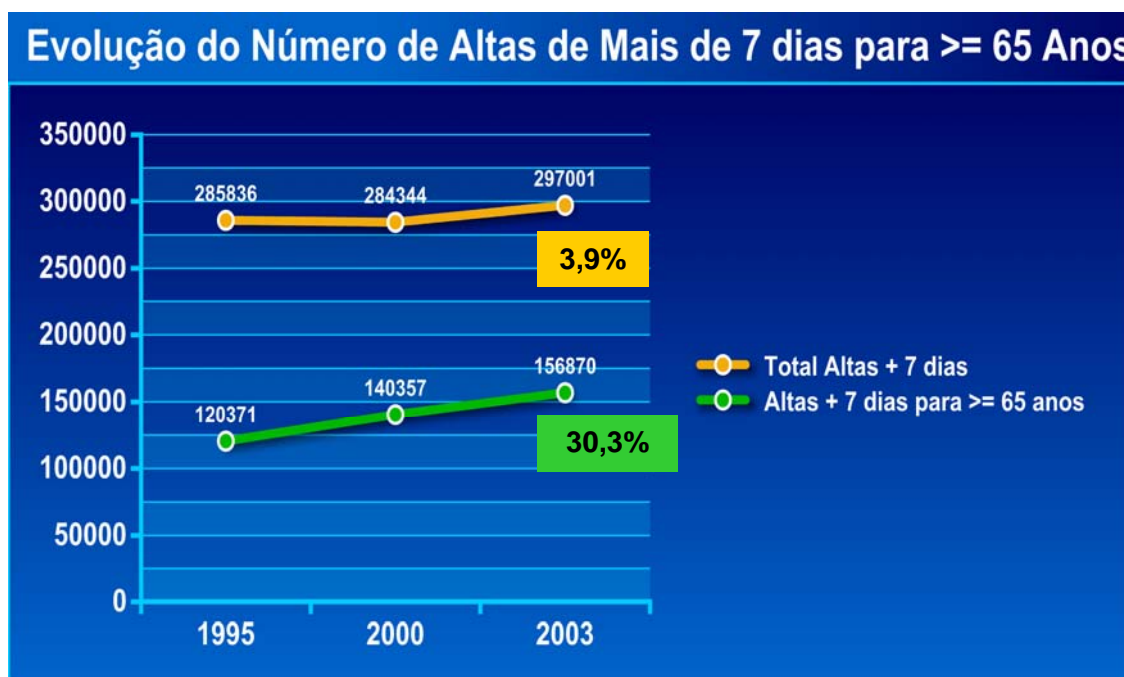


Tabela 2.7.3.6 Evolução da Percentagem de altas em maiores de 65 anos

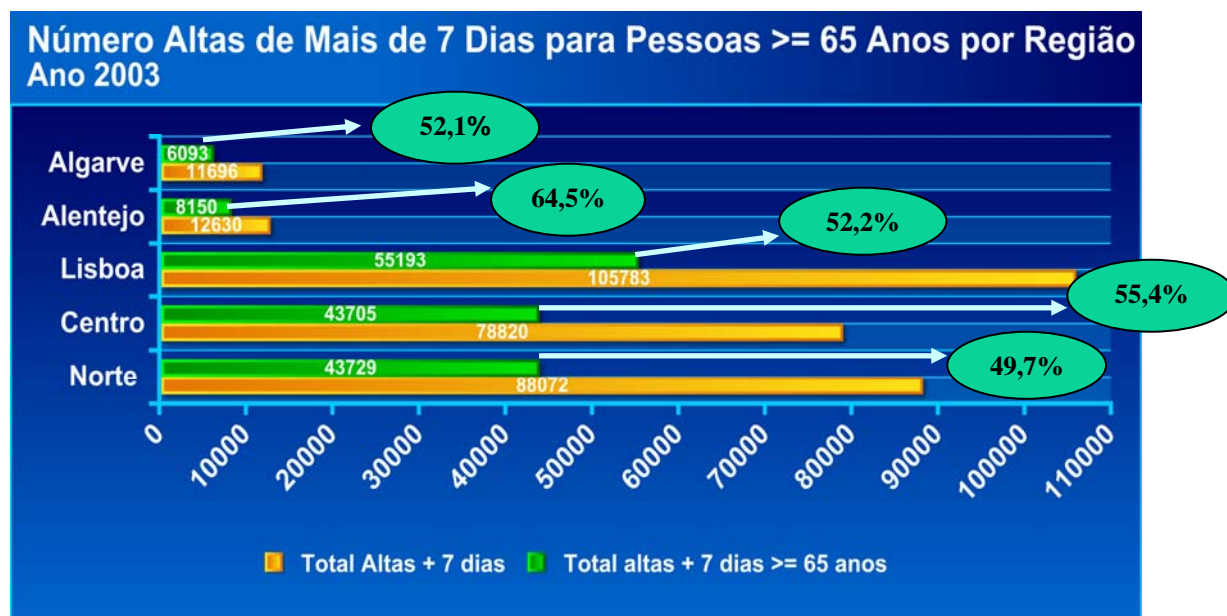
% Altas de mais de 7 Dias em pessoas ≥ 65 anos sobre Total Altas + 7 Dias	
1995	42,1%
2000	49,4%
2003	52,8%

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

O número de altas mais de 7 dias da população com 65 anos ou mais em 1995 foi de 120.371 e, em 2003 foi de 156.870, o que representa, sobre o total de altas de mais de 7 dias, respectivamente, 42,1% e 52,8% o que significa que, em 2003, mais de metade das altas de mais de 7 dias foram realizadas por este grupo populacional.

Com respeito ao **número de altas de mais de 7 dias para a população de 65 anos ou mais por regiões**, verifica-se pelo gráfico nr. 2.7.3.7 que **em todas as regiões do país a população com 65 anos ou mais protagoniza a metade ou mais das altas de 7 dias**. Verificamos que mesmo onde essa percentagem é menor (49,7% no Norte), ainda assim significa quase metade das altas de mais de 7 dias.

Gráfico. 2.7.3.7. Número Total de Altas de Mais de 7 dias por Pessoas com Idade Igual ou Superior a 65 anos, por região (2003)



Altas de mais de 7 Dias – Todo o País (2003)		
Total	297.001	
>= 65 anos	156.870	52,8%

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

A região em que a percentagem desta população é mais alta é a do Alentejo, já que representa 64,5% do total de altas de mais de 7 dias. Em seguida está a região do Centro, onde este grupo representa 55,4% do total de altas de mais de 7 dias e, finalmente e a par, encontramos as regiões de Lisboa e do Algarve, onde a população com 65 anos ou mais representa, respectivamente 52,2% e 51,1%.

O número total de altas de mais de 7 dias para pessoas com idade de 65 anos ou mais, a região com maior número é a de Lisboa (55.193), seguida do Norte (43.729), a par com esta,

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

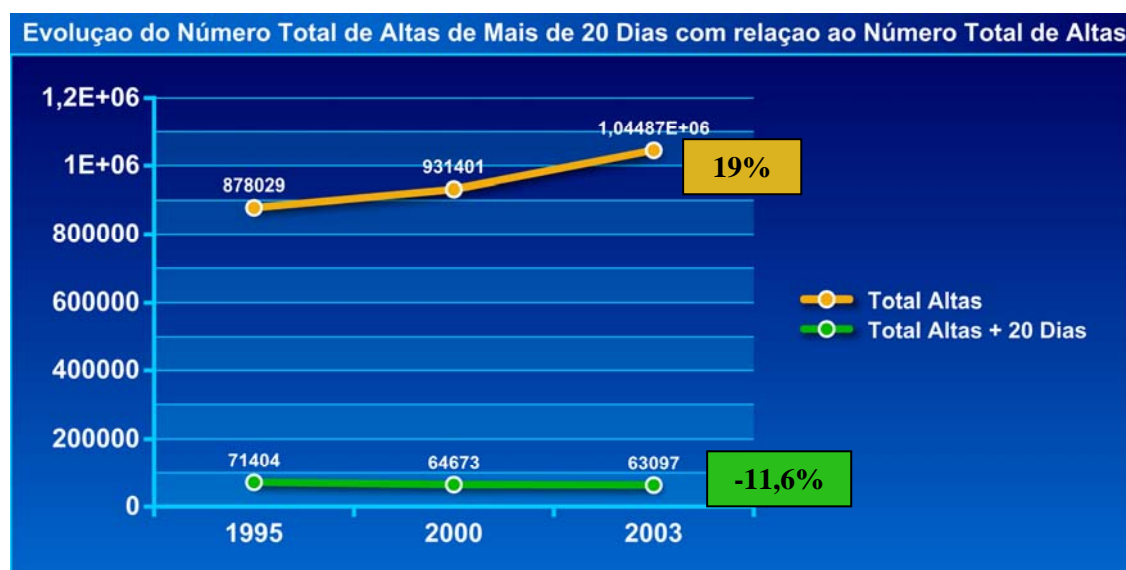
Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

a região Centro (43.705) e, finalmente, o Alentejo e o Algarve (com 8.150 e 6.093, respectivamente).

2.7.4 Evolução do número de altas com demora média superior a 20 dias

Como se pode verificar através do gráfico 2.7.4.1., o **número de altas de mais de 20 dias decresceu entre 1995 e 2003** em 11,6% (o número em 1995 era de 71.404 e em 2003 de 63.097). **As altas de mais de 20 dias representavam 8,1% do total de altas e, em 1995, essa percentagem passa em 2003 para 6%.** Esta percentagem é bastante mais baixa que a das altas de 7 dias que, tal como foi dito anteriormente, representaram 28,4% do total de altas. (Gráfico 2.7.4.1 e Tabela 2.7.4.2)

Gráfico. 2.7.4.1 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 20 dias e do Total de Altas (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

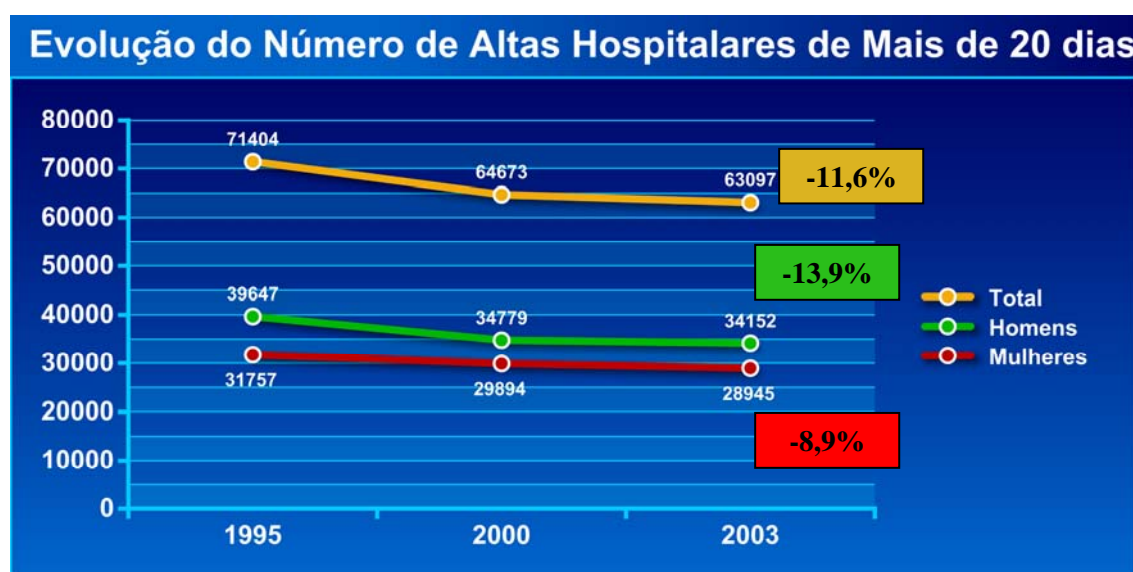
Tabela 2.7.4.2 Evolução das Altas de mais de 20 dias			
% Altas Mais de 20 Dias sobre Total de Altas			
	1995	2000	2003
Total	71.404	64.673	63.091
	8,1%	6,9%	6%
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde			

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

No que diz respeito à **diferença entre sexos** (ver gráfico nr. 2.7.4.3), **os homens protagonizam um maior número de altas de mais de 20 dias**, sendo a diferença entre ambos sexos de 5.207 em 2003, bastante similar há diferença verificada entre ambos sexos nas altas de mais de 7 dias (6.953) no mesmo ano. Com respeito à evolução experimentada por cada um dos grupos, a variação do número total de altas de mais de 20 dias entre 1995 e 2003 foi mais acentuada para os homens que para as mulheres (-13,9% e -8,9%, respectivamente).

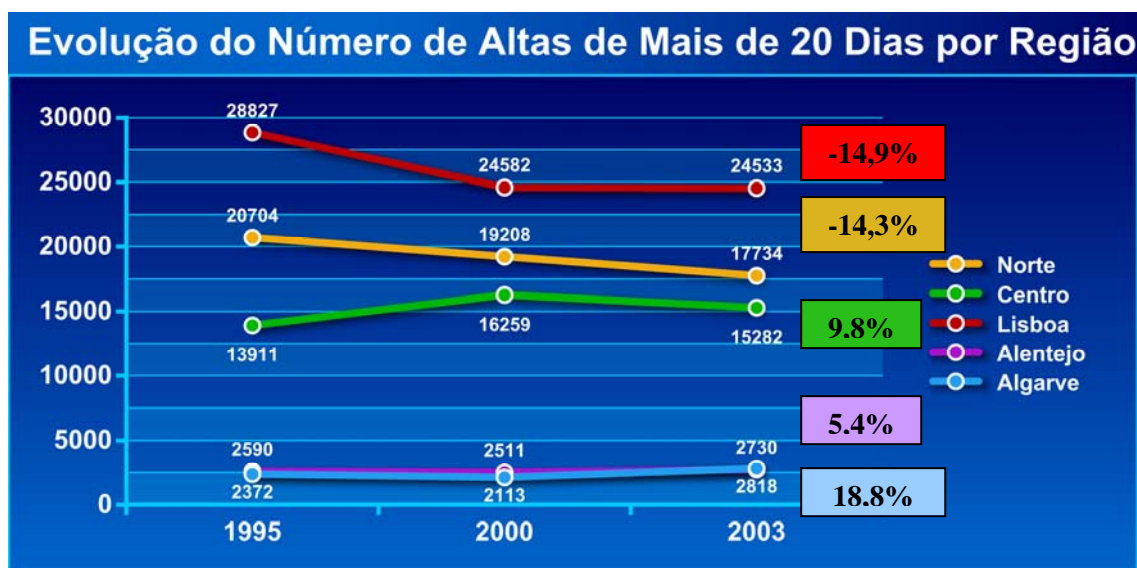
Gráfico. 2.7.4.3 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 20 dias por sexo (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Quando se analisa **a evolução das altas de mais de 20 dias por região** (gráfico nr. 2.7.4.4.), verificamos que a região de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte registam um decréscimo similar entre 1995 e 2003 (14,9% e 14,3%, respectivamente). O Algarve é a região que apresenta o maior crescimento (18,8%), seguida do Centro, com um aumento de 9,8% e do Alentejo, com um incremento de 5,4%.

Gráfico. 2.7.4.4. Evolução do Número Total de Altas de Mais de 20 dias por região (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

O número de altas de mais de 20 dias para a população com idade igual ou superior a 65 anos registou, por sua vez, um aumento de 4,3% (31.939 em 1995 e 33.315 em 2003), tal como se pode verificar no gráfico 2.7.4.5.

Gráfico. 2.7.4.5 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 20 dias para pessoas com 65 ou mais anos (1995, 2000 e 2003)

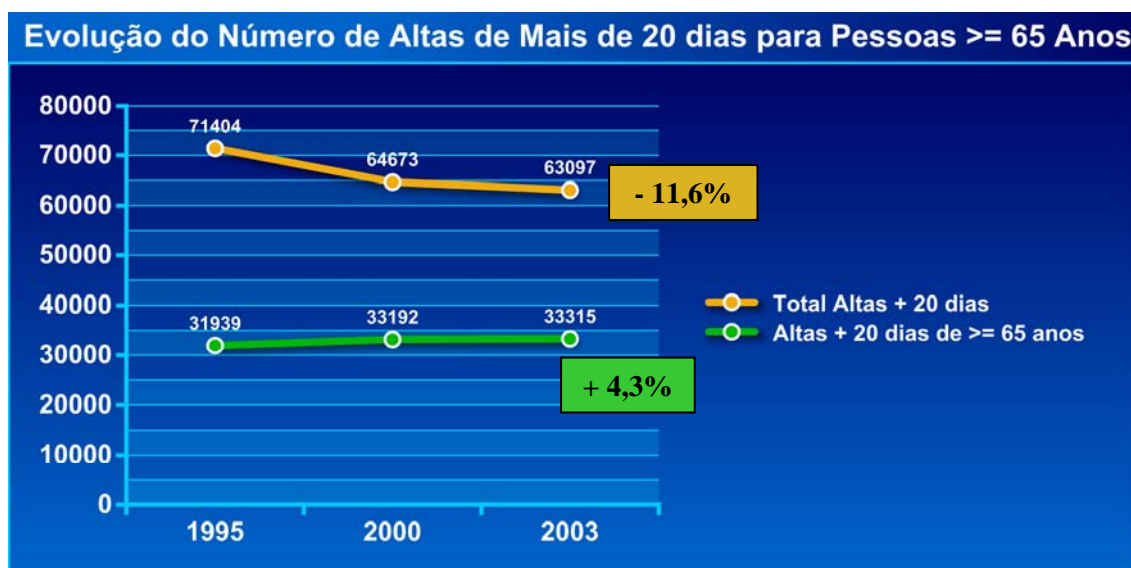


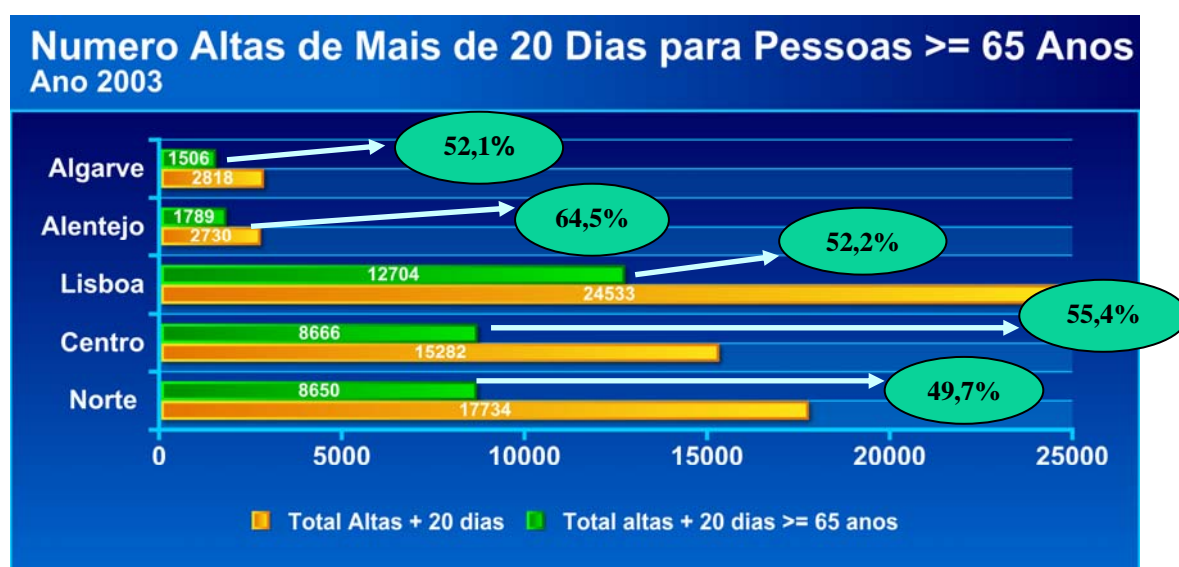
Tabela 2.7.4.6 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 20 dias para pessoas com 65 ou mais anos	
% Altas de mais de 20 Dias em pessoas >= 65 anos sobre Total Altas de mais de 20 Dias	
1995	44,7%
2000	51,3%
2003	52,8%
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde	

A população com 65 anos ou mais passou a representar mais de metade do total de altas de mais de 20 dias a partir do ano 2000 (51,3%) e, em 2003, atingia o valor de 52,8% (curiosamente, igual ao valor apresentado pela mesma população com respeito às altas de 7 dias).

A percentagem de população de 65 anos ou mais com altas superiores a 20 dias corresponde, tal como ocorria para a mesma população para as altas de 7 dias, aproximadamente a metade ou mais de metade das altas dessa duração (gráfico nr. 2.7.4.7). O Alentejo é uma vez mais a região onde a grande protagonista das altas de mais de 20 dias é a população com idade igual ou superior a 65 anos (65,5%). Segue-se a região do Centro, com 56,7%, a do Algarve, com 53,4%, a de Lisboa, com 51,8% e, finalmente, a do Norte, com valores de 48,9%.

A região que regista maior número de altas de mais de 20 dias de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é a de Lisboa (12.704), seguida, quase a par, do Centro (8.666) e Norte do país (8650).

Gráfico. 2.7.4.7. Número Total de Altas de Mais de 20 dias para pessoas com 65 ou mais anos por região



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

2.7.5. Evolução do número de altas com demora média superior a 30 dias

O número de altas de mais de 30 dias decresceu, entre 1995 e 2003, 19%, apresentando valores de 34.995 em 1995 e de 28.327 para 2003 (ver Gráfico nr. 2.7.5.1 e Tabela nr.2.7.5.2)

Gráfico. 2.7.5.1. Evolução do Número Total de Altas de Mais de 30 dias (1995, 2000 e 2003)



Tabela 2.7.5.2 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 30 dias			
Percentagem de Altas de Mais de 30 Dias sobre Total de Altas			
	1995	2000	2003
Total	3,99%	3,18%	2,71%

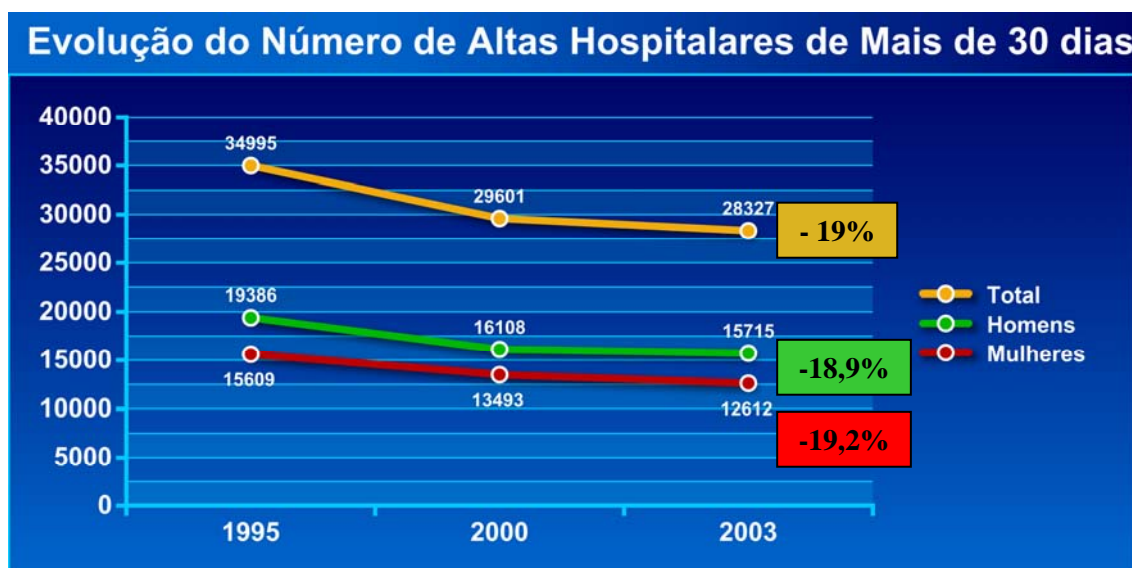
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Analisando a **evolução do número de altas de mais de 30 dias entre 1995 e 2003 por sexo** (Gráfico nr. 2.7.5.3) verifica-se que o decréscimo é ligeiramente maior para as mulheres (de 19,2% com relação a 18,9% dos homens) e que são os homens que representam o maior número de altas de mais de 30 dias (15.715 em 2003 frente a 12.612 para as mulheres no mesmo ano).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.5.3. Evolução do Número Total de Altas de Mais 30 dias por sexo (1995, 2000 e 2003)

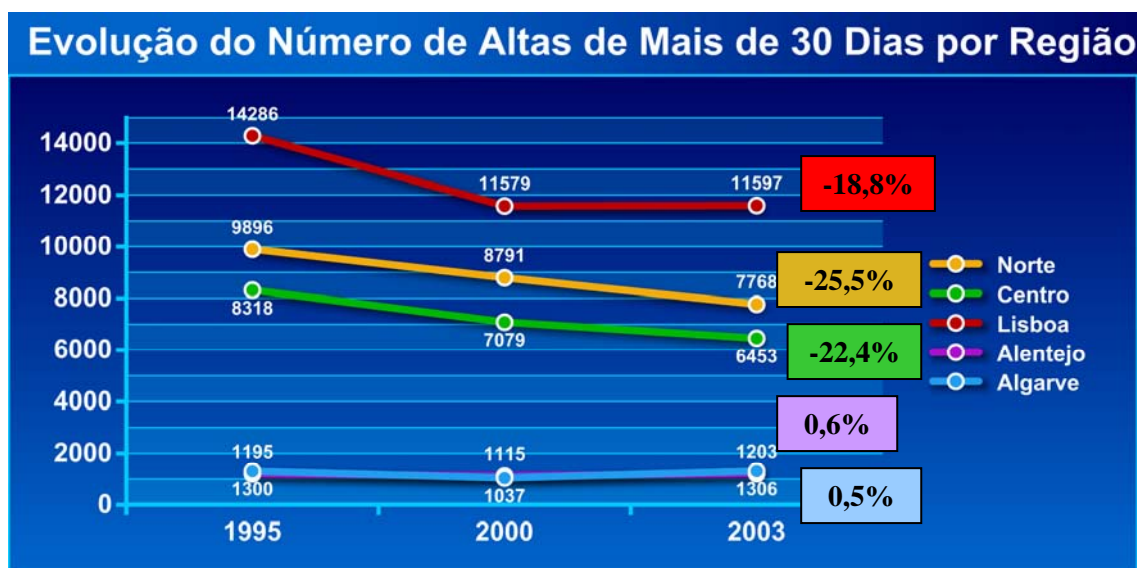


Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Quando se analisa a **evolução do número de altas de mais de 30 dias por região** (Gráfico nr. 2.7.5.4), verifica-se que, à excepção do Alentejo e do Algarve, as restantes regiões tiveram um decréscimo no número de altas entre 1995 e 2003. Algarve e Alentejo mantiveram-se mais ou menos constantes entre os dois períodos (variação de 0,6% e de 0,5%, respectivamente) e a região que apresentou o decréscimo mais acentuado foi o Norte (-25,5%), seguida da região Centro (-22,4%) e, por último, de Lisboa e Vale do Tejo, com uma redução de 18,8%:

A região que apresenta um volume mais elevado de altas de mais de 30 dias durante os três anos analisados é a de Lisboa e Vale do Tejo (11.597 em 2003), seguida da região Norte (7.768 em 2003), do Centro (6.453 em 2003) e, mais distantes, as regiões do Algarve (1.306 em 2003) e do Alentejo (1.203 em 2003).

Gráfico. 2.7.5.4 Evolução do Número Total de Altas de Mais 30 dias por região (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com respeito à **evolução do número de altas de mais de 30 dias para pessoas com idade de 65 anos ou superior** (ver Gráfico nr. 2.7.5.5 e Tabela 2.7.5.6), verifica-se que **o volume diminuiu entre 1995 e 2003**, tal como ocorreu com as altas de mais de 20 dias. Assim, de 15.223 altas no ano 1995, em 2003 o número baixa para 13.979, ou seja, um decréscimo de 8%.

Contudo, uma vez que a diminuição do total do número de altas de mais de 30 dias foi de 19%, verifica-se que **nos três períodos analisados o peso que as altas de mais de 30 dias protagonizadas pela população com idade de 65 anos ou superior aumenta, nomeadamente de 43,5% que representava em 1995 para 49,3% em 2003.**

Gráfico. 2.7.5.5 Evolução do Número Total de Altas de Mais 30 dias para pessoas com 65 anos ou mais (1995, 2000 e 2003)

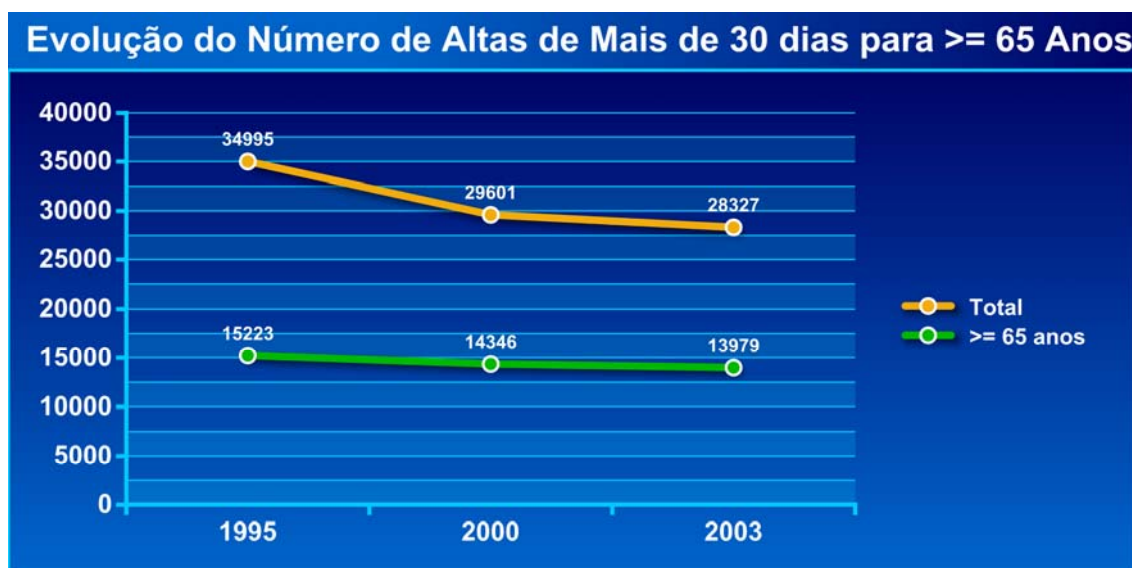
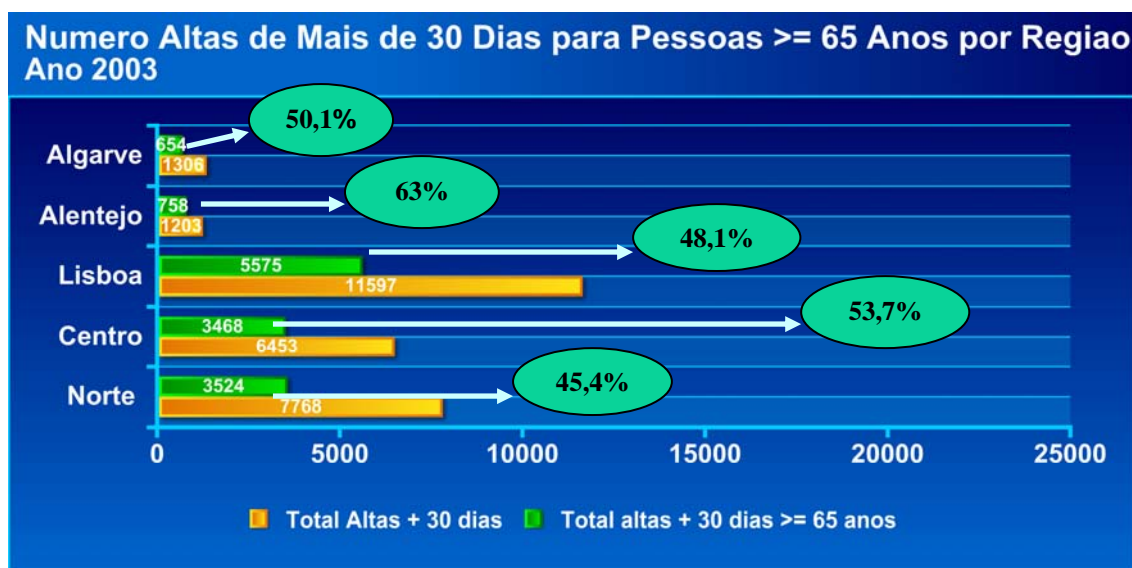


Tabela 2.7.5.6 Evolução do Número Total de Altas de Mais 30 dias para pessoas com 65 anos ou mais

Percentagem de Altas de mais de 30 Dias para pessoas ≥ 65 anos sobre Total Altas de mais de 30 Dias	
1995	43,5%
2000	48,5%
2003	49,3%
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde	

Por região (Gráfico nr. 2.7.5.7), verifica-se que **onde a grande percentagem de altas de mais de 30 dias em 2003 é protagonizada por pessoas com idade de 65 anos ou mais é a do Alentejo, com 63%**. Na zona Centro esta população representa 53,7% do total de altas de mais de 30 dias, no Algarve 50,1%, em Lisboa 48,1% e, finalmente, no Norte representam 45,4% do total de altas de mais de 30 dias realizadas nessa região. Lisboa e Vale do Tejo apresenta o maior número de altas para esta população em 2003 com 5.575 altas, seguida da região Centro com 3.468 altas, da região Norte, com 3.524, do Alentejo com 758 e, finalmente, do Algarve, com 654.

Gráfico. 2.7.5.7. Número Total de Altas de Mais 30 dias para pessoas com 65 anos ou mais por região (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Analisando a **evolução do número de altas de mais de 30 dias entre 1995 e 2003 por sexo** na tabela seguinte, verifica-se que o número de altas de 30 dias em todo o período analisado é maior para os homens (em 2003 o número de altas de 30 dias de homens é de 15.715 e de 12.612 para as mulheres). Contudo, o decréscimo no número de altas entre 1995 e 2003 é ligeiramente maior para as mulheres (de 19,2% com relação a 18,9% dos homens).

Evolução das Altas de mais de 30 Dias por sexo			
ANO	HOMENS	MULHERES	TOTAL
1995	19.386	15.609	34.995
2000	16.108	13.493	29.601
2003	15.715	12.612	28.327

Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

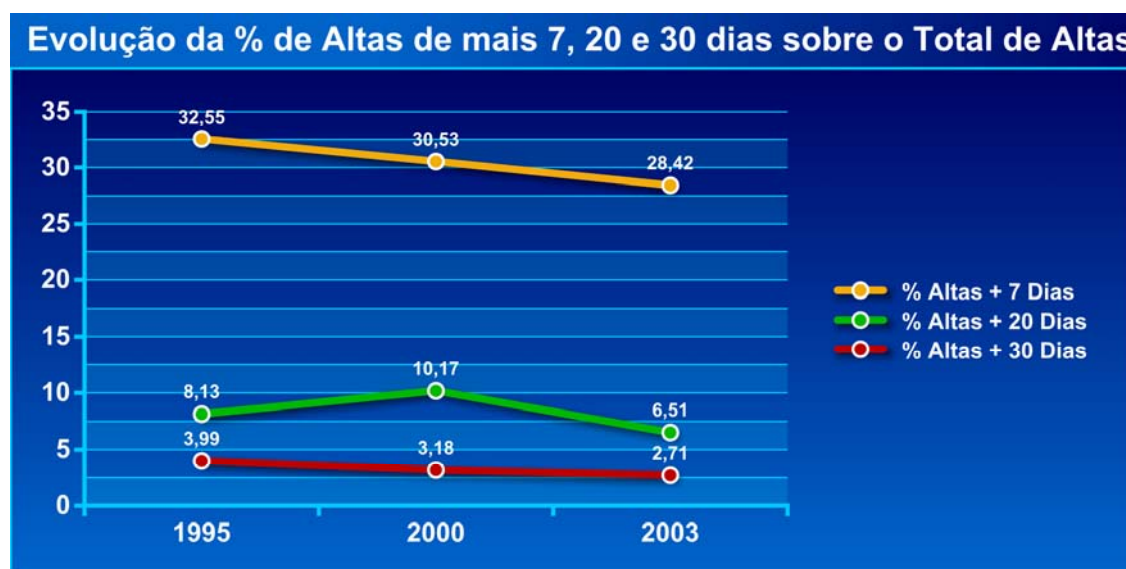
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Assim, podemos observar pelo gráfico 2.7.5.8 que ainda que o número total de altas entre 1995 e 2003 tenha aumentado em 19%, para as altas aqui tratadas (mais de 7, 20 e 30 dias), ocorreu um decréscimo com relação à sua percentagem sobre o total de altas.

Assim, **as altas de mais de 7 dias passaram a representar 28,4% do total de altas em 2003** (esse valor era de 32,6% em 1995); **as altas de mais de 20 dias representavam 6,5% do total de altas em 2003** (valor que era de 8,1% em 1995) e, finalmente, **as altas de mais de 30 dias passaram a representar 2,7% do total de altas** (valor de 4% em 1995).

Gráfico. 2.7.5.8 Evolução do Número Total de Altas de Mais de 7, 20 e 30 dias (1995, 2000 e 2003)

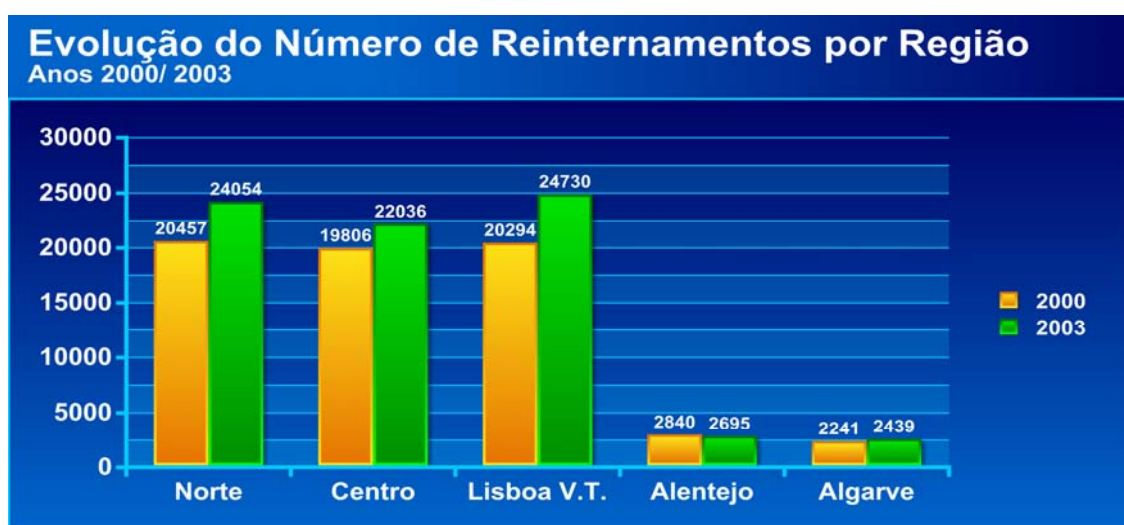


Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

2.7.6 Evolução do número de reinternamentos

Entre 2000 e 2003, o número de reinternamentos verificou uma variação de 15,7% (de 65.638 reinternamentos em 2000 passou para **75.954 em 2003**). Somente o Alentejo experimentou um pequeno decréscimo entre 2000 e 2003 no número de reinternamentos (de 2.840 passa para 2.695), o Algarve manteve um número constante entre ambos anos e é nas restantes regiões que se nota um crescimento no número de reinternamentos (gráfico nr. 2.7.6.1.). Assim, a variação entre 2000 e 2003 na região Centro foi de 11,3%, em Lisboa e Vale do Tejo de 21.9% e, finalmente, no Norte de 17,6%.

Gráfico. 2.7.6.1. Evolução do Número de Reinternamentos por Região (2000 e 2003)



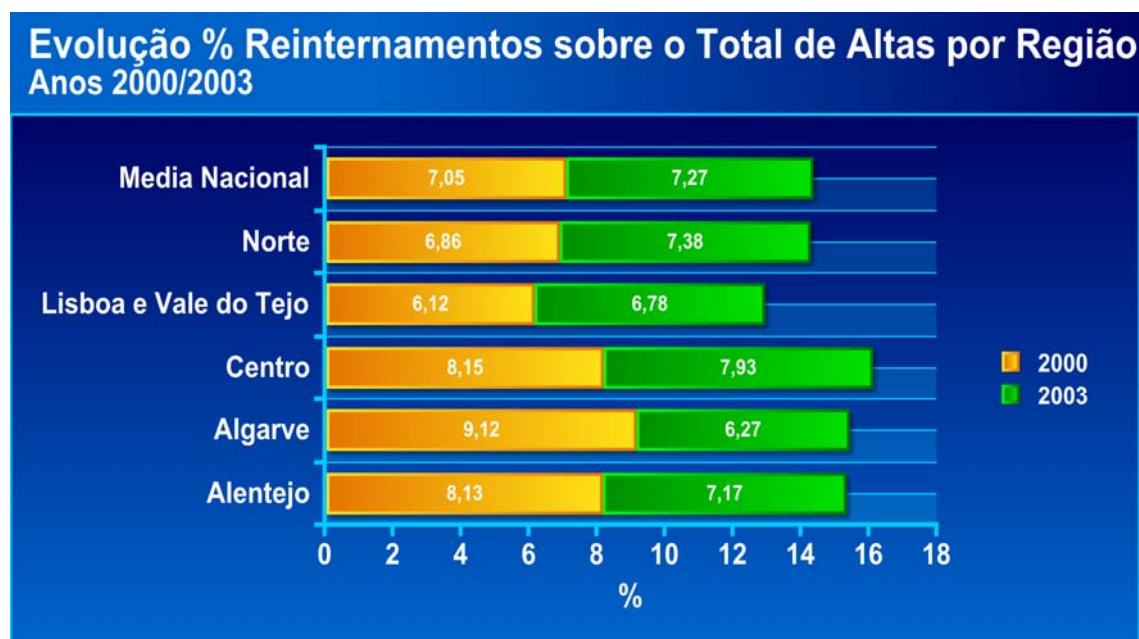
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com respeito à **percentagem de reinternamentos sobre o total de altas entre 2000 e 2003** (ver gráfico nr. 2.7.6.2.), **verifica-se que apenas em Lisboa e Vale do Tejo e no Norte se registou um aumento entre 2000 e 2003**. Na primeira, a percentagem de reinternamentos em 2000 sobre o total de altas era de 6,12% e, em 2003, de 6,78%. Na segunda, a percentagem de reinternamentos sobre o total de altas em 2000 era de 6,86%, valor que **em 2003 era de 7,38%**. **Nas restante regiões houve um decréscimo**, nomeadamente: na região Centro de 8,15% em 2000 passou para 7,93% em 2003; no Alentejo, de 8,13% em 2000 para 7,17 em 2003 e é no Algarve onde se verifica a maior variação, de 9,12% em 2000 para 6,27% em 2003. Em todo o país, a percentagem de reinternamentos sobre o total de altas aumenta de 7,05% em 2000 para 7,27% em 2003.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.6.2. Evolução da percentagem de reinternamentos sobre o total de altas por região (2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Com respeito ao **número de reinternamentos por distritos no ano 2000 e 2003** (ver tabela nr. 2.7.6.3), verificou-se um decréscimo nos distritos de Beja (-4,9%), Bragança (-1,1%), Castelo Branco (-10,9%), Portalegre (-13,4%) e Viana do Castelo (-19,6%). Os restantes distritos apresentam um incremento na percentagem de reinternamentos entre o anos 2000 e 2003, sendo que os que apresentam uma maior variação são: Vila Real (29,2%), Guarda (29,1%), Lisboa (27,4%), Aveiro (25,7%), Leiria (23,1%) e Porto (21,9%).

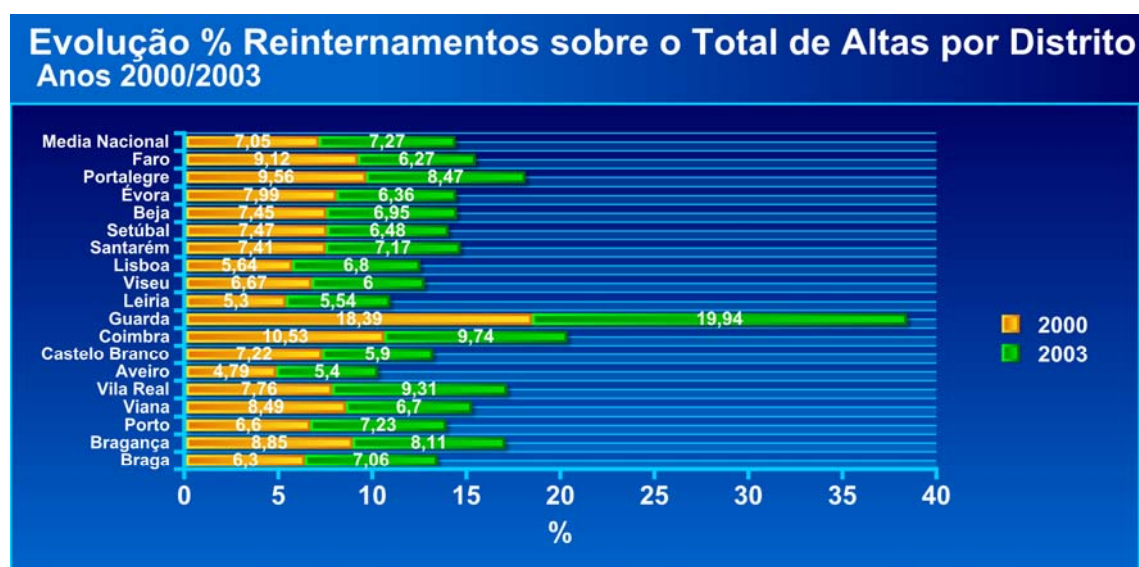
Tabela 2.7.6.3. Evolução do número de reinternamentos por distrito, 2000 e 2003			
Distrito	2000	2003	Variação
Aveiro	2.603	3.274	25,7%
Beja	916	871	-4,9%
Braga	4.373	4.932	12,7%
Bragança	1.502	1.485	-1,1%
C. Branco	1.652	1.472	-10,9%
Coimbra	9.511	9.874	3,8%
Évora	849	893	5,2%
Faro	2.241	2.439	8,8%
Guarda	2.345	3.028	29,1%
Leiria	1.863	2.295	23,1%
Lisboa	13.661	17.406	27,4%
Portalegre	1.075	931	-13,4%
Porto	11.284	13.763	21,9%
Santarém	2.616	2.939	12,3%
Setúbal	4.017	4.385	9,2%
V. Castelo	1.409	1.133	-19,6%
Vila Real	1.889	2.441	29,2%
Viseu	1.832	2.093	14,2%
Elaboração própria.Fonte: Direcção-Geral da Saúde			

Com respeito à **percentagem de reinternamentos sobre o total de altas por distrito em 2000 e 2003** (ver Gráfico nr. 2.7.6.4), verifica-se que nos distritos de Lisboa, Leiria, Guarda, Aveiro, Vila Real, Porto e Braga esta percentagem aumentou em 2003 com respeito a 2000. O distrito que apresenta uma maior percentagem de reinternamentos sobre as altas é o da Guarda (18,4% em 2000 e 19,9% em 2003) seguido de Coimbra (9,74% em 2003) e de Vila Real (9,31%). Os distritos que apresentam menor percentagem de reinternamentos sobre as altas são Aveiro (5,4% em 2003), Leiria (5,5% em 2003) e Castelo Branco (5,9% em 2003).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.6.4. Evolução da percentagem de reinternamentos sobre o total de altas por distrito (2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

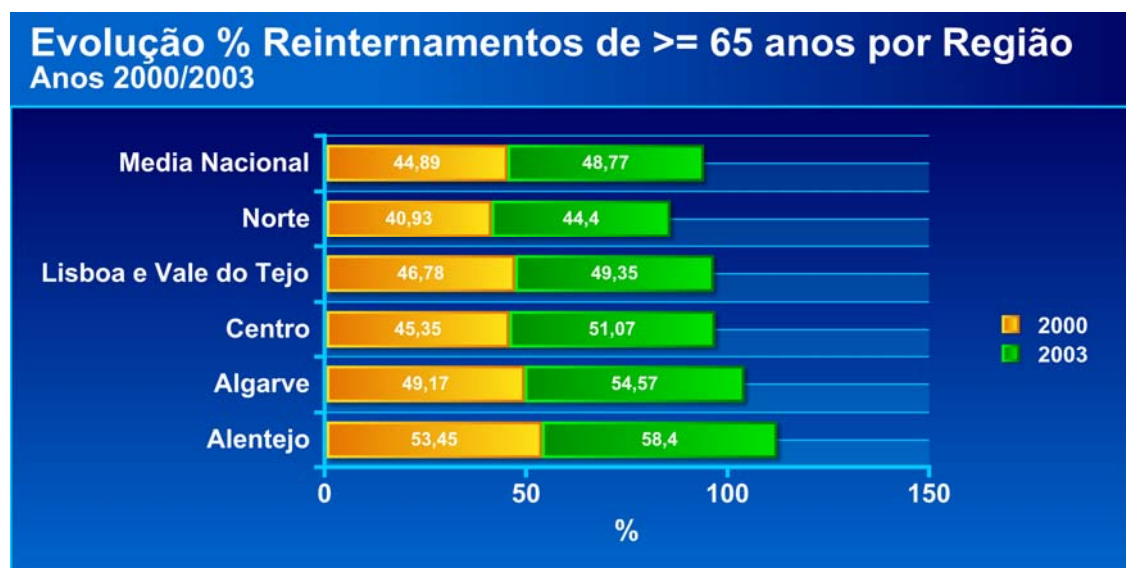
A região onde a maior percentagem de reinternamentos em 2003 é protagonizada por esta população é o Alentejo (58,4%); seguida do Algarve (54,6% em 2003), do Centro (51,1%), de Lisboa e Vale do Tejo (49,4%), e do Norte (44,4%).

Em todas as regiões, a percentagem de reinternamentos de pessoas com idade de 65 anos ou mais representa aproximadamente a metade do total de reinternamentos em 2000 e 2003. Em todas as regiões se regista uma subida na percentagem de reinternamentos protagonizada pela população com idade de 65 anos ou superior, sendo que a região que apresenta o maior incremento entre 2000 e 2003 é a região Centro.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.6.5 Evolução da percentagem de reinternamentos da população com 65 anos ou mais sobre o total de reinternamentos, por região (2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Na Tabela nr. 2.7.6.6. pode observar-se o **número de reinternamentos de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos nos anos 2000 e 2003 por região.**

Tabela 2.7.6.6. Evolução do número de reinternamentos para população com idade igual ou superior a 65 anos por região (2000 e 2003)						
Ano	Total	Norte	Lisboa e V. T.	Centro	Alentejo	Algarve
2000	29.468	8.373	9.463	8.982	1.518	1.102
2003	37.042	10.679	12.205	11.253	1.574	1.331

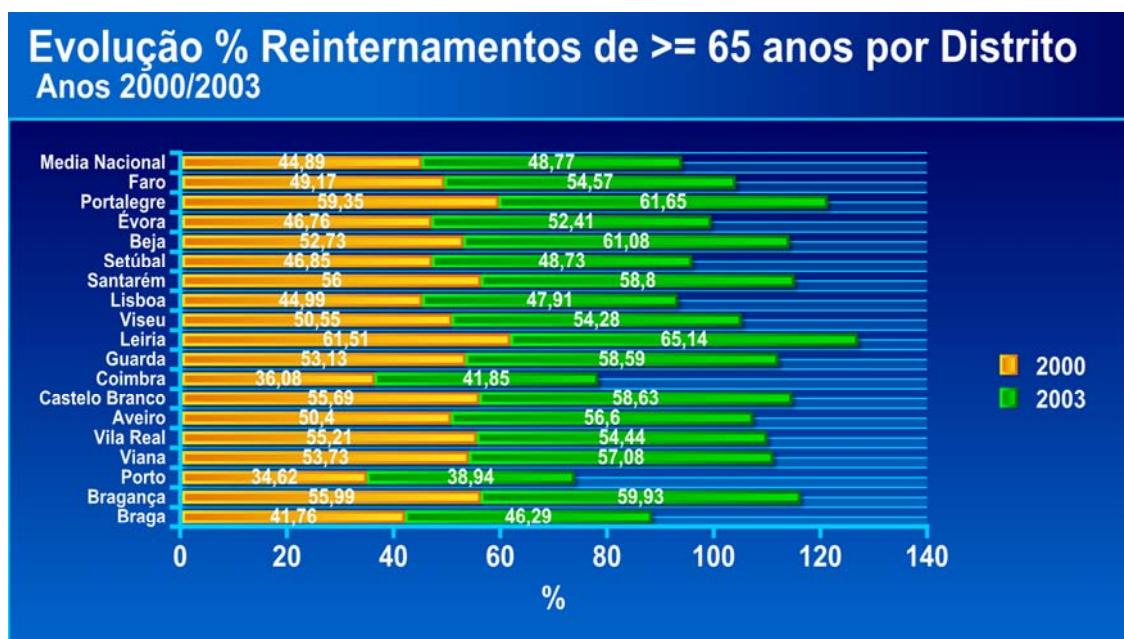
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Os distritos cuja percentagem de reinternamentos por parte da população com 65 anos ou mais é superior a 50% em 2003 são: Faro (54,6%), Portalegre (61,1%); Évora (52,4%), Beja (61,1%), Santarém (58,8%), Viseu (54,3%), Leiria (65,1%), Guarda (58,6%), Castelo Branco (58,6%), Aveiro (56,6%), Vila Real (54,4%), Viana do Castelo (57,1%) e Bragança (59,9%) (ver Gráfico nr. 2.7.6.7.). O distrito do Porto é o que regista uma menor percentagem: 38,9%.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.6.7. Evolução da percentagem de reinternamentos da população com 65 anos ou mais sobre o total de reinternamentos, por distrito (2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Os distritos que apresentam uma maior variação no número de pessoas com 65 anos ou mais reinternadas entre 2000 e 2003 (ver Tabela nr. 2.7.6.8) são o da Guarda (42,4%), de Aveiro (41,2%); Porto (37,2%) e Lisboa (37,2%). Castelo Branco diminui o número de internamento (variação de -6,2%) e mantêm-se relativamente constantes entre 2000 e 2003 o número de reinternamentos de pessoas com 65 anos ou mais nos distritos de Bragança (5,8% de variação) e de Viana do Castelo (8,1%).

Tabela 2.7.6.8 Evolução do número de reinternamentos por distrito, 2000 e 2003			
Distrito	2000	2003	Variação
Aveiro	1.312	1.853	41,2%
Beja	483	532	10,1%
Braga	1.826	2.283	25,6%
Bragança	841	890	5,8%
C. Branco	920	863	-6,2%
Coimbra	3.432	4.132	20,4%
Évora	397	468	17,9%
Faro	1.102	1.331	20,8%
Guarda	1.246	1.774	42,4%
Leiria	1.146	1.495	30,5%
Lisboa	6.146	8.340	35,7%
Portalegre	638	574	-10%
Porto	3.906	5.359	37,2%
Santarém	1.465	1.728	17,9%
Setúbal	1.882	2.137	13,5%
V. Castelo	757	818	8,1%
Vila Real	1.043	1.329	27,4%
Viseu	926	1.136	22,7%
Elaboração própria. Fonte: Direcção Geral de Saúde			

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.7.7. Altas no grupo de patologias marcadoras

Neste capítulo, descrever-se-ão **os movimentos de altas ocorridos entre 1995, 2000 e 2003 para o grupo de patologias marcadoras**: doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, tumores malignos, fracturas e VIH/ Sida.

Como já foi dito no início deste capítulo, a selecção deste grupo de patologias marcadoras como objecto de análise no âmbito deste projecto prende-se com o facto destas possuírem características específicas que as tornam merecedoras de especial atenção no âmbito do desenvolvimento de um *“Projecto de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede de cuidados continuados integrados e progressivo desenvolvimento dos serviços comunitários para promoção e desenvolvimento de cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência”*.

Entre outras características, algumas destas patologias compartem o facto de comportar alguma perda de autonomia da pessoa, o facto de serem permanentes, prolongadas e com um trajecto evolutivo tendente à intensificação dos sintomas e, finalmente, de gerarem situações de dependência de cuidados de saúde e sociais aos quais urge dar respostas adequadas em função da gravidade apresentada. Assim, **o nosso objectivo neste diagnóstico é verificar qual o peso que estas patologias ocupam no conjunto de actividades hospitalares** (em específico, no volume de altas hospitalares) e como foi evoluindo a sua importância nos últimos anos (entre 1995 e 2003).

Por outro lado, neste diagnóstico efectuar-se-á, como até então, uma **análise específica sobre a população com idade igual ou superior a 65 anos** pelo facto de algumas destas doenças serem mais prevalentes neste grupo populacional e terem, simultaneamente, repercussões distintas ao nível da necessidade de cuidados de saúde e sociais.

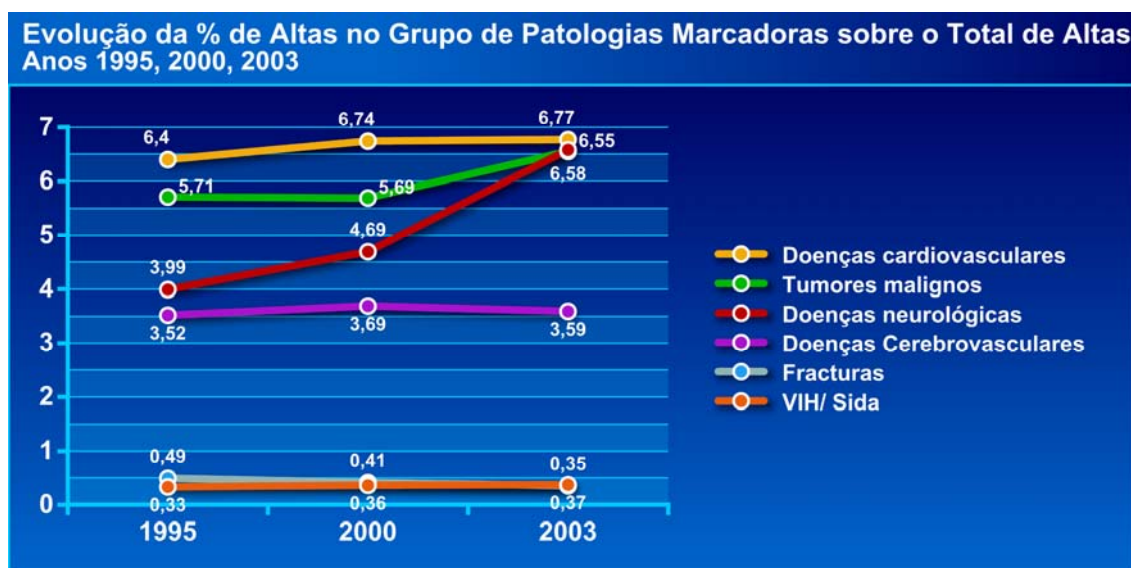
2.7.7.1. Evolução das altas no grupo de patologias marcadoras

Entre 1995 e 2003, o volume de altas aumentou em todas as patologias marcadoras à excepção das fracturas (Tabela nr. 2.7.7.1.1). A variação mais acentuada verificou-se nas doenças neurológicas, que foi de 96% entre 1995 e 2003 (de 35.074 altas em 1995 a 68.759 em 2003). Seguiram-se os tumores malignos, com um aumento de 37,2% entre 1995 e 2003 (50.121 e 68.393, respectivamente). O número de altas para VIH/ Sida registou um aumento de 30,7% entre 1995 e 2003 (2.939 em 1995 e 3.841 em 2003) e as doenças cardiovasculares de 25,8% (56.236 em 1995 e 70.764 em 2003). As altas das doenças cerebrovasculares aumentaram 21,4% entre 1995 e 2003 (30.920 em 1995 e 37.539 em 2003) e as altas nas fracturas diminuíram 14,2% entre os dois períodos (4.322 e 3.708, respectivamente).

Tabela. 2.7.7.1.1. Evolução da percentagem de altas no grupo das patologias marcadoras (1995, 2000 e 2003)				
Patologias marcadoras	1995	2000	2003	Variação
D. Cardiovasculares	56.236	62.754	70.764	25,8%
Tumores Malignos	50.121	53.003	68.393	37,2%
D. Neurológicas	35.074	43.681	68.759	96%
D. Cerebrovasculares	30.920	34.381	37.539	21,4%
Fracturas	4.322	3.803	3.708	- 14,2%
VIH/ Sida	2.939	3.394	3.841	30,7%
Total Grupo Marcador	179.612	201.018	253.004	40,9%
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde				

No grupo das patologias marcadoras, as que representam uma maior percentagem de altas sobre o número total de altas são as doenças cardiovasculares (6,77% em 2003), os tumores malignos (6,55% em 2003) e as doenças neurológicas (6,58%). As doenças cerebrovasculares representaram em 2003 3,59% do volume total de altas e as fracturas e o VIH/Sida representaram 0,35% e 0,37% do volume total de altas, respectivamente (Gráfico nr. 2.7.7.1.2)

Gráfico. 2.7.7.1.2. Evolução da percentagem de altas no Grupo de Patologias Marcadoras sobre o Total de Altas (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

O grupo das patologias marcadoras representava em 2003 é 24,2% do total de altas e a variação existente no volume de altas das patologias marcadoras entre 1995 e 2003 foi de 40,9% (179.612 em 1995 e 253.004 em 2003) (Tabela nr. 2.7.7.1.3.)

Com respeito ao número de altas de pessoas com 65 anos ou mais entre as patologias marcadoras no ano de 2003 (Tabela nr. 2.7.7.1.3), nas doenças cardiovasculares registaram-se 48.212 altas, nos tumores malignos 38.607, nas doenças neurológicas 34.401, nas doenças cerebrovasculares 29.308, nas fracturas 507 e, finalmente, no VIH/ Sida 196 altas de pessoas com 65 anos ou mais.

Para o total das patologias marcadoras o número de altas registadas na população com 65 anos ou mais no ano de 2003 foi de 150.871.

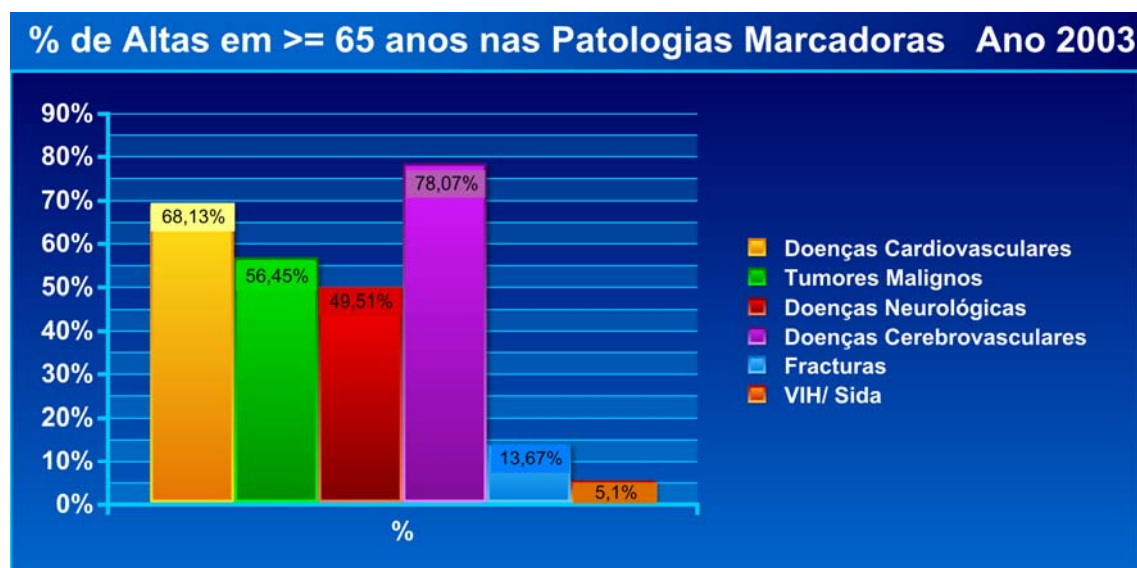
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Tabela. 2.7.7.1.3. Número de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos no grupo de patologias marcadoras (2003)					
Doenças Cardiovasculares	Tumores Malignos	Doenças Neurológicas	Doenças Cerebrovasculares	Fracturas	VIH/ Sida
48.212	38.607	34.041	29.308	507	196
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde					

Entre as altas das patologias do grupo marcador verifica-se uma maior **percentagem de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos no ano 2003 nas doenças cerebrovasculares**, onde **78,1%** das pessoas com alta são desta faixa etária. Nas altas das patologias cardiovasculares o volume de altas de pessoas com 65 anos ou mais é de **68,1%**, de **56,5%** das altas de tumores malignos e de **49,5%** das altas das doenças neurológicas (Gráfico nr. 2.7.7.1.4.). Nas altas das fracturas e de VIH/ Sida a população de 65 anos ou mais tem uma representação muito menor: 5,1%, é de 13,7% no resto caso das edades.

Gráfico. 2.7.7.1.4. Evolução da percentagem de altas no Grupo de Patologias Marcadoras sobre o Total de Altas (1995, 2000 e 2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

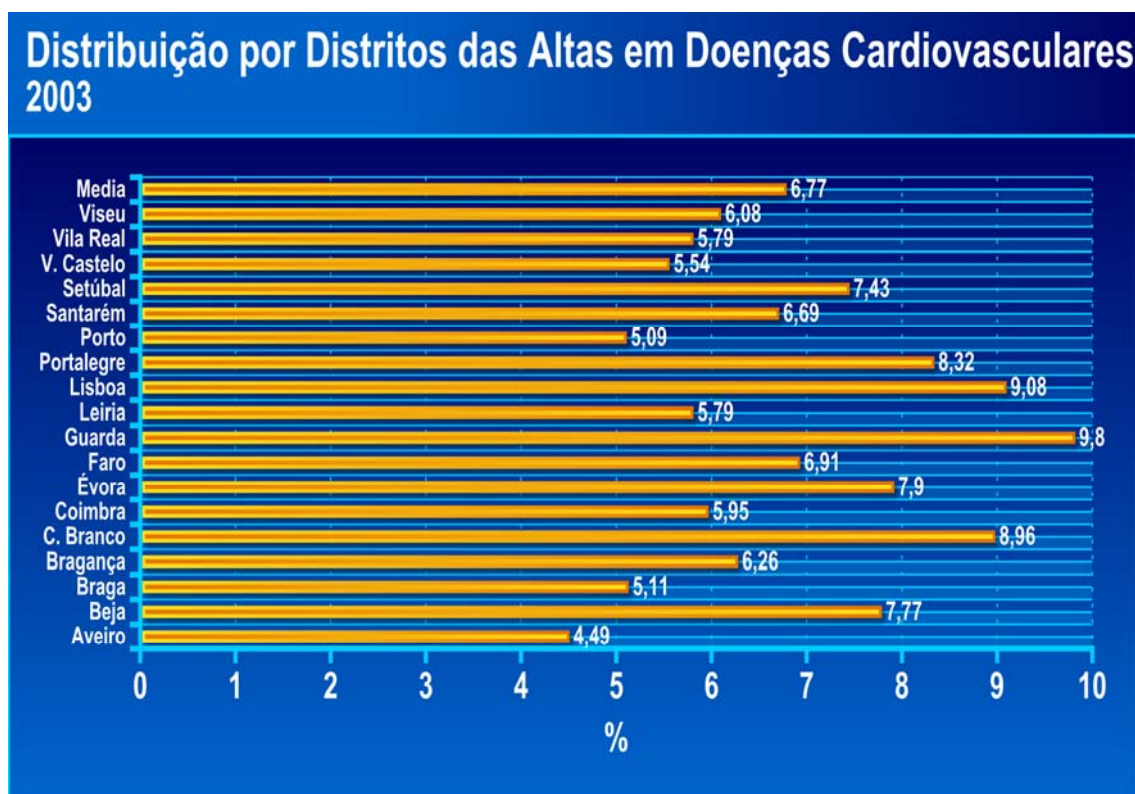
2.7.7.2. Distribuição das altas em doenças cardiovasculares por distrito

Em 2003, o distrito em que a **percentagem de altas em doenças cardiovasculares** foi mais representativa sobre o total das altas foi o da Guarda, onde representaram 9,8% do total de altas existentes nesse distrito (Gráfico nr. 2.7.7.2.1). Os demais distritos onde a percentagem de altas em doenças cardiovasculares ultrapassou a média nacional (de 6,77%) foram: Lisboa (9,1% do total de altas desse distrito), Castelo Branco (8,96% do total de altas desse distrito), Portalegre (8,3% do total de altas desse distrito), Évora (7,9% do total de altas desse distrito), Beja (7,77% do total de altas desse distrito) e Setúbal (7,43% do total de altas desse distrito). Os distritos onde as altas em doenças cardiovasculares tiveram menor peso sobre o total de altas existentes foram os de Aveiro (4,5% das altas), do Porto e de Braga (em ambos, 5,1% do total de altas).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.7.2.1. Percentagem de altas em Doenças Cardiovasculares sobre o Total de Altas do Distrito (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

No anexo 2.7.7.1, pode-se verificar o número de altas em doenças cardiovasculares por distrito. Os distritos que apresentam maior volume de altas neste tipo de doenças são Lisboa (23.238), Porto (9.691), Coimbra (6.035) e Setúbal (5.027).

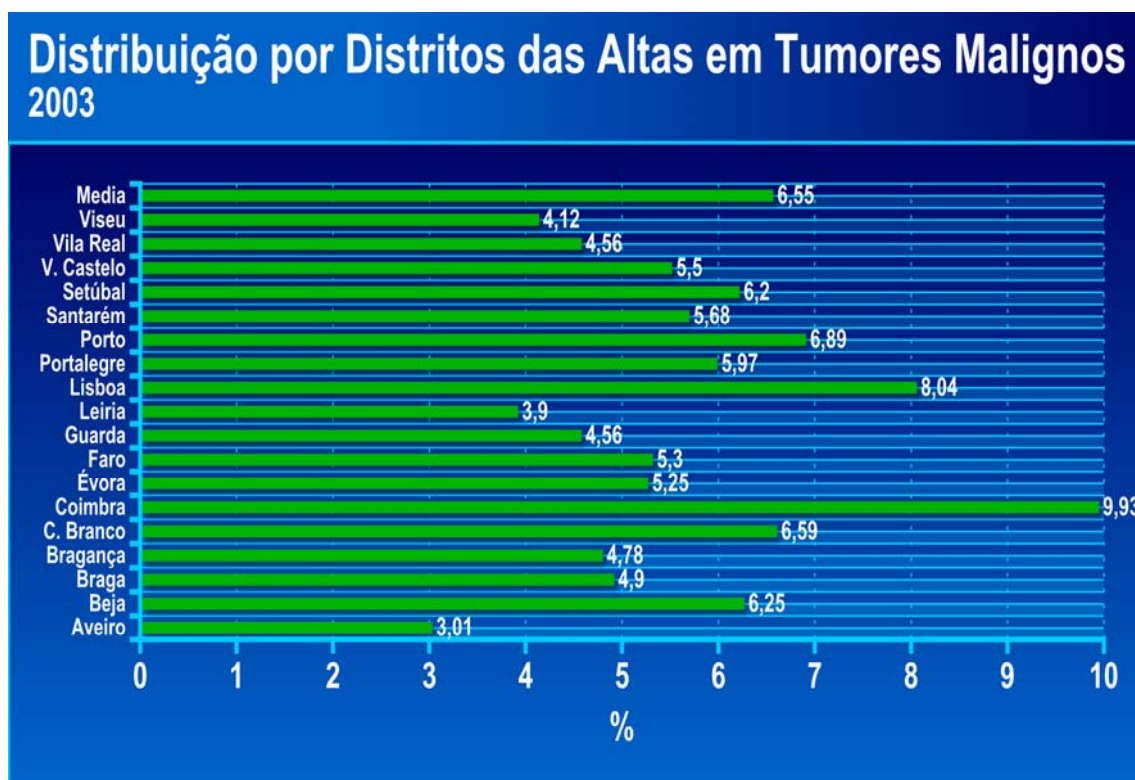
2.7.7.3. Distribuição das altas em tumores malignos por distrito

O distrito onde se registou uma maior percentagem **de altas em tumores malignos sobre o total de altas do mesmo distrito no ano de 2003** foi o de Coimbra (9,93%) (gráfico nr. 2.7.7.3.1.). Juntamente com Coimbra, os distritos de Lisboa e de Castelo Branco (em que as altas de tumores malignos representaram, respectivamente 8,04% e 6,59% do total de altas) foram os que em 2003 registaram um volume de altas em tumores malignos maior que o da média nacional de distritos (6,55%).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.7.3.1. Percentagem de altas em Tumores Malignos sobre o Total de Altas do Distrito (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Os distritos onde a percentagem de altas em tumores malignos sobre o total de altas foi menor em 2003 foram: Aveiro (3,01%), Leiria (3,9%) e Viseu (4,12%).

Os distritos que registaram maior número de altas em tumores malignos em 2003 foram Lisboa (20.593), Porto (13.114) e Coimbra (10.066) (Anexo 2.7.7.2).

2.7.7.4. Distribuição das altas em doenças neurológicas por distrito

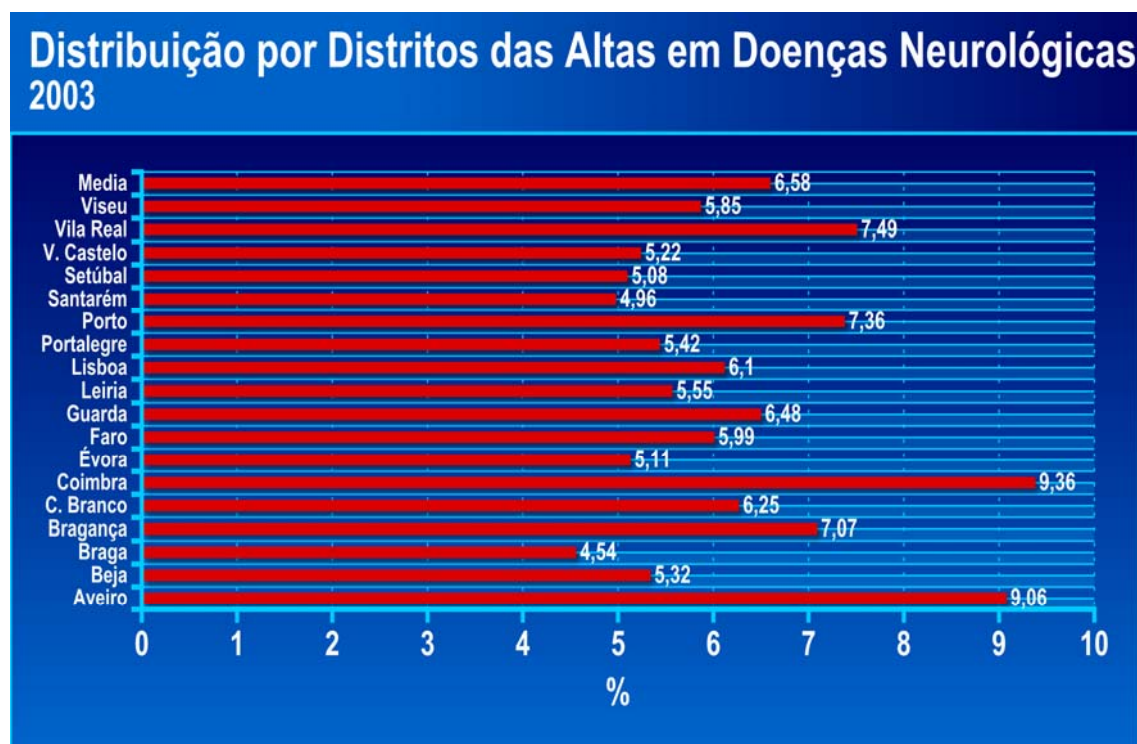
Em **2003**, a percentagem média de **altas em doenças neurológicas** a nível nacional **sobre o total de altas** é de 6,58% (gráfico nr. 2.7.7.4.1.). Existem em Portugal quatro distritos em que a percentagem de altas em doenças neurológicas sobre o total de altas é maior que a média nacional, a saber: Coimbra (9,36%), Aveiro (9,06%), Vila Real (7,49%) e Porto (7,36%). Os distritos onde se regista a percentagem mais baixa de altas de doenças neurológicas sobre o total de altas são Braga (4,54%), Santarém (4,96%) e Setúbal (5,08%).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Os distritos que registam maior número de altas em doenças neurológicas no ano 2003 são Lisboa (15.613), Porto (14.005), Coimbra (9.486) e Aveiro (5.492) (Anexo 2.7.7.3).

Gráfico. 2.7.7.4.1. Percentagem de altas em Doenças Neurológicas sobre o Total de Altas do Distrito (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

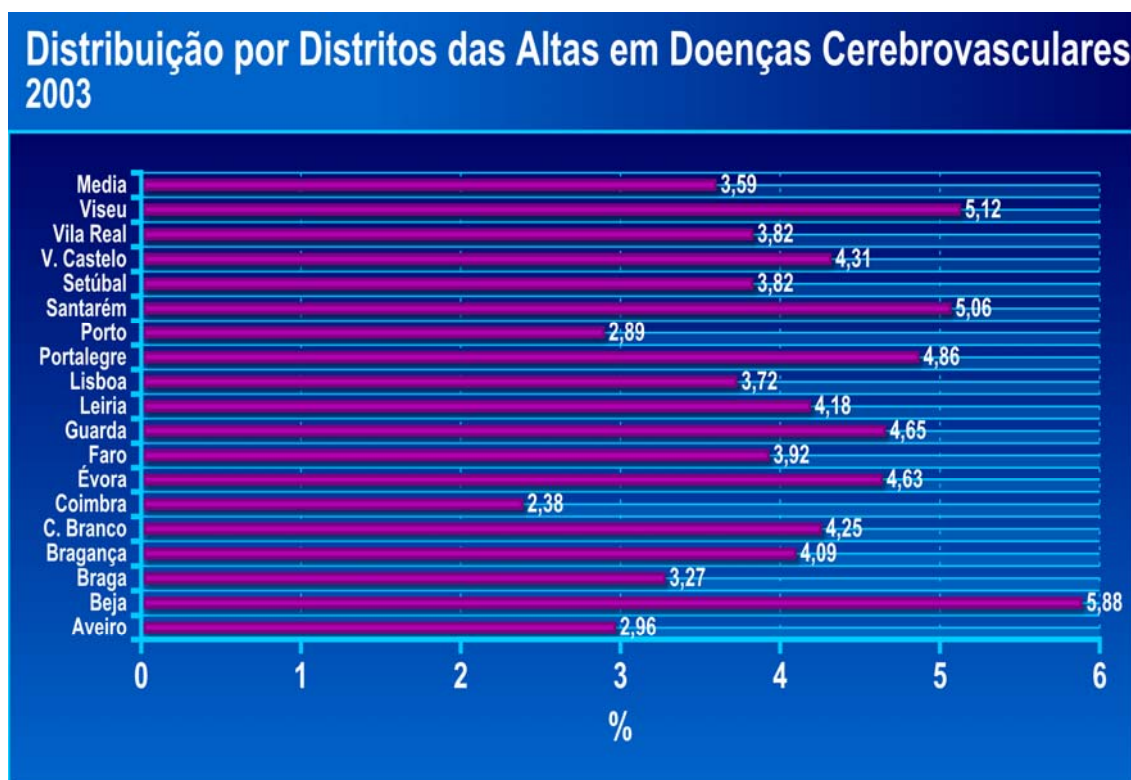
2.7.7.5. Distribuição das altas em doenças cerebrovasculares por distrito (2003)

A média de altas em doenças cerebrovasculares sobre o total de altas no ano 2003 foi de 3,59% (gráfico nr. 2.7.7.5.1.). Analisando esta informação por distrito, verifica-se que a grande parte dos distritos apresenta valores mais elevados que este, à excepção dos distritos de Coimbra (2,38% de altas em doenças cardiovasculares), Porto (2,89%), Aveiro (2,96%) e Braga (3,27%). Por sua vez, os distritos onde a percentagem de altas em doenças cerebrovasculares sobre o total de altas é maior são: Beja (5,88%), Viséu (5,12%) e Santarém (5,06%).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.7.5.1. Percentagem de altas em Doenças Cerebrovasculares sobre o Total de Altas do Distrito (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Os distritos que apresentaram em 2003 o número mais elevado de altas em doenças cerebrovasculares (Anexo 2.7.7.4) são: Lisboa (9.528), Porto (5.489), Setúbal (2.584), Coimbra (2.415), Braga (2.282) e Santarém (2.074).

2.7.7.6. Distribuição das altas em fracturas por distrito (2003)

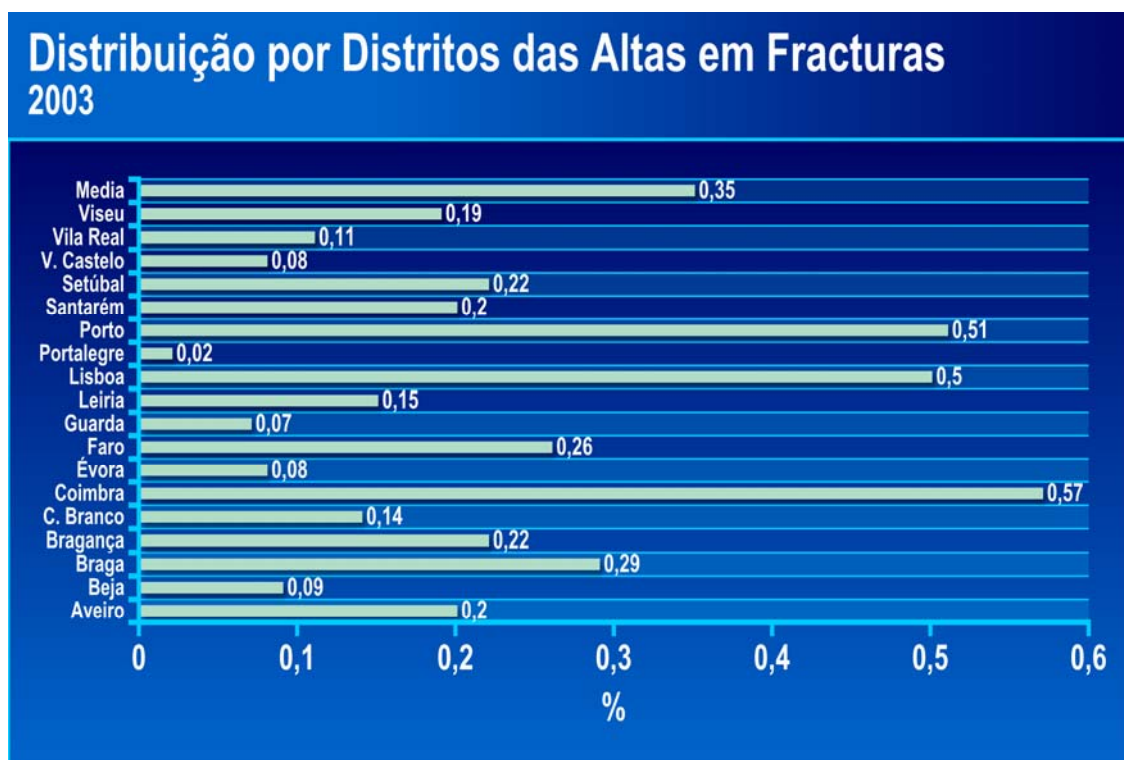
Ao contrário das anteriores patologias, a **percentagem de altas em fracturas sobre o total de altas** é relativamente pequena e representa, a nível nacional, 0,35% do total de altas no ano 2003 (Gráfico nr. 2.7.7.6.1.). Os distritos com valores acima desta média são Coimbra, Porto e Lisboa, onde a percentagem de altas em fracturas sobre o total de altas corresponde a, respectivamente, 0,57%, 0,51% e 0,5%. Por outro lado, o distritos onde a percentagem é mais baixa é Portalegre, onde as altas em fracturas representam 0,02% do total de altas.

Em Lisboa o número de altas é de 1.277, no Porto de 962 e, em Coimbra, de 578 (Anexo 2.7.7.5).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Gráfico. 2.7.7.6.1. Percentagem de altas em Fracturas sobre o Total de Altas do Distrito (2003)



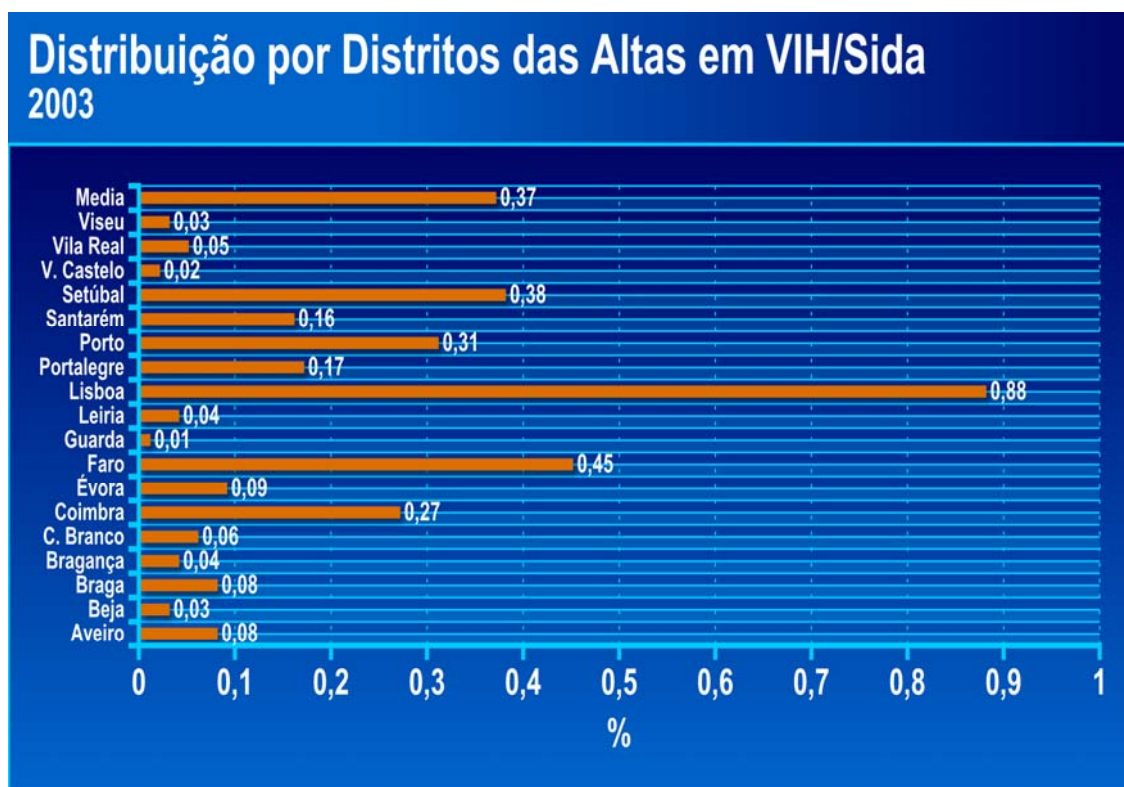
Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

2.7.7.7. Distribuição das altas em VIH/ Sida por distrito

Tal como as altas em fracturas, as altas em VIH/Sida representam uma percentagem bastante baixa sobre o total das altas: a média nacional é de 0,37% sobre o total de altas em 2003 (gráfico nr. 2.7.7.7.1.). Os distritos que ultrapassam este valor são Lisboa (0,88%), Faro (0,45%) e Setúbal (0,38%). O que apresenta o valor mais baixo é o distrito da Guarda, com apenas uma alta em VIH/ Sida.

Em Lisboa, o número de altas era em 2003 de 2.264, de 595 no Porto e de 278 em Coimbra (Anexo 2.7.7.6).

Gráfico. 2.7.7.1. Percentagem de altas em Fracturas sobre o Total de Altas do Distrito (2003)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Saúde

2.7.8. Utilização dos serviços da Segurança Social

2.7.8.1. *Motivos de ingresso nos diferentes recursos*

Neste capítulo analisaremos os motivos de ingresso em quatro tipo de serviços: **CAO, lares residenciais, centros de dia, lares de idosos e SAD** (a definição de cada um deles poderá ser consultada no apartado 2.5.6.). Os motivos de ingresso são classificados, segundo unidade, por motivo primário, motivo secundário e motivo terciário. Os dados incluem a classificação num total de 2.536 unidades, mas não temos disponibilidade de dados sobre o motivo de ingresso por utente ou caso atendido. Assim, não podemos obter resultados sobre a percentagem dos diferentes motivos de ingresso sobre a casuística ou número de utentes atendidos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A nossa análise centrar-se-á apenas sobre os motivos primários de ingresso declarados para cada centro.

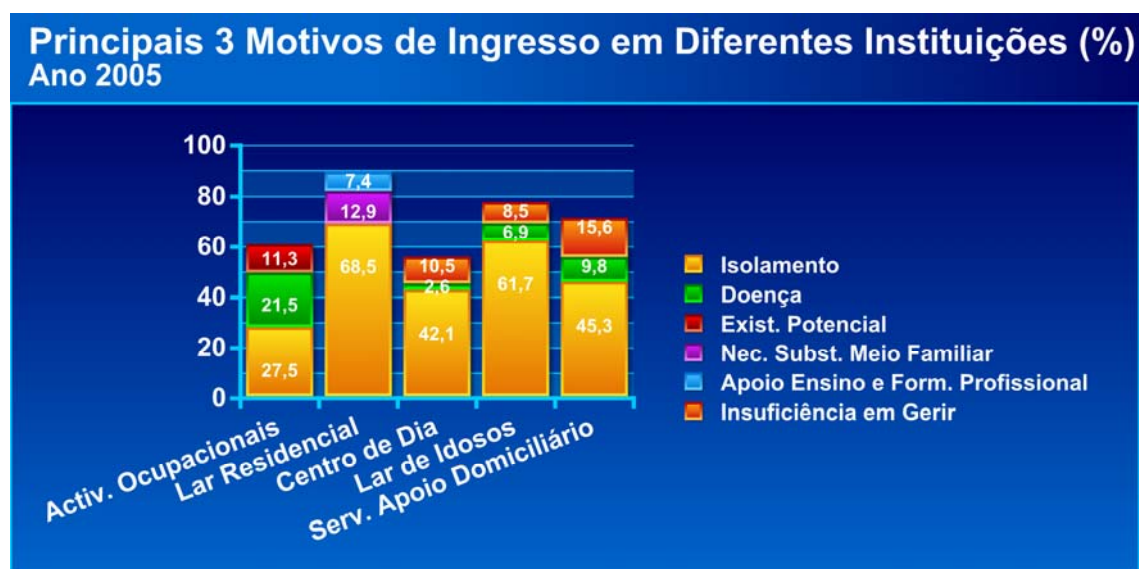
Nas instituições abrangidas, **o isolamento aparece como a causa principal do ingresso** (ver gráfico nr. 2.7.8.1.1.). **É o principal motivo de ingresso em mais metade dos lares residenciais (68,5% dos ingressos) e nos lares para idosos (61,7%). É a causa declarada em 45,3% dos SAD e em 42,1% nos centros de dia.**

A existência de uma doença é declarada como a principal razão em 21,5% CAO's, em 9,8% de SAD e em 6,9% de lares para idosos.

A insuficiência em gerir é razão para entrada em 15,8% dos SAD, em 10,5% de centros de dia e em 8,5% de lares para idosos.

Finalmente, existem outras razões e que são específicas de cada tipo de instituições. Assim, a “existência de potencial” aparece como motivo principal em 11,3% dos CAO's; o “apoio ao ensino e formação profissional” em 12,9% de lares residenciais e a “necessidade de subsistência do meio familiar” em 7,4% de lares residenciais.

Gráfico nr. 2.7.8.1.1. Três principais motivos de ingresso em diferentes instituições (2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.7.8.2 Evolução dos três principais motivos de ingresso em CAO's entre 2001 e 2005

O isolamento constitui a principal causa de ingresso em 18 CAO's em 2001 e em 23 CAO's em 2005 (ver gráfico nr. 2.7.8.2.1.). A necessidade de intervenção especial aparece como o segundo grande motivo em 17 CAO's, entre 2002 e 2004. Finalmente, a existência de potencial tem vindo a aumentar desde 2001 como motivo primário de ingresso nestas instituições (em 2001 3 declaravam esta causa e 9 em 2005). Este último dado é de bastante relevância já que pode indicar um movimento de mudança nas causas primárias motivadoras do ingresso, baseadas não já apenas no “déficit” ou “inexistência” de algum factor (rede social, familiar, cognitivo, etc.), mas já centradas na “existência de potencialidade”. Se corroborada esta hipótese, dir-se-ia que esta mudança de abordagem na prestação de serviços vem, para além do mais, de encontro ao objectivo definido para estes mesmos serviços “(...) estimular e facilitar o desenvolvimento das suas capacidades, a integração social (...)” (Decreto-Lei nr. 18/89, de 11 de Janeiro de e Despacho nr. 52/SESS/90,1 de 16 de Junho).

Na tabela 2.7.8.2.1. em Anexo 2.7.8.2 pode-se consultar os motivos de ingresso primários, secundários e terciários em CAO's entre 2001 e 2005.

Gráfico nr. 2.7.8.2.1. Três principais motivos de ingresso em CAO's (2001-2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

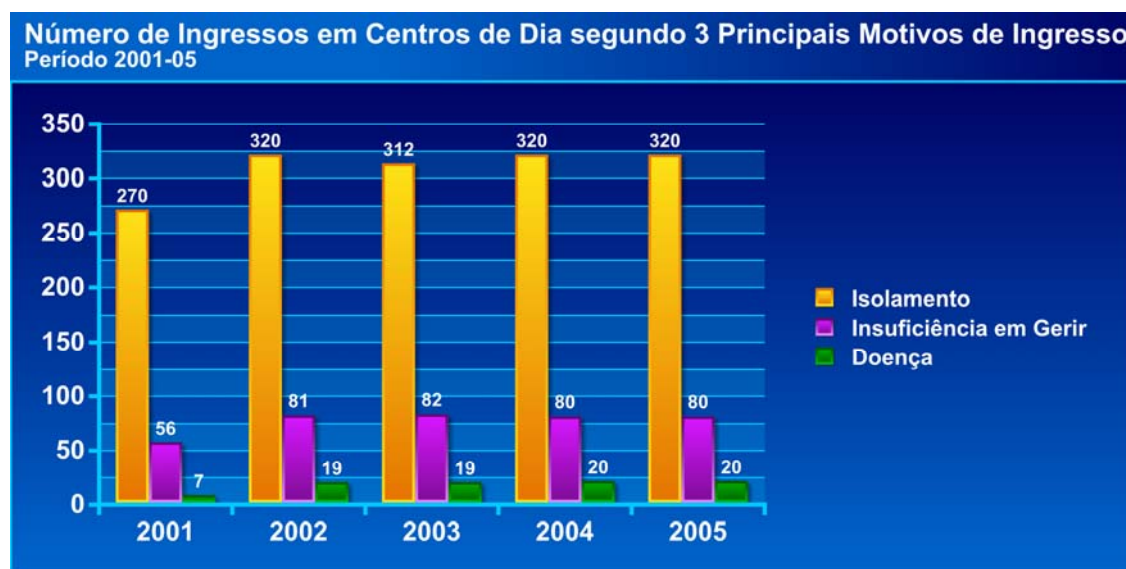
2.7.8.3 Evolução dos três principais motivos de ingresso em centros de dia entre 2001 e 2005

O isolamento é o motivo principal de ingresso na maioria dos centros de dia (em 270 em 2001 e 320 em 2005) (ver Gráfico nr. 2.7.8.3.1)

A insuficiência em gerir é a segunda principal causa em 80 centros de dia entre 2002 e 2005. Finalmente, razões de doença são causa principal em 7 centros de dia em 2001 e 20 em 2005.

Na **tabela 2.7.8.3 em Anexo 2.7.8.3** pode-se consultar os motivos de ingresso primários, secundários e terciários em centros de dia entre 2001 e 2005.

Gráfico nr. 2.7.8.3.1 Três principais motivos de ingresso em centros de dia (2001-2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

Tal como vimos no capítulo 2.5.6. (respostas da Segurança Social), ainda que estes equipamentos estejam distribuídos por todo o território, a cobertura que efectua da população idosa é bastante pequena (valores mínimos e máximos de cobertura 1,8% e 18,4%). Este poderá ser um problema tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais. Por um lado, o alto índice de envelhecimento, a alteração nas formas tradicionais da estrutura familiar portuguesa, a alta taxa de participação laboral das principais figuras cuidadoras (as mulheres) e a frequente migração da população mais jovem para as zonas urbanas, implica a existência de uma população idosa

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

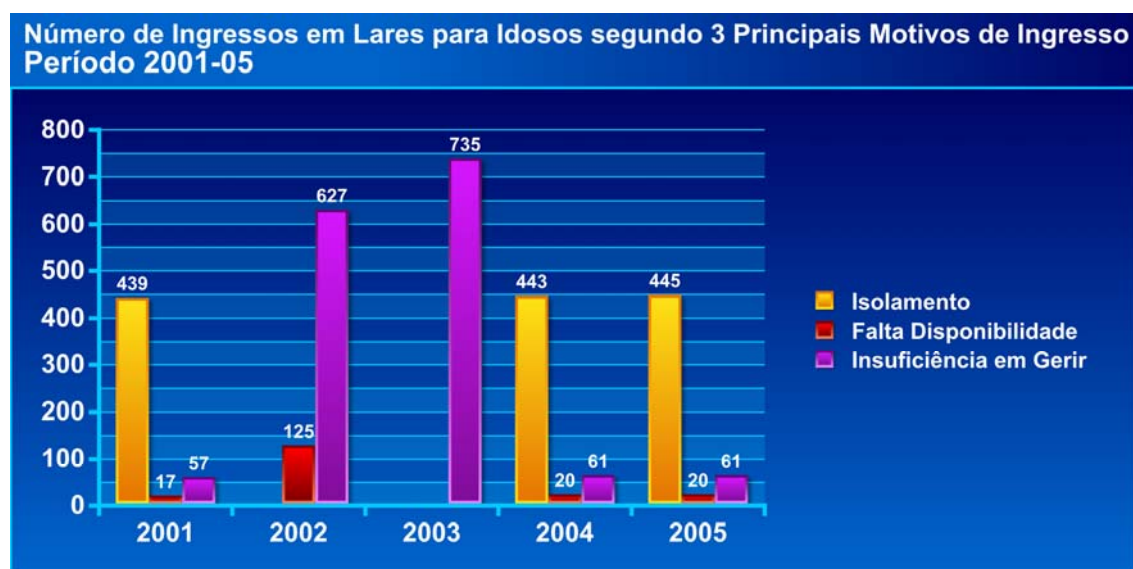
com uma grande necessidade deste tipo de recursos. Por outro lado, no caso das zonas urbanas, os mesmos factores como a mudança da estrutura familiar e outros como a mudança na rede de relações das urbes actuais (a título de exemplo, os laços de relação de vizinhança deixam de constituir a rede de apoio social que antes constituíam) e o envelhecimento e diminuição da densidade de residentes no centro das cidades, faz com que este tipo de recursos se constitua no futuro como um importante instrumento de apoio social à população desta faixa etária.

2.7.8.4. Evolução dos três principais motivos de ingresso em lares para idosos entre 2001 e 2005

Segundo os dados disponíveis, **o isolamento foi o principal motivo de ingresso em 2001, 2004 e 2005**, em aproximadamente 440 lares de idosos (figura nr. 2.7.8.4.1). Em 2002 e 2003 a insuficiência em gerir foi causa principal em 627 e 735 lares deste tipo. Finalmente, a falta de disponibilidade é um motivo que, à excepção de 2003, aparece como terceiro principal motivo em 125 lares ppara idosos em 2002 e, nos demais anos, em torno a 20.

Na **tabela 2.7.8.4.1 em anexo 2.7.8.4** podem-se consultar os motivos de ingresso primários, secundários e terciários em lares para idosos entre 2001 e 2005.

Gráfico nr. 2.7.8.4.1 Três principais motivos de ingresso em lares para idosos (2001-2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

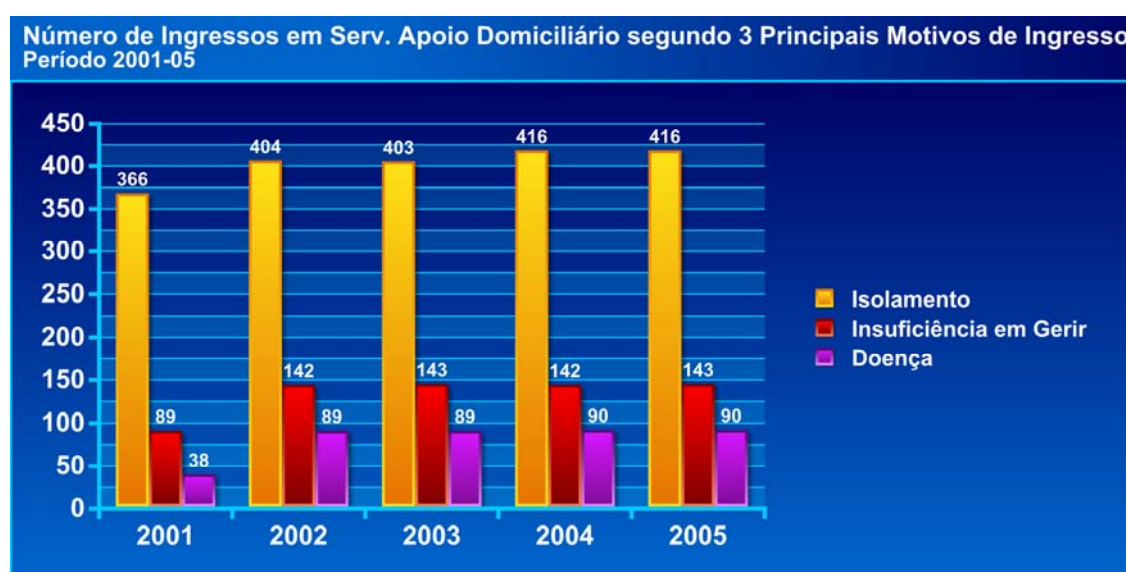
Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.7.8.5 Evolução dos três principais motivos de ingresso em SAD entre 2001 e 2005

O isolamento foi o principal motivo de ingresso em 366 SAD em 2001 e de 416 em 2005 (Figura nr. 2.7.8.5.1). A insuficiência em gerir é a segunda principal causa de ingresso em 89 SAD em 2001 e 143 em 2005. Finalmente, o ingresso por doença foi principal motivo de entrada em 38 SAD em 2001 e em 90 no ano 2005.

Na tabela 2.7.8.5.1 em anexo 2.7.8.5 podem-se consultar os motivos de ingresso primários, secundários e terciários em SAD entre 2001 e 2005.

Gráfico nr. 2.7.8.5.1 Três principais motivos de ingresso em SAD (2001-2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

2.7.8.6 Evolução dos três principais motivos de ingresso em Lares Residenciais entre 2001 e 2005

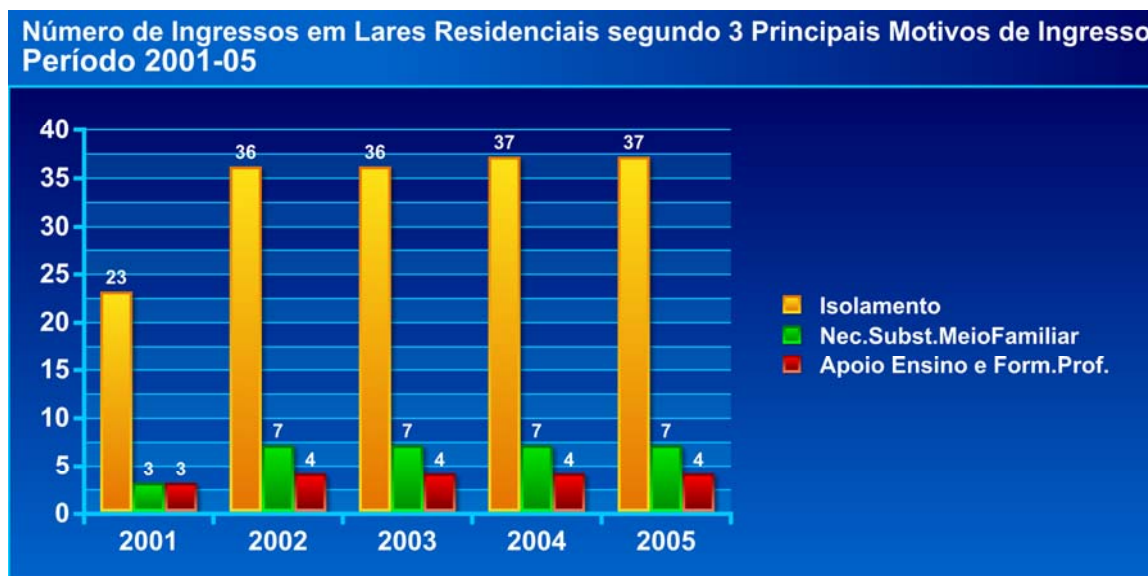
Também nos lares residenciais o isolamento foi a principal causa de ingresso entre 2001 e 2005 em 23 lares no ano 2001 e, em 36 e 37 entre 2002 e 2005 (Figura nr. 2.7.8.6.1). A necessidade de subsistência do meio familiar foi causa principal de entrada em 7 lares entre 2002 e 2005 e em 3 no ano 2001. Finalmente, o apoio ao ensino e formação profissional foi principal causa em 3 lares no ano 2001 e 4 entre 2002 e 2005.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Na **tabela 2.7.8.6.1 em anexo 2.7.8.6** podem-se consultar os motivos de ingresso primários, secundários e terciários em lares residenciais entre 2001 e 2005.

Gráfico nr. 2.7.8.6.1 Três principais motivos de ingresso em Lares Residenciais (2001-2005)



Elaboração própria. Fonte: Direcção-Geral da Segurança Social

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.8 CARACTERÍSTICAS ACTUAIS DO SISTEMA DE SAÚDE RELACIONADAS COM OS CUIDADOS CONTINUADOS

2.8.1 Antecedentes e marco normativo

O actual conjunto de respostas existente no país baseia-se nas directrizes contempladas no **Despacho conjunto nº 407/98, Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência**. Este despacho foi o resultado do trabalho levado a cabo pelo grupo de trabalho conjunto das Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social (criado Despacho conjunto de 5 de junho de 1996. Diário da República, 2ª série, nº 148) e foi formulado no ano 1988. Este despacho define por primera vez os grupos alvo e tipos de equipamentos para atendimento às pessoas em situações de dependência física, mental ou social e propõe três tipos de respostas:

- a) **Apoio social**
- b) **Cuidados de saúde continuados**
- c) **Respostas integradas**

A desenvolver através dum sistema de cooperação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, misericórdias e mutualidades.

- A prestação dos **cuidados continuados** está prevista dentro do âmbito dos Centros de Saúde através da formação de uma equipa (médico, enfermeria e técnicos) do serviço subregional de segurança social.

As **Respostas integradas** compreendem:

- **Apoio Domiciliário Integrado (ADI)** para a prestação de cuidados de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades humanas básicas;
- **Unidades de Apoio Integrado (UAI)** definida como uma unidade com capacidade máxima de 30 utentes destinada a prestar cuidados temporários em regime de internamento para criar condições de autonomia às pessoas que permitam habilitá-

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

las e regressar ao seu domicílio as pessoas que não justificam internamento em hospital.

Neste Despacho estabelecem-se as diferentes entidades prestadoras de serviços, os tipos de acordos e a **comparticipação financeira** entre os dois ministérios

Posteriormente, no ano 2002 através da [Resolução do Conselho de Ministros \(nº 59/2002. Diário da República nº 69 de 22-5-2002\)](#) é definida a **Rede nacional de cuidados continuados integrados** para desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social incluindo como tipologias de resposta:

- Apoio Domiciliário Integrado (ADI);
- Centro de Promoção da Autonomia, para prestação de cuidados diurnos;
- Unidade de Apoio Integrado Transitório;
- Unidade de Apoio Integrado Prolongado;
- Unidade de Apoio Integrado Permanente.

No ano 2003, através do [Decreto-Lei nº 281/2003 do Ministério da Saúde](#) (Diário da República nº 259 de 8-11-2003) é reformulada a **Rede de prestação de serviços de cuidados continuados** no âmbito do sector saúde. Neste momento são definidos três tipos de respostas:

- **Unidade de Internamento;**
- **Unidade de Recuperação Global**, para a recuperação global do paciente em regime diurno;
- **Unidade Móvel Domiciliária**, para prestar cuidados de saúde pluridisciplinares no domicílio do doente.

Dentro da esfera do **sector social**, no Despacho Conjunto nº 407/98 definem-se as “Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência” onde se estabelece, como mencionámos num parágrafo anterior, a **tipologia de respostas do apoio social**:

- Serviços de Apoio Domiciliário
- **Centros de Dia**

[RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005](#)

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **Acolhimento Familiar**
- **Lar**
- **Centro de Actividades Ocupacionais**
- **Lar de Apoio**
- **Lar Residencial**

O Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de maio de 1997 estabelece a obrigatoriedade **de Licenciamento** para poder exercer a sua actividade como prestador da Segurança Social. Este decreto estabelece o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos para actividades de apoio social.

No Despacho Normativo nº 75/92 de 20 de maio de 1992, definem-se as **Normas Reguladoras de Cooperação** entre os centros regionais de Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social

Finalmente, de referir que a **Carta Social** constitui um potente instrumento configurado pela criação de uma base de dados que contém a informação disponível mais relevante de carácter social da rede de serviços e equipamentos. Pretende-se que seja a ferramenta de um processo dinâmico para obter dados actualizados em tempo real desde os centros Distritais de Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Casa Pia de Lisboa.

2.8.2 Situação actual

Até ao momento actual **nenhuma das três opções configurada nas diferentes normativas foi desenvolvida por completo na totalidade do território** oferecendo a cobertura necessária e adequada. Tal como apresentávamos no capítulo 2 deste documento, as actuais respostas que abrangem cuidados continuados especificamente de saúde ou integrados com apoio social estão implementadas de forma heterogénea, diversos centros (UAI e Unidades de Internamento podem oferecer serviços similares) por um grupo de pacientes também heterogéneos com necessidades de respostas diferentes.

Além dos instrumentos normativos mencionados, os **Programas e Projectos da Direcção Geral da Saúde** trouxeram conteúdos e estabeleceram prioridades para a abordagem e cobertura de

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

necessidades da população no âmbito da saúde. Assim, destacam-se na esfera da atenção às pessoas idosas ou com dependência:

- [Plano Nacional de Luta Contra a Dor](#), aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001, com o objectivo de desenvolver até ao ano 2007 serviços específicos organizados em Unidades de Dor.
- [Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas \(Circular Normativa Nº: 13/DGCG 02/07/04\)](#), que tem a finalidade de contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas assim como a sua participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Visa um horizonte temporal até 2010.

Pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral: *Obter ganhos em anos de vida com independência.*

É operacionalizado a nível regional e local pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde que deverão definir Planos de Acção.

Estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento activo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência,

- *Promover um envelhecimento activo*
 - *Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas*
 - *Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores no âmbito das pessoas idosas e dos prestadores de cuidados*
- [Programa de Apoio Integrado a Idosos \(PAII\)](#). Foi criado por Despacho Conjunto de 01.07.94 do Ministério da Saúde e do Ministério do Emprego e da Segurança

[RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005](#)

[Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.](#)

Social (D.R. II Série de 20.07.94) para os cuidados das pessoas idosas, nomeadamente as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

Neste momento, o PAII desenvolve-se por projectos e acções, nomeadamente o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), os Centros de Apoio a Dependentes/Centros Pluridisciplinares de Recursos (CAD), a Formação de Recursos Humanos (FORHUM), o Serviço de Tele-alarme (STA), o projecto Saúde e Termalismo Sénior e os Passes Terceira Idade, que constam do plano anual aprovado pelos dois Ministérios. A Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas é responsabilidade da unidade da DGS.

Uma das metas do **Programa do Governo** actual consiste na definição de **políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde**, as quais deverão permitir: desenvolver **acções mais próximas dos cidadãos idosos e das pessoas em situação de dependência**; promover, de forma adequada e com equidade, na sua distribuição territorial, a possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade; humanizar os cuidados; potenciar os recursos locais; ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e à perda de funcionalidade. Com a finalidade de **definir e desenvolver as condições estratégicas e técnicas que permitam, desde o sector saúde, conduzir a um envelhecimento em saúde para responder às necessidades derivadas do envelhecimento da população e das pessoas com dependência** (Programa de Governo através das Grandes Opções do Plano (GOP 2006-2009) dentro da 2ª Opção: *Reforçar a Coesão, Reduzindo a Pobreza e Criando Mais Igualdade de Oportunidades no âmbito de Saúde: Um bem para as pessoas.*)

Neste âmbito do apoio e cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência o Governo, através da **Resolução do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005**, criou a **Comissão Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência** (constituída por despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social) para **desenvolver um plano de acção que garanta a prática integrada dos cuidados continuados**, promovendo a criação de Serviços Comunitários de Proximidade e a indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e instituições de apoio social.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Muitas das situações de maior risco ou vulnerabilidade exigem que se diferenciem e se personalizem as respostas de cuidados de saúde de acordo com as condições particulares dos seus destinatários. É neste contexto que se insere o conceito e a prática de **cuidados continuados ou de longa duração**, onde a **complementaridade entre as famílias e o apoio público** atinge o seu expoente máximo.

A integração dos cuidados continuados na malha dos serviços prestados à população com necessidades comuns exige, assim, não só a revisão dos paradigmas habitualmente usados na abordagem curativa dos cuidados de saúde como também na revisão dos cuidados de natureza comunitária.

Neste sentido, a [**Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005**](#) define **os Princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes**. Assim o Conselho de Ministros decidiu:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Resumo dos conteúdos da Resolução

1 - Adotar como orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência os seguintes princípios fundamentais:

1.1 - Respeito pela dignidade da pessoa humana idosa ou em situação de dependência, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação;

1.2 - Incentivo ao exercício da cidadania, traduzido na capacidade da pessoa idosa ou em situação de dependência para participar na vida de reacção e na vida colectiva;

1.3 - Participação das pessoas idosas ou em situação de dependência, ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento para as respostas da rede;

1.4 - Respeito pela integridade física e moral da pessoa idosa ou em situação de dependência, assegurando o seu consentimento informado ou do respectivo representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados;

1.5 - Envolvimento da família e ou cuidadores principais na prestação dos cuidados, enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar das pessoas idosas ou em situação de dependência;

1.6 - Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores;

1.7 - Proximidade dos cuidados, de modo a manter o contexto relacional social ou promover a inserção social da pessoa idosa ou em situação de dependência.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2 - Criar, na dependência do Ministro da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, adiante designada abreviadamente por Comissão, cuja composição será aprovada por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

3 - Incumbir à Comissão ora criada a persecução dos seguintes objectivos:

3.1 - Identificar as necessidades não satisfeitas no que concerne aos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência;

3.2 - Efectuar um levantamento da oferta instalada, pública, privada e do sector social, neste domínio;

3.3 - Recolher e organizar contributos de diversos parceiros sociais e institucionais relevantes para a concepção, criação, desenvolvimento e acompanhamento dos serviços comunitários de proximidade destinados à prestação de cuidados de saúde a pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, nomeadamente no que concerne às situações de cuidados paliativos;

3.4 – Propor um modelo de intervenção para os cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, para discussão entre serviços e operadores presentes no terreno;

3.5 – Propor na sequência da definição do modelo de intervenção, um plano de acção, a aprovar pelos Ministros de Estado e das Finanças, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, de onde resulte a previsão da criação progressiva de serviços comunitários de proximidade em todo o País, através de parcerias promovidas pelos centros de saúde com instituições locais de solidariedade social e autarquias e da articulação entre centros de saúde, hospitais e unidades de cuidados continuados ou cuidados de longa duração e unidades de cuidados paliativos e unidades de tratamento de dor, bem como conclusões que permitam:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- a) Elaborar proposta de revisão da legislação existente em matéria de cuidados continuados e de longa duração;
- b) Identificar as medidas e acções a executar, distinguindo aquelas que podem ser executadas a curto prazo, para concretização dos objectivos políticos do Programa do Governo, nesta matéria;
- c) Identificar problemas sentidos pelas equipas de cuidados continuados já a funcionar, que possam ser ultrapassados rapidamente através de ajustamentos organizativos e legislativos.

4 - Facultar à Comissão a possibilidade de solicitar, para coadjuvar a sua actividade, a **constituição de grupos de trabalho temáticos**, nomeadamente em matéria de recursos humanos, qualidade ou licenciamento das instalações, podendo igualmente propor a constituição de grupos operativos locais, para a implementação e acompanhamento de serviços comunitários de proximidade.

5 - Facultar à Comissão a possibilidade de, quando o considerar útil ou oportuno, **solicitar a audição**, por proposta do seu presidente, **de personalidades de reconhecido mérito e competência neste domínio e ou de organizações determinantes** para o sucesso da sua missão.

6 - Autorizar a Comissão a requerer directamente aos serviços e organismos sob tutela ou dependência dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social o **apoio e os pareceres que necessitar** para a eficaz consecução da sua actividade.

7 - Fixar o termo do mandato da Comissão em 31 de Dezembro de 2005.

8 - Determinar que os elementos da Comissão, bem como os membros que vierem a constituir os grupos temáticos e operativos previstos na presente resolução para coadjuvar a Comissão, **desenvolverão as suas funções a título gratuito.**

9 - Determinar que as despesas resultantes da actividade da Comissão serão suportadas pelo serviço central de apoio aos gabinetes dos membros do Governo na área da saúde.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

10 - Determinar que seja concedida dispensa de serviço aos profissionais que integrarem a Comissão, o grupo consultivo e os grupos operativos, sempre que solicitados a ausentarem-se dos seus locais de trabalho para colaborarem nesta missão.

11 - Determinar que o presidente da Comissão dará conta trimestralmente do andamento dos trabalhos, através de relatórios de situação.

12 - Determinar que a Comissão conclua o seu trabalho com um relatório final descrevendo o progresso alcançado e contendo recomendações

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 realça a importância do grupo etário com mais de 65 anos, que está a crescer nos países mais desenvolvidos devido à melhoria dos sistemas de saúde e das condições de vida e é o maior consumidor de recursos na saúde. Estima, também que, nas próximas décadas, as necessidades de saúde desta população aumentem substancialmente em Portugal, paralelamente a um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e risco de perda de funcionalidade, com doenças de evolução prolongada e de elevado potencial incapacitante. Neste contexto, deverá inserir-se o conceito e a prática de cuidados continuados ou de longa duração, onde deverá existir complementaridade entre as famílias e o apoio público.

Ante estas circunstâncias o sistema de saúde terá de se adaptar para dar resposta às novas necessidades desta população, incluindo as decorrentes da última fase da vida, desenvolvendo o tratamento da dor e os cuidados paliativos.

O Governo considera prioritário:

1. O investimento no desenvolvimento de cuidados de longa duração;
2. A adequação da organização e da prática dos cuidados de longa duração às necessidades das próximas décadas, nomeadamente tentando adiar o início das incapacidades decorrentes das complicações das patologias crónicas;

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

3. A garantia da qualidade dos cuidados de longa duração prestados aos utentes;
4. A garantia da sustentabilidade financeira, através da reorganização, em curso, dos centros de saúde e hospitais, com a criação de serviços comunitários de proximidade e de unidades locais de saúde, com o objectivo de aumentar a eficiência e eficácia do Serviço Nacional de Saúde.

E, no seu Programa, **continua a considerar os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde** e a dar prioridade ao objectivo de promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida, de forma a aumentar a qualidade dos anos de vida das pessoas mais idosas. Neste sentido, este primeiro nível do sistema tem que ser, além do desenvolvimento de linhas de serviços especializadas, o ponto-chave dos cuidados continuados, e deverá articular-se com as restantes linhas de serviços a desenvolver.

Tendo presente esta visão, dentro do plano de reforma dos cuidados de saúde primários, o **Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários**, no *Documento de Trabalho – Proposta de medidas para o curto e médio prazo*, expõe que as USF.

“:... têm por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes, incluindo os cuidadores informais.”

Alem disso, no ponto 4.1. *Reorganização geral das equipas funcionais com intervenção na comunidade* (Capítulo 4. *Outras dimensões da intervenção na comunidade*) propõe como medidas:

1. *Incluir no processo de reconfiguração dos centros de saúde, desde o seu início, a organização de equipas funcionais multiprofissionais, responsáveis por programas e projectos de intervenção na comunidade (por exemplo, **cuidados continuados** e paliativos, projectos com forte componente de apoio psicossocial, saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, outros projectos e intervenção comunitária com forte componente de promoção da saúde, entre outros);*

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

E no ponto 4.2. de *Implementação da componente de cuidados continuados - Linhas de orientação* expõem que:

*“A prestação de cuidados continuados ou cuidados de média e de longa duração ultrapassa largamente o âmbito restrito do sector da saúde e implica o envolvimento de outras áreas, designadamente de apoio social. As proporções relativas da componente saúde e da componente de apoio social podem variar muito, consoante as situações concretas de cada paciente. Por isso, é necessário garantir, da parte do sector da saúde, uma estrutura organizacional de prestação e de coordenação da componente “cuidados de saúde”. Parece ser vantajoso que esta estrutura corresponda a **equipas multiprofissionais de cuidados continuados** sediadas nos centros de saúde. Em cada circunscrição geográfica (definida por escala populacional, especificidades da população, povoamento e racionalidade de meios) deve ser organizada uma equipa coordenadora de cuidados continuados que integre elementos do (s) CS, dos hospitais do SNS, da segurança social e de outros parceiros sociais da respectiva área.”*

Podemos concluir que actualmente existe uma sobreposição de tipos de respostas fruto dos diferentes processos iniciados e que os actuais instrumentos de definição, sobretudo de tipo regulador, quase não especificam os perfis dos utentes a cobrir para além de não proporcionarem um modelo claro com base territorial articulada onde se estabeleçam as responsabilidades de cada uma das linhas definidas ou tipos de respostas (incluindo o sector de hospitais e atenção básica de saúde) nem os âmbitos de cobertura desejáveis.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2.8.3 Modelos de gestão na provisão dos serviços

Os **Cuidados Continuados desde as equipas dos Centros de Saúde** são prestados directamente com os recursos incluídos em cada centro e sob gestão directa da Administração distrital e regional de Saúde correspondente.

Como primeiro grande tipo de colaboração cabe destacar os acordos entre o sector de saúde e o sector social, concretizados por forma a complementar a oferta actual de serviços de cuidados continuados desde os Centros de Saúde.

Os acordos realizam-se através dos Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, concretizando-se a nível local (ARS e distrito) para cada centro. Desenvolvem-se essencialmente no âmbito da atenção domiciliária através do **Apoio Domiciliário Integrado (ADI)**, em que a SS financia e paga prestações a ajudantes domiciliários para apoio à vida das pessoas cobertas como utentes dos Cuidados Continuados das Equipas dos Centros de Saúde ou das altas das UAI.

Esta modalidade inclui actualmente 1.094 utentes abrangendo a um total de 111 Centros de Saúde (dos quais 14 estão vinculados ao apoio das Altas em UAI – 189 utentes- e os restantes por apoio domiciliário de Cuidados Continuados prestados desde Centros de Saúde).

Finalmente, citaremos os **acordos e protocolos de cooperação locais** para o apoio à cobertura de serviços dos Centros de Saúde entre as **Câmaras Municipais ou entidades do sector social**. Estes acordos e parcerias vêm sendo celebrados há já alguns anos e entre eles podem-se citar o transporte de doentes, utilização de locais, aportação de pessoal –condutores, assistentes sociais, etc.) os quais complementam e reforçam a capacidade da rede do Ministério da Saúde e são um exemplo da potencialidade existente a nível local de estabelecimento de uma verdadeira cooperação intersectorial.

Nas fichas das visitas realizadas durante o trabalho de campo a diversos centros podem-se consultar alguns exemplos (Anexo 2.8.).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Os Cuidados Continuados com internamento actualmente prestam-se sem diferenciação de tipos de pacientes, grau de complexidade de necessidades a cobrir e diferenciação de tipo de serviço.

Podemos distinguir quatro tipos ou modelos diferentes:

- **Unidades de Internamento**
- **Unidades de Apoio Integrado**
- **Acordos entre a Administração da Saúde e o Ministério da Saúde com entidades do sector social**
- **Vagas contratadas directamente por hospitais**

As **Unidades de Internamento** estão actualmente fisicamente integradas nos Centros de Saúde. A Administração das mesmas corresponde ao Director do centro e os recursos não estão diferenciados dos do centro de Saúde. A maior parte dos recursos humanos destas unidades está formado pelo pessoal do Centro de Saúde, sem diferenciação alguma na gestão dos recursos. Actualmente existem um total de 55 unidades com 835 camas. (Para mais informação, consultar o capítulo 2.5.3.1 de Respostas de Internamento)

Existem também acordos entre os sectores da saúde e SS para o internamento de doentes sob o conceito de **Unidade de Apoio Integrado**. Estes são habitualmente definidos em cada caso entre o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social, a Administração Regional correspondente e a entidade implicada. Estes acordos estabelecem-se no âmbito do Despacho Conjunto nº 407/98. (Ver capítulo 2.8.1) e com base às Normas de regulação entre os centros regionais de Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (Despacho Normativo nº 75/92 de 20 de maio de 1992 y Decreto-Lei nº 133-A/97 sobre o Regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos para actividades de apoio social).

Nestos casos a SS é a entidade financiadora dos serviços de internamento. O sistema pode variar de um protocolo a outro. Assim, a título de exemplo, no Protocolo da ARS Centro para Coimbra com a Cáritas Diocesana estabelece-se para o ano 2005 um valor mensal (7000 € para 15 lugares com estabelecimento de um mínimo de pessoal) independentemente do seu uso. No caso da Subregião de Saúde de Bragança o acordo contempla o pagamento de 70.000 € utente/mês

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

por parte da SS mais a dotação de pessoal por parte da Administração Regional de Saúde (Centro de Mirandela) e também pelo Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Bragança.

Actualmente existem um total de 30 centros com UAI as quais abrangem um total de 362 lugares (Ver capítulo 2.5. Descrição dos Recursos).

O Ministério da Saúde tem estabelecidos acordos com as entidades do sector social, em especial com as Santas Casas de Misericórdias Portuguesas, tendo assinado um Protocolo Geral de âmbito Nacional no ano 2004, o qual é levado a cabo para cada uma das ARS com outros protocolos. Nestos acordos podem ser incluídas a prestação dos seguintes serviços:

- **Serviços de internamento (a grande maioria)**
- **Unidades de recuperação global**
- **Unidades móveis de atenção domiciliária**

Para o ano 2005 os acordos abrangem um total continental de 477 camas. O sistema de financiamento deste tipo de unidades é realizado segundo o tipo de serviço.

Financiamento de Acordos de Cooperação entre o Ministério da Saúde e União das Misericórdias Portuguesas (Versão Maio 2004)		
Unidades de Internamento	75 €/dia	+ 25 €no caso de implicar meios de diagnóstico complementários + 10-15% mais em situações de complexidade acrescida (segundo listagem da CAM)
Unidade de Recuperação Global	200 €/mês por utente 50 € semana por utente	+ 10-15% em situações de complexidade acrescida
Unidade Móvel Domiciliária	15 €/dia / utente	Mínimo de 20 utentes

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Outro tipo de colaboração que se tem vindo a desenvolver ao longo dos últimos anos são os **Protocolos entre hospitais, centros e entidades do sector social**. Neste caso não dispomos de informação global da sua magnitude. Cada hospital realiza o seu acordo e o financiamento provém directamente do hospital em função do seu orçamento.

Em nenhum dos casos existem sistemas de derivação ou gestão de altas que ordenem as tipologias de pacientes. Os fluxos de entrada são dirigidos pelos hospitais, à excepção das UAI onde existem comités de avaliação interinstitucionais (saúde – SS).

Cabe destacar que, ainda que estes recursos estejam na actualidade prestando algum apoio ao sistema, esse apoio poderia ser classificado contudo, como apoio à triagem de altas hospitalares e não uma verdadeira oferta de serviços de cuidados continuados.

Por sua vez, os actuais instrumentos de apoio aos diferentes modelos de gestão carecem de objectivos e metas e não dispõem de um marco de claro de financiamento.

Actualmente os **cuidados paliativos** estão somente presentes em três unidades hospitalares (IPO Porto, IPO Coimbra, Hospital Fundão) e são geridos directamente desde cada uma das instituições.

2.8.4 Os instrumentos de relação e cooperação

2.8.4.1 Os Contratos

A normativa actual reconhece e permite a configuração de um Sistema de Saúde Público com uma rede de prestadores mistos através do estabelecimento de parcerias.

O **Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de Agosto do Ministério da Saúde** define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outras entidades.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O estabelecimento de parcerias em saúde tem por objecto a associação duradoura de entidades dos sectores privado e social à realização directa de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio directo ou indirecto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde.

Constituem instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde com recurso à gestão e financiamento privados, entre outros, os seguintes:

- **Contrato de gestão;**
- **Contrato de prestação de serviços;**
- **Contrato de colaboração.**

O contrato de gestão

Tem por objecto principal assegurar as **prestações de saúde promotoras, preventivas ou terapêuticas, correspondentes ao serviço público de saúde através dum estabelecimento de saúde, ou parte funcionalmente autónoma, integrado ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde**. Pode ainda ter por objecto a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento, ou de parte funcionalmente autónoma.

A celebração de contratos de gestão deve ser precedida de procedimento concursal específico.

A entidade gestora é remunerada mediante uma ou mais das seguintes modalidades a fixar no contrato de gestão:

- a) Mediante um valor *per capita* fixado para a população abrangida pelo estabelecimento;
- b) De acordo com uma tabela de preços específica para as prestações de saúde realizadas;
- c) Através dum valor global para o conjunto de prestações de saúde;
- d) Outra modalidade de pagamento a fixar por despacho do Ministro da Saúde no caderno de encargos específico.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A normativa prevê que o pagamento à entidade gestora seja feito mediante prestações periódicas unitárias, e que o contrato de gestão possa prever formas de remuneração que incluam incentivos e penalidades.

O Contrato de prestação de serviços

São considerados nesta tipologia de contratos, **no âmbito das parcerias em saúde**, aqueles em que **o contratante da Administração realiza uma actividade de apoio à realização de prestações de saúde no âmbito dum estabelecimento de saúde**.

O Contrato de colaboração

Podem ser integrados no Serviço Nacional de Saúde mediante **contrato de colaboração os estabelecimentos de saúde pertencentes a outras entidades**, aplicando-se, com as necessárias adaptações, o disposto para o contrato de gestão.

2.8.4.2 Instrumentos de cooperação entre centros regionais de segurança social e instituições particulares de solidariedade social

Os instrumentos de cooperação entre centros regionais de segurança social e instituições particulares de solidariedade social são estabelecidos e regulados pelo Despacho Normativo nº 75/92 de 20 de maio de 1992 do Ministério do Emprego e da Segurança Social sobre Normas de Reguladoras de cooperação entre os centros regionais de Segurança Social e as instituições particulares de solidariedade social.

Nesta normativa são estabelecidas duas modalidades:

- **Acordos de cooperação**
- **Acordos de gestão**

No **Decreto-Lei n.º 197/99 de 8 de Junho** (Diário da República I SÉRIE-A N.º 132 — 8-6-1999) estabelece-se o **marco e regime jurídico da realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços**, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e de serviços.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A aplicação actual de Acordos, Protocolos e contratos de gestão dão apoio aos diferentes modelos de gestão em parceria entre entidades prestadoras e, ou a Segurança Social.

No âmbito dos cuidados continuados destacam-se:

- **Protocolos entre Administração Distrital de Segurança Social , ARS e Centro ou entidade prestadora para a prestação de Cuidados Integrados de Apoio Domiciliário e Unidades de Apoio Integrado.**
- **Acordos e Protocolos entre Centros de Saúde desde as ARS e as Câmaras Municipais para complementar serviços e prestações de apoio social**
- **Protocolos entre Hospitais e instituições do sector social (habitualmente Lares)**
- **Protocolos entre Ministerio de Saúde e suas Administrações regionais com as entidades filantrópicas**

A totalidade dos exemplos apresentados não inclui objectivos e metas concretas de eficiência nem de qualidade dos serviços, não estabelecem parâmetros ou indicadores de acompanhamento e avaliação e não provêem um marco de financiamento homogéneo para serviços similares. Em suma, podemos dizer que são instrumentos jurídico administrativos facilitadores mais que instrumentos realmente de relação e gestão da prestação de cuidados.

Consequentemente a esta situação, cabe dizer que o processo actual de contratação não prevê mecanismos de acompanhamento e monitorização dos contratos.

2.8.4.3 Os mecanismos de articulação

Dentro do Decreto –Lei nº 281/2003 indicam-se de forma geral os critérios de admissão e alta para a rede de serviços continuados. O Despacho Normativo nº 5546/2005 (Diário da República- II Série nº 52 de 15 de Março de 2005) actualiza e completa os Critérios de Admissão e Altas das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados e indica a informação básica que devem incluir as referências dos doentes.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Da exploração realizada durante as visitas e entrevistas durante o trabalho de campo, pode-se concluir que **neste momento não existem critérios gerais e homogenizados que se apliquem nos diferentes territórios e centros**. Assim, por exemplo, não se identificam programas de gestão de altas desde os hospitais para otimizar a selecção das referências de doentes a centros de internamento ou UAI.

A relação e coordenação entre os diferentes centros de um território são desenvolvidas segundo os perfis dos profissionais existentes e não sob critérios previamente consensuados e homologados para a utilização dos diferentes tipos de respostas actuais.

Desta forma, podemos concluir que os actuais **sistemas de articulação dentro do sector saúde são débeis e maioritariamente vinculados à vontade e dedicação dos profissionais**. Aspecto muito mais acentuado quando o centro referente se trata dum hospital distrital grande ou central.

No âmbito local cabe destacar que a proximidade das equipas de cuidados continuados com os técnicos distritais de segurança social e com os parceiros é um elemento que favorece, na maioria das visitas efectuadas, uma boa e consistente coordenação. Ainda que em muitos casos não se utilizem instrumentos de articulação, as múltiplas reuniões periódicas que realizam substituem-nos.

2.8.5 O sistema de financiamento e pagamento dos serviços

A verba destinada ao financiamento dos serviços do Sistema Público é proveniente do Orçamento de Estado. Esta verba é transferida ao IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde) que é o gestor dos recursos económicos.

O IGIF, com base nos orçamentos históricos realiza a distribuição da verba em dois grandes orçamentos:

- Orçamento de Cuidados Primários
- Orçamento de Cuidados Diferenciados

2.8.6.1 Orçamento e financiamento de Cuidados Primários.

O orçamento de Cuidados Primários é distribuído às diferentes ARS em base a um valor per capita ajustado segundo as características da população (idade) e factores de risco (segundo o consumo de medicamentos e provas diagnósticas relacionadas com patologias crónicas).

Este orçamento regional contempla basicamente os orçamentos dos **Centros de Saúde, o orçamento para o pagamento do sector convencionado** (entidades privadas contratadas para serviços complementares do primeiro nível previstos desde cada ARS) e a **verba da facturação co-participada dos medicamentos** para o pagamento às farmácias privadas dispensadoras.

Assim pois mediante estas verbas são financiados os recursos destinados às **Equipas de Cuidados Continuados dos Centros de Saúde**. Como já se mencionou anteriormente não estão diferenciadas verbas específicas para estas equipas nem analisados os custos até ao momento.

Aos recursos destinados à atenção domiciliária dos centros de saúde, devem-se adicionar os que desde a Segurança Social se destinam ao financiamento dos programas **Apoio Domiciliário Integrado** (ADI) como parte das respostas integradas que definia o Decreto nº 470 /98.

As respostas integradas financiadas em parte pela Segurança Social contemplam ainda as **Unidades de Apoio Integrado (UAI)**, hoje em dia enquadradas no âmbito dos serviços de

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

cuidados continuados. Estas são financiadas através dos contratos (protocolos) estabelecidos com as diferentes instituições particulares de Solidariedade Social

As escassas **Unidades de Recuperação Global e Unidades Móveis Domiciliárias** estão contempladas nos protocolos estabelecidos com as Santas Casas de Misericórdia Portuguesas.

2.8.5.2 Orçamento e financiamento hospitalar

Ainda que a ordenação actual dos hospitais contemple três grupos de centros (Hospitais Centrais, Hospitais Distritais e Hospitais de nível 1) para efeitos de financiamento são diferenciados 5 *grupos*. Estes grupos são definidos a partir das análises de cluster segundo os seus índices de case-mix, valências de especialidades, complexidade estrutural e funcional e custos. Estabelecendo-se um *custo base* para um dos grupos.

Grupo	Tipo hospital
1	Hospitais Universitários
2	Hospitais Centrais
3	Grandes Hospitais Distritais e algum Hospital Central
4	Hospitais distritais médicos
5	Hospitais mais pequenos
Não agrupavel	Hospitais especializados: maternidades, ortopédicos, etc.

O custo base é o elemento que serve para a construção do orçamento de cada um dos hospitais. Este é composto pelos custos unitários da Actividade considerada ambulatoria: de Consultas, de Urgências e os custos dos diferentes tratamentos prestados pelos Hospitais de dia.

O **orçamento da parte da Actividade ambulatoria** é elaborado pelo resultado de cada um dos custos unitários estabelecidos para cada grupo de hospitais multiplicado pelo volume de Actividade previsto.

O orçamento da parte de internamentos é elaborado a partir dum mecanismo que contempla a produção do ano anterior segundo os índices case-mix obtidos dos Grupos de Diagnóstico Relacionados, obtidos nas declarações mensais (declaração GDH ao IGIF).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A **cada GDH é atribuído um peso associado, o qual é publicado em portaria** anualmente; este peso é igual para os diferentes grupos de hospitales. Este peso obtém-se através da ponderação dos custos obtidos para cada GDH para o conjunto de blocos de Actividade que compõem o global de Actividade de internamento (bloco cirúrgico, bloco de Cuidados intensivos, bloco de provas diagnósticas, etc.) pelo peso relativo de cada DGH, segundo escala de Medicare. Assim se obtém um **valor base que configura o preço de cada GDH**.

O **preço de cada GDH para cada grupo de hospitais** é o resultado da ponderação deste preço base corrigido com um **factor de complexidade** segundo grupo de hospital (por exemplo, ao Grupo 5 de Hospitais pequenos aplica-se 0,90 e ao Grupo 1 de Hospitais Universitários aplica-se 1,3)

O **orçamento teórico** de cada hospital obtém-se aplicando o preço de cada grupo de cada hospital ao número ajustado total de doentes previstos para esse ano (número de doentes ajustados do ano anterior por índice de crescimento previsto para o ano)

O **número ajustado total de doentes** obtém-se a partir do *Número total de doentes equivalentes multiplicado pelo índice case-mix obtido para cada hospital*.

Os doentes equivalentes.

Em função da variável tempo de internamento podemos obter episódios normais ou típicos e episódios excepcionais.

São episódios normais quando apresentam tempos de internamento que se situam entre os limites inferior e superior estipulado para cada GDH ou episódios excepcionais.

Quando apresentam tempos inferiores são considerados episódios excepcionais de curta duração e quando apresentam tempos superiores são considerados episódios excepcionais de longa duração.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O número de episódios excepcionais de curta duração são agregados e convertidos segundo demora média prevista para o GDH numa estadia. Assim vários doentes reais configuraram 1 doente equivalente.

Para o número de episódios excepcionais de longa duração são considerados como um doente os dias até a demora média prevista em cada GDH; os dias excedidos são acumulados e divididos pelo valor de demora média atribuído ao GDH, o resultado do quociente dá o número total de pacientes a somar.

Finalmente a soma de ambos resultados adicionado ao número de pacientes com episódios normais dá o número total de doentes equivalentes.

O índice de case –mix (ICM)

Elabora-se a partir do número total de doentes reais saídos/ número de doentes equivalentes. É um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a actividade de um hospital face aos outros em termos da complexidade da sua casuística. Define-se como o ratio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respectivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

A soma de orçamentos teóricos é habitualmente superior à disponibilidade financeira do Ministério, o que obriga a ajustar a cifra final de cada hospital. Habitualmente esta cifra é reduzida num 15 %, segundo as fontes consultadas. Isto repercute claramente numa situação de **déficit de financiamento estimado aproximadamente entre 6-8 %**. Este orçamento será o **orçamento estimativo**, o qual é negociado com o hospital.

Para além do orçamento já mencionado, os hospitais recebem alguns tipos de subsídios especiais destinados a programas específicos; este é o caso, por exemplo, de Transplantes e das Unidades Ontológicas.

O orçamento final de cada hospital é pago em base a 12 mensalidades com 24 pagos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O **orçamento estimativo** é revisto e negociado com cada hospital a fim de pactuar as cifras de actividade do ano e estabelecer objectivos de produção. A negociação é realizada desde as equipas de contratação do nível regional. Em geral as negociações orientam-se por forma a obter e acordar mais produção quando os hospitais mostram custos elevados.

O processo e instrumentos são diferentes segundo se trate dum hospital sob gestão directa do SNS ou se trate dos 31 hospitais com titularidade própria de S.A.

No primeiro caso estabelece-se um **orçamento – programa** em base aos resultados da negociação.

No caso das S.A. estabelece-se um **contrato-programa**, onde são definidas as previsões de Actividades do ano no caso da Actividade ambulatoria e no caso da Actividade de internamento é definido o número de saídas, a demora média, o índice de rotação e ocupação.

Este instrumento (na cláusula Vigésima) prevê a regulação da **Actividade marginal** quando o volume seja inferior à Actividade estipulada no contrato ou quando a Actividade seja maior. Em nenhum dos casos estão previstas medidas incentivadoras ao cumprimento, nem se definem penalizações ao não cumprimento.

As três unidades hospitalares de cuidados paliativos são financiadas através dos orçamentos de cada um dos hospitais.

Os hospitais que têm atribuídos Protocolos com centros e entidades do sector social **para a drenagem de pacientes assumem directamente o financiamento destes acordos.**

2.8.6 O modelo de prestação farmacêutica

No país existem dois mecanismos para a atribuição de medicamentos aos doentes.

2.8.6.1 Prescrição de fármacos para doentes internados em hospitais

O primeiro mecanismo é o que fornece os doentes internados num hospital. Neste caso o fármaco é prestado directamente pelo hospital e de forma gratuita ao doente. Existe um formulário geral de prescrição hospitalar, mas cada hospital pode acrescentar ou variar a lista de produtos mediante revisão anual e aprovação do Conselho de administração do hospital.

A aquisição de fármacos é realizada directamente pelos hospitais em função dos resultados do concurso Nacional que estabelece a listagem de laboratórios e preços de referência. O financiamento está incluído no orçamento de cada hospital.

Não possuímos até ao momento de corte deste documento os dados dos orçamentos, pelo que, por forma a realizar uma aproximação da sua magnitude, apresentamos os dados do ano 2003 relativos aos custos hospitalares do Departamento de Gestão Financeira do IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Para o conjunto dos hospitais centrais e distritais o custo em 2003 de Produtos farmacêuticos dos serviços clínicos e cirúrgicos com internamento e dos Hospitais de Dia ascenderam a €120.002.430, o que supõe 4,86 % dos custos.

2.8.6.2 Prescrição de medicamentos via consulta médica

O mecanismo é baseado num **sistema de comparticipação** entre o Estado e os cidadãos no preço do medicamento.

Actualmente a Portaria nº 1474 de 2004 define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram esta prestação. Esta normativa está em processo de revisão e mudança neste ano 2005.

Neste caso os produtos são prescritos ao doente pelo médico através de receita, dispensados pelo conjunto de farmácias do país e adquiridos pelo paciente mediante o pagamento de uma percentagem do seu valor segundo o grupo a que o fármaco pertence.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Segundo a regulação actual, os produtos farmacoterapêuticos estão classificados em 4 Escalões com diferentes percentagens de comparticipação (Escalão A de 100%, B de 70 %, C de 40 %). Existem também excepções (mais 15 %) para pessoas pensionistas e com poucos rendimentos e de um 10 % mais quando o medicamento é um genérico. Existe também um grupo com uma aportação de 20 % para o grupo de medicamentos sujeitos a estudos.

Dentro do sistema de comparticipação existem regimes especiais para o tratamento de patologias específicas: um para produtos de dispensação em Farmácia Hospitalar e um para dispensa em Farmácia de Oficina.

Na nova proposta de racionalização e actualização está prevista a anulação da diminuição de 10% para genéricos e à excepção dum pequeno grupo de medicamentos destinados à sustentação da vida, os fármacos que anteriormente tinham aportação estatal de 100 % passarão a ter uma aportação de 95 %.

O Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento (INFARMED) é o responsável pela avaliação, autorização, disciplina, inspecção e controlo da produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano e veterinários, incluindo os medicamentos à base de plantas e homeopáticos, e de produtos de saúde, da formulação da política na definição e execução de políticas dos medicamentos de uso humano e de produtos de saúde, bem como dos medicamentos veterinários (neste caso em colaboração com a Direcção-Geral de Veterinária) e da elaboração das regras relativas às actividades de investigação, produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos.

2.8.6.3 Consumo de medicamentos

Os dados relativos ao consumo de medicamentos dentro do SNS segundo o sistema de comparticipação são apresentados nas tabelas seguintes.

Segundo os dados facilitados pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, o incremento da facturação das Farmácias Privadas correspondente ao SNS situa-se, para o período de 2000-2004, em 26,84 %.

Dados consumo farmacêutico Facturação Farmácias Privadas ao SNS			
Região	Ano 2000	Ano 2004	% Aumento
ARS Norte	€ 309.877.146	€ 428.835.491	27,74
ARS Centro	€ 267.106.443	€ 369.735.233	27,76
ARS Lisboa e VT	€ 364.509.168	€ 488.706.905	25,41
ARS Alentejo	€ 59.925.779	€ 78.753.094	23,91
ARS Algarve	€ 37.830.364	€ 54.507.695	30,60
Total Continente	€ 1.039.248.900	€ 1.420.538.418	26,84
Fonte: Dados do IGIF. Ano 2004 dados provisórios			

Este incremento traduz-se na facturação per capita num aumento bruto de 24,28 Euros para o total do continente. Destaca-se o aumento na ARS Norte e o contensão na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Facturação per capita*				
Região	Ano 2000	Ano 2004	Aumento	% Aumento
ARS Norte	€ 111,42	€ 145,92	€ 34,50	30,96
ARS Centro	€ 131,16	€ 161,97	€ 30,81	23,49
ARS Lisboa e VT	€ 145,79	€ 152,70	€ 6,91	4,74
ARS Alentejo	€ 165,78	€ 196,68	€ 30,90	18,64
ARS Algarve	€ 117,93	€ 139,37	€ 21,44	18,18
Total Continente	€ 129,90	€ 154,18	€ 24,28	18,69
* População residente segundo INE menos a estimativa da população dos Sub-sistemas de Saúde				
Fonte: Elaboração própria segundo dados do IGIF				

Os dados do Plano de Saúde relativos ao ano 2002, oferecem indicadores de consumo para o total do mercado de medicamentos. Assim indica, segundo dados do INFARMED para esse ano, que o **consumo em Euros de medicamentos per capita total foi de 288,04 €**. A despesa total em medicamento no **PIB foi do 2,2 %** e a percentagem dos **medicamentos genéricos representou 6,22 do total de medicamentos do mercado total** (segundo dados de Janeiro de 2004).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

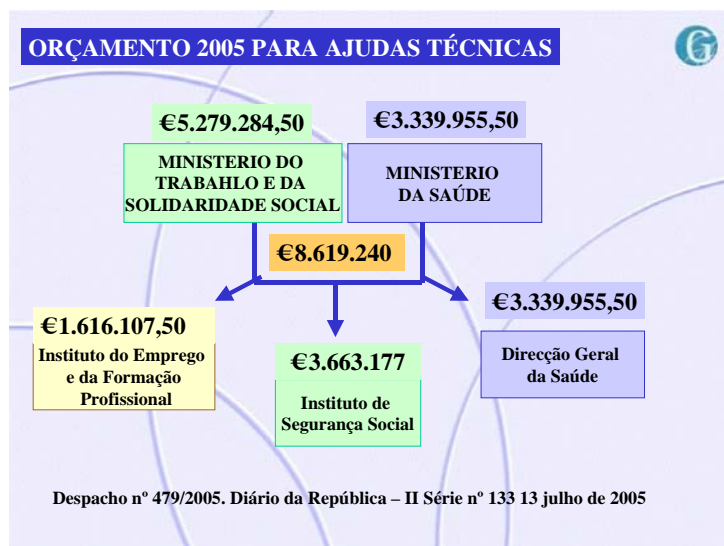
2.8.7. O modelo de prestação de ajudas técnicas

As Ajudas Técnicas são consideradas como os produtos, dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponíveis no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar as limitações na actividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência (Despacho nº 479/2005. Diário da República – II Série nº 133 13 julho de 2005).

O sistema de distribuição de recursos desenvolvido é o **SISTEMA de FINANCIAMENTO SUPLETIVO** que não inclui ajudas técnicas cuja colocação obriguem a intervenção cirúrgica. Estes aparelhos complementários terapêuticos de especialidades, Próteses e Órteses de colocação directa pelo hospital, são definidos pelo Despacho de 30 de janeiro de 1982 do Ministério dos Assuntos Sociais.

Anualmente, mediante um Despacho Conjunto dos Ministérios de Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, são especificadas as verbas destinadas às Ajudas Técnicas.

No esquema anexo apresentamos a composição das verbas para o ano 2005.



Tal como se apresenta no esquema, são formuladas três verbas diferenciadas, com finalidade e gestão diferentes. Actualmente no Despacho nº 26 390/2004 (2ª Série), publicado no Diário da República nº 298 de 22 de dezembro, estão estabelecidas as diferentes modalidades e responsabilidades de gestão dos recursos e as finalidades dos mesmos.

No seguinte esquema apresentamos a visão global do sistema de financiamento supletivo, onde podem ser visualizadas as três vias para a prestação de ajudas técnicas.

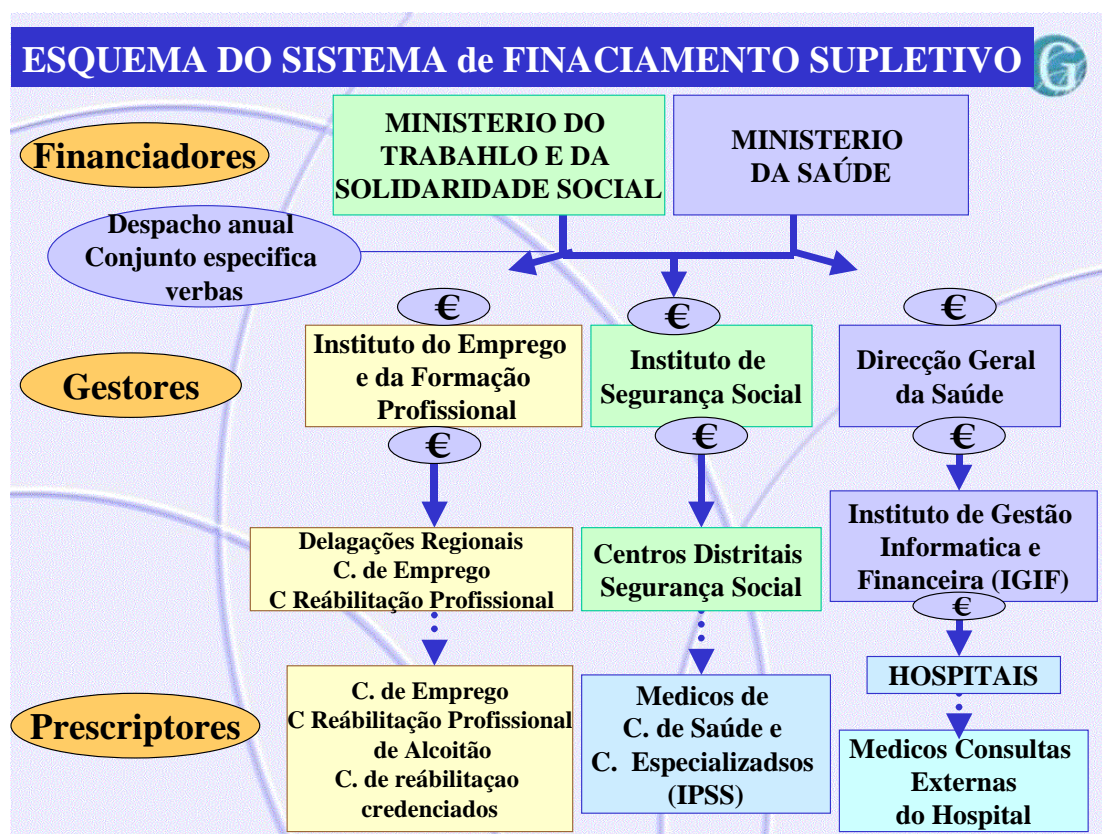
RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A via do Ministério da Saúde onde, através da Direcção Geral da Saúde e do IGIF, são distribuídas verbas que se destinam ao financiamento das prescrições realizadas pelos centros hospitalares desde as consultas externas.

A verba gestionada pelo Instituto da Segurança Social é distribuída através da rede dos seus centros distritais e é destinada ao financiamento das prescrições realizadas pelos diferentes médicos nos Centros de Saúde e nos Centros Especializados (IPSS).

A terceira via é destinada às ajudas técnicas indispensáveis à formação profissional e ao emprego, incluindo o acesso aos transportes. Neste caso a entidade gestora é o Instituto do Emprego e da Formação Profissional.



As normas reguladoras são estabelecidas através do Despacho nº26 390/2004 e completadas com a normativa de execução pelo Despacho da Secretária Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência da SS.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

São definidos três Níveis de prescrição (Despacho nº26 390/2004):

- Nível 1.- Centros de Saúde
- Nível 2.- Hospitais Distritais
- Nível 3.- Hospitais, Centros especializados com reabilitação, Centros de emprego e Formação Profissional com serviços de medicina de trabalho

A Lista Homologada de Ajudas segundo o nível de prescrição está definida pelo Despacho nº 19210/2001.

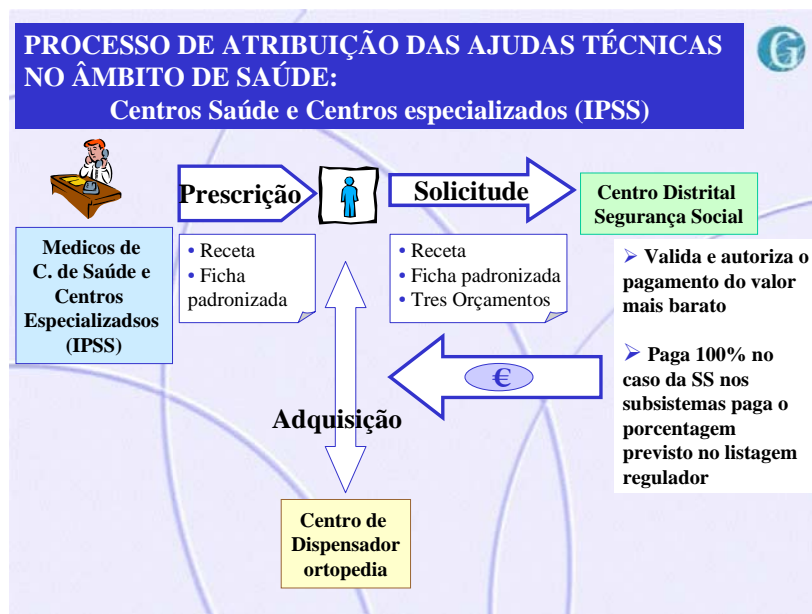
Existem modelos padronizados de solicitude (Despacho nº26 390/2004) e registo de prescrição. A relação de centros autorizados vem definida anualmente no despacho conjunto e pode ser modificada com prévia validação por parte da Direcção-Geral da Saúde (Despacho nº26 390/2004)

Nos seguintes esquemas apresentamos os processos de atribuição segundo tipo de centro prescriptor no âmbito da saúde.



RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.



Com base na pesquisa realizada e nas aportações dos representantes entrevistados no Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência da Segurança Social podem-se destacar os seguintes pontos limitativos no actual sistema:

- As verbas Ministeriais são estabelecidas habitualmente a mediados do ano, por tanto, a tramitação das candidaturas das solicitudes prescritas nos Centros de Saúde e IPSS pode retardar-se. O trâmite normal de validação e autorização demora habitualmente dois meses.
- Quando as candidaturas solicitadas sobrepassam a verba orçamentada os centros de SS procedem a priorizar as autorizações segundo a situação socio-económica familiar.
- As ajudas que precisam os utentes de lares, centros de dias, etc., são prescritas pelos centros de saúde.
- São poucos os centros que tenham estabelecidos stocks de aparelhos para ser prestados e reutilizados e não existe normativa a esse respeito.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- A lista e preços das ajudas são do ano 2001. A relação de próteses e órteses de colocação directa pelo hospital é do ano 1982.
- Mais de 50 % ajudas destinam-se a fraldas e pensos, segundo as informações aportadas.

Sugestões e Propostas:

- Regular a possibilidade de criação de armazéns de aparelhos para prestar e reutilizar nos centros com maior volume de rotação de doentes
- No futuro autorizar as unidades de Cuidados Continuados para prescrição de ajudas e criação de armazéns
- Actualizar os actuais preços e a listagem de aparelhos

3. CONCLUSÕES

Com a apresentação do presente relatório de Diagnóstico da Situação Actual, culmina a Fase I do “*Projecto de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede de cuidados continuados integrados e progressivo desenvolvimento dos serviços comunitários para promoção e desenvolvimento de cuidados de saúde e apoio a pessoas em situação de dependência*”.

Com este relatório pretendeu-se descrever a situação actual a nível das variáveis implicadas no desenvolvimento de um modelo de rede de cuidados continuados a partir da combinação de dados de carácter quantitativo e qualitativo. O alcance dos conteúdos do diagnóstico vem definido pelos conteúdos das fontes de informação utilizadas para a caracterização das necessidades e respostas actuais baseadas em dados de fontes secundárias e pelas informações e dados disponíveis dentro do prazo previsto da realização da Fase I.

As conclusões obtidas podem-se ordenar em três grandes âmbitos:

➡ **NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS**

Análise e identificação das necessidades não satisfeitas no domínio da oferta dos serviços no país, na área de cuidados continuados. Assim, realizou-se uma análise e descrição da situação demográfica e sua futura evolução, do contexto sócio-económico do país e da situação sócio demográfica e epidemiológica.

Com estes dados pretendeu-se conhecer e perceber elementos que hão-de estar directamente relacionados com o modelo a definir, nomeadamente, a distribuição territorial da população, a esperança média de vida ao nascer, a pirâmide etária actual e futura, o índice de envelhecimento da população, as pessoas que vivem sós, entre outros.

➡ **CAPACIDADE INSTALADA E RESPOSTAS ACTUAIS**

Análise da capacidade instalada, do tipo de oferta actual de serviços mais directamente relacionados com as pessoas idosas e com os problemas de dependência. Descrição dos

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

tipos de recursos existentes em saúde e segurança social; dos níveis de actividade, produção e utilização registados em ambos sectores e identificação dos promotores das respostas de prestação de serviços de cuidados continuados e utilização dos mesmos. Finalmente, tentou-se analisar quais as características actuais do SNS com relação aos cuidados continuados.

VISÃO COMPARTILHADA

Para assim complementar as informações documentais obtidas com as contribuições de nível qualitativo de uma selecção de agentes especializados de maneira que os resultados ofereçam ao diagnóstico uma dimensão qualitativa das expectativas e opiniões de profissionais qualificados.

Realizou-se a actividade do Estudo qualitativo para explorar a opinião do grupo de especialistas sobre a situação actual dos Serviços Continuados em Portugal para obter uma visão partilhada da situação e possíveis perspectivas de futuro.

Ao longo da Fase I, foi muito importante a permanente colaboração com os interlocutores chave, os quais possibilitaram a identificação das necessidades existentes e dos pontos a reforçar ou a reestruturar para o futuro desenvolvimento do referido modelo.

Ao longo desta análise, primou o conhecimento dos dados mais recentes bem como a sua comparação com anos anteriores por forma a dispormos de uma caracterização em termos evolutivos de cada uma das variáveis descritas. Por outro lado, houve a preocupação de conhecer cada um dos dados segundo a sua distribuição territorial.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

3.1 NECESSIDADES CRESCENTES

Neste capítulo apresentaremos de forma sumária os aspectos mais relevantes do diagnóstico relativos ao impacto do envelhecimento e situações de dependência segundo os dados aportados da evolução e situação do:

- Contexto demográfico
- Contexto socioeconómico
- Situação epidemiológica

A maior esperança de vida à nascença e o processo de redução da população portuguesa terá um impacto sobre o envelhecimento da população e, segundo as previsões, Portugal será um dos países da UE-25 com maior percentagem de idosos (32%) e menor percentagem de população activa no ano 2050.

- **Segundo as projecções demográficas realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente em Portugal atingirá a sua cifra máxima em 2010 com 10.626.099 habitantes.** Estima-se que o processo de crescimento da população portuguesa durante as últimas décadas do século XX (provocado por factores como o aumento de esperança de vida à nascença, o fluxo imigratório de pessoas procedentes das ex-colónias e da Europa de Leste e do baby-boom dos anos 70) finalizará por volta do ano 2010, ano a partir do qual, segundo previsões do INE, ocorrerá um decrescimento populacional.

Este ano marcará o final da expansão demográfica descrita anteriormente e, segundo o cenário base previsto pelo INE, iniciar-se-á um período de decrescimento populacional, nomeadamente, uma redução de 2,3% em 2025 e de 11,6% no horizonte de 2050.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Este processo de redução geral da população terá um **impacto directo no envelhecimento da população, incrementando de forma importante o peso dos cidadãos com idade superior a 65 anos. Segundo estas projecções, em 2025 22% da população terá idade superior a 65 anos, percentagem que em 2050 se elevará a 32%.**

As projecções da população para 2004-2050 traçam um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 (16,9% da população) e 2050 (31,9%). Com estas previsões Portugal será um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050. Em 2050, Portugal será o quarto país da UE a 25 com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%).

- Os países mediterrânicos **continuarão a verificar uma baixa taxa de natalidade, conjugada com uma esperança de vida longa e com saúde.** O perfil demográfico em Portugal segue o de outros países ocidentais da Europa, com um aumento da esperança de vida à nascença de 65,7 anos em 1980 para 72,6 em 2000. Contudo, os homens portugueses continuam a ter a esperança de vida mais baixa da Europa – 79,7 anos – em comparação com os países da UE enquanto que a esperança de vida no caso das mulheres é a segunda mais baixa (em 79,7 anos) (*Eurostat*).

A distribuição actual da população idosa não é homogénea no país, fruto da migração das zonas rurais para as zonas urbanas verificada nas últimas décadas. As regiões do interior são assim as que têm índices mais elevados de população idosa (superiores a 20%) registando as zonas urbanas e metropolitanas percentagens entre 12 e 16%.

Os dados acerca da distribuição territorial das pessoas idosas deverão ser tomados em conta ao nível da distribuição e localização dos serviços de saúde e de segurança social

- Uma segunda característica demográfica que se intensificou durante as últimas décadas do século XX foi a migração das zonas rurais para as urbanas. **Enquanto que em 1970 somente 26% da população vivia em áreas urbanas, esta percentagem subiu para 65,6% em 2000. Hoje em dia, a maioria da população vive em zonas costeiras.** Esta distribuição heterogénea da população influi directamente nos índices de envelhecimento regional.
- Nos distritos do interior do país registam-se percentagens de pessoas maiores de 65 anos superiores a 25% e nas regiões costeiras percentagens inferiores a 20%, destacando-se entre estas as zonas urbanas e metropolitanas com valores entre 12 e 16%. Esta pauta na distribuição do envelhecimento populacional repete-se nas análises efectuadas para as camadas intermédias dentro do grupo de pessoas maiores de 65 anos.
- As projecções para o ano 2025 também mostram uma distribuição territorial diferente entre regiões: é na região Norte que se prevê o maior número de pessoas com idade superior a 65 anos (com 788.604 pessoas), seguida de Lisboa e Vale do Tejo com 600.745. A região Centro ocupa o terceiro lugar com 500.724; no Alentejo prevê-se um total de 169.068 pessoas com idade superior a 65 anos e, por último, no Algarve prevê-se um total de 99.480 pessoas com esta idade. Deste modo, a distribuição territorial das pessoas com idade superior a 65 anos é um aspecto a ter em consideração na planificação do volume de recursos a instalar em cada zona.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O isolamento dos idosos e a ocorrência de factores como o crescimento de formas de organização familiar atípicas, a emancipação laboral da mulher (que tradicionalmente cumpriu a função de cuidadora informal familiar) e a diminuição verificada nas redes formais ou informais de solidariedade, cria novas formas de dependência que obrigam a encontrar novos tipos de organização dos cuidados de saúde e sociais.

- Segundo dados da OCDE a **percentagem de mulheres com actividade económica em 2005 em Portugal é de 60,6 %**. Esta percentagem é superior à taxa média da OCDE, **de 55,3 %**, e também superior à de outros países do eixo Atlântico-mediterrâneo **que classicamente possuíam também uma estrutura familiar forte, nomeadamente Espanha (46,8 %), Itália (42,7 %) e Grécia (44 %)**.
- O colectivo de **peessoas com idade superior a 65 anos que vivem sós** constitui um grupo de risco, susceptível de requerer cuidados continuados em condições adversas de saúde já que não possui apoio imediato do núcleo familiar. No ano 2001, segundo o Censo do INE registaram-se um total de 631.687 pessoas que vivem sós, entre as quais **321.054 são idosos portugueses, o que representa 50,8% do total da população declarada que vive só**. Por sua vez, **estes 321.054 idosos portugueses que vivem sós constituem 19% do colectivo de pessoas com mais de 65 anos**. Este colectivo de pessoas idosas que vivem sós compõem-se maioritariamente por mulheres (77%) e a sua distribuição territorial é heterogénea (os distritos do interior do país registam a maior percentagem de pessoas idosas que vivem sós).
- O colectivo de **pessoas com mais de 75 anos que vivem sozinhas é de 154.951 pessoas** (1,6% da população portuguesa e **22,09% do total de pessoas com mais de 75 anos**), segundo dados do Censo 2001. **A distribuição territorial do peso deste colectivo segue a mesma pauta de magnitudes que a distribuição do peso da população idosa**.
- É relevante destacar o **grupo de pessoas com idade superior a 65 anos que vive em famílias institucionais de apoio social**. Segundo os dados do censo de 2001, **65.852 portugueses** vivem neste tipo de instituições, o que significa **um 0,63% do total da**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

população; 73% deste colectivo (50.607 pessoas) pertence aos grupos etários com idade superior a 65 anos, o que representa 2,98% de pessoas com mais de 65 anos..

- O colectivo de pessoas com mais de 65 anos encontra-se maioritariamente coberto pelo **sistema de pensões de velhice**: em 2004 97,1% deste colectivo (1.567.444 pessoas) tinha acesso a este tipo de pensões, o que representa 15,9% do total da população de Portugal Continental. Cabe destacar o incremento de 24% que ocorreu na cobertura do sistema de pensões Incapacidades durante o período 1990-2004.
- Dentro do conjunto de pensões de velhice, as pensões por **incapacidade permanente** também aumentaram de forma importante: 22% entre 1990 e 2000. No ano 2000 representaram um total de 19.411, entre as quais **65% são destinadas a pessoas não idosas, com menos de 65 anos** (12.613 pessoas).
- Segundo os dados do censo de 2001, 636.059 portugueses padeciam **deficiências físicas ou mentais**. A análise por tipo de deficiência permite identificar dois grandes grupos formados por deficiências visuais e motoras (26 e 25%) e pelas auditivas e mentais (13% e 11%). O 18% restante é considerado como incapacitado permanente para o trabalho.
- Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde, 50.000 pessoas encontram-se permanentemente acamadas por motivos de saúde. Entre este grupo, 33.000 pessoas têm idade superior a 65 anos e a prevalência da incapacidade de longa duração aumentou entre 1996 e 1999.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Dadas as projecções populacionais, a recente evolução de mortalidade no país e os dados das prevalências das doenças crónicas, cabe esperar a tendência ao aumento de incidências de doenças crónicas e incapacitantes nos próximos anos. Este dado aponta para a necessidade de reorientar o papel dos dispositivos de saúde e sociais para poder garantir uma oportuna cobertura das necessidades do novo perfil epidemiológico.

- As **principais causas de morte** da população portuguesa no ano 2001 são as doenças do aparelho circulatório (doenças cerebrovasculares e doença isquémica cardíaca) e os tumores malignos. Os acidentes e as suas consequências são a principal causa de morte nas crianças e jovens. Nos adultos, os acidentes de viação e laborais são também frequentes e, em muitos casos, provocam situações de perda de funcionalidade e de deficiência.
- Se analisamos especificamente as **causas de morte das pessoas com mais de 65 anos** encontramos como primeiro grupo de causas as doenças do sistema circulatório (42,1%) seguido dos tumores (18,8%) e, a maior distância, as doenças do aparelho respiratório. De um total de 975 questionários válidos que se referem a 2820 indivíduos, verificou-se a prevalência em 18% dos indivíduos de **hipertensão arterial**, em 5% de **diabetes**, em 9% de **asma/bronquite asmática**, em 2% de **qualquer tipo de cancro com confirmação médica**, em 4% de **doença da tiroide com confirmação médica**, em 0,1% de **doença de alzheimer com confirmação médica**, em 0,4% de **doença bipolar com confirmação médica**, em 0,3% de **doença de parkinson com confirmação médica** e em 0,3% de **doença de crohn com confirmação médica**.
- A partir dos dados provenientes da análise realizada ao volume das altas dos hospitais constata-se o **grande consumo de serviços hospitalares para os cuidados a pessoas idosas e com patologias crónicas** para além dos períodos razoáveis a esperar em centros hospitalares. Este análise não inclui a revisão da casuística dos casos, mas já aporta dados aproximados. Assim, observamos que:

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **As altas de mais 7 dias** em 2003 foram 294.001 e representam **28,4% do volume total de altas em 2003**. O número de altas mais de 7 dias da **população com 65 anos ou mais** em 2003 foi de 156.870, o que representa, sobre o total de altas de mais de 7 dias **52,8%**. O número de **altas de mais de 20 dias** em 2003 foi de 63.091 o que representa **6% do total de altas desse ano**. O número de altas de mais de 20 dias para a **população com idade igual ou superior a 65 anos registou**, por sua vez, um aumento de 4,3% entre o período 1995 – 2003. A população com 65 anos ou mais passou a representar mais de metade do total de altas de mais de 20 dias com 33.315 altas, o que significa **52,8%** das altas de mais de 20 dias.
- O número de **altas de mais de 30 dias** decresceu, entre 1995 e 2003 sendo dum total de 28.327 altas, isto é **2,71% do total de altas** desse ano. A **população com 65 anos ou mais** passou a representar em 2003 **49,3%** do total de altas de mais de 30 dias, o que significa um número de 13.979 altas.
- O **número de reinternamentos** passou para **75.954 em 2003** (variação de mais **15,7% entre 2000-2003**). A percentagem de reinternamentos sobre o total de altas em 2003 era de **7,38%**. As pessoas com mais de 65 anos acumularam **37.042 reinternamentos (48,77% do total de reinternamentos)**. Em todas as regiões se regista uma subida na percentagem de reinternamentos protagonizada pela **população com idade de 65 anos ou superior**. A percentagem de reinternamentos de pessoas com idade de 65 anos ou mais representa aproximadamente a metade do total de reinternamentos em 2000 e 2003.

O grupo de patologias seleccionadas como marcadoras (**doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, tumores malignos, fracturas e VIH/ Sida**) partilham o facto de comportarem alguma perda de autonomia da pessoa, o facto de serem permanentes, prolongadas e com um trajecto evolutivo tendente à intensificação dos sintomas e, finalmente, de gerarem situações de dependência de cuidados de saúde e sociais aos quais urge dar respostas adequadas em função da gravidade apresentada. Os dados analisados **mostram a importância da utilização dos serviços de internamento hospitalar neste tipo de doenças**

- Os movimentos de altas entre 1995 e 2003 para o grupo de patologias marcadoras mostram **que, com excepção das fracturas, o volume de altas aumentou no conjunto das patologias marcadoras em 40,9 %.**
- **O conjunto de altas do grupo marcador supõe 24,2% do total de altas do total de altas no ano 2003 com um total de 253.004.**

Entre o conjunto de doenças do grupo marcador, as que representam uma maior **percentagem de altas sobre o número total de altas** são as **doenças cardiovasculares (6,77% em 2003)**, os **tumores malignos (6,55% em 2003)** e as **doenças neurológicas (6,58%)**. As **doenças cerebrovasculares** representaram em 2003 3,59% do volume total de altas e as **fracturas e o VIH/Sida** representaram 0,35% e 0,37% do volume total de altas, respectivamente

- Para o **total das patologias marcadoras o número de altas registadas na população com 65 anos ou mais em 2003 foi 150.871**; ou seja, 59,6% do total das patologias marcadoras e 14,4%.
- Entre as altas das patologias do grupo marcador verifica-se uma maior **percentagem de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos no ano 2003 nas doenças cerebrovasculares**, onde **78,1%** das pessoas com alta são desta faixa etária. Nas altas das **patologias cardiovasculares o volume de altas de pessoas com 65 anos ou mais é de 68,1%**, de **56,5%** das altas de tumores malignos e de **49,5%** das altas das doenças

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

neurológicas. Nas altas das fracturas e de VIH/ Sida a população de 65 anos ou mais tem uma representação muito menor: 5,1%, e de 13,7%, respectivamente.

3.2 CAPACIDADE INSTALADA E RESPOSTAS ACTUAIS

Neste ponto apresentamos os aspectos mais relevantes que actualmente incidem na prestação de serviços na vertente da oferta de serviços actual vinculada à atenção de pessoas idosas ou com doenças crónicas ou graves que causam dependência, os recursos, a organização e funcionamento que apoiam a prestação de serviços.

A implementação das respostas consequentes às diferentes normativas e regulações não se processou na sua totalidade ao nível da execução prática, como o prova, por exemplo, a heterogeneidade na distribuição territorial dos recursos e a sobreposição de tipos de respostas fruto dos diferentes processos iniciados.

As normativas actuais não desenvolvem com maior profundidade a tipologia de utentes a cobrir, a cobertura, as responsabilidades e nível de articulação desejável. É desta forma que, a título de exemplo, se verifica que a implementação de diferentes tipos de critérios não foi homogénea (gerando assim problemas de equidade territorial) e que há diferentes respostas oferecendo serviços similares ou prestando serviços a um colectivo de utentes bastante heterogéneo.

- As directrizes contempladas no despacho conjunto nº 407/98, orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência marcam o início das intervenções reguladas no âmbito de cuidados continuados de saúde. **Esta etapa inicial centra a prestação dos cuidados de saúde continuados no âmbito dos centros de saúde** através da formação de uma equipa (pessoal médico, de enfermagem e técnicos) do serviço subregional de segurança social. Formula a necessidade de **respostas integradas e cofinanciadas entre os ministérios da saúde e segurança social** a desenvolver através de apoio domiciliário integrado (ADI) e das unidades de apoio integrado (UAI).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **As normativas posteriores** (Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002 e Decreto-Lei nº 281/2003 do Ministério da Saúde) **regulam a implementação de novas modalidades de respostas no marco de uma Rede de serviços**. Estas modalidades não foram até ao momento desenvolvidas em todo o território e estabelecem tipologias de centros, e não de serviços, com finalidades semelhantes (Unidades de Internamento, UAI e Unidade de Apoio Integrado Transitório, Prolongado ou Permanente; Equipas de Cuidados Continuados e Unidades Móveis Domiciliárias).

A oferta específica de CUIDADOS CONTINUADOS DESDE OS CENTROS DE SAÚDE baseia-se na Atenção domiciliária às pessoas com doenças crónicas, ou pessoas em situação de dependência transitória ou permanente.

Os resultados do Inquérito do Ministério de Saúde sobre Cuidados Continuados nos Centros de Saúde de 2005 (respostas para 309 centros) mostram que:

- **Somente 3,8% (14) dos centros de saúde declaram dispôr serviços de forma estruturada e organizada especificamente para prestar cuidados continuados.**
- **A cobertura territorial dos cuidados continuados dos Centros de Saúde tem uma distribuição heterogénea que não está harmonizada com a actual estrutura de população maior de 65 anos.**

A actual oferta de serviços apresenta uma grande variabilidade com relação ao volume de recursos destinados, perfil e capacidade dos profissionais e níveis de cuidados prestados e mostra que muitos profissionais prestam algum tipo de serviço sem estruturação necessária para assegurar a oportuna cobertura e qualidade da oferta.

- **São 14 os Centros de Saúde que declaram ter e prestar cuidados continuados através de uma equipa específica organizada e multiprofissional, o que supõe uma cobertura de 5,2% dos utentes inscritos (507.477 utentes) nos centros de saúde e 94 mil utentes**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

com idade superior a 65 anos, o que supõe 5,72% da população idosa de Portugal com mais de 65 anos.

- O total de centros que declaram alguma actividade parcial através dos recursos dos centros de saúde (maioritariamente pessoal de enfermagem), são 163, ou seja, 52,75% dos centros de saúde que responderam ao Inquérito.
- **A oferta territorial dos cuidados continuados dos centros de Saúde apresenta variações importantes entre Regiões:**
 - **No Norte**, dos 72 centros de saúde que respondem ao Inquérito, 35 declaram ter algum nível de actividade em cuidados continuados, o que representa 48,6% dos centros da região Norte que responderam ao Inquérito;
 - **No Centro**, dos 99 centros de saúde que respondem ao Inquérito, 33 declaram algum nível de actividade em cuidados continuados, o que corresponde a 33,3% dos centros de saúde da região Centro que participaram no Inquérito;
 - **Em Lisboa e Vale do Tejo**, de um total de 80 centros de saúde que respondem ao Inquérito, 63 declaram ter algum nível de actividade em cuidados continuados, o que representa 78,75% do total de centros de Lisboa e V.T. que responderam ao Inquérito;
 - **No Alentejo**, de um total de 40 centros de saúde que respondem ao Inquérito, 23 declaram ter algum nível de actividade em cuidados continuados, o que representa 57,5% do total de centros do Alentejo que responderam ao Inquérito;
 - **No Algarve**, de um total de 18 centros de saúde que respondem ao Inquérito, 9 declaram ter algum nível de actividade em cuidados continuados, o que representa 50% do total de centros do Algarve. que responderam ao Inquérito.
- Os dados de actividade declarados no Inquérito realizado no ano de 2005 aos Centros de Saúde indicam **que no ano 2004 foram realizadas 23.839 novas visitas**. Ainda que não se possa efectuar uma comparação directa dos dados desta actividade com os obtidos em

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

2003 (146. 400 visitas) para o total de visitas domiciliárias dos Centros de Saúde, podemos constatar, como valor aproximado, que a **actividade domiciliária de cuidados continuados ocuparia como máximo 16% do total da actividade.**

- Nas visitas de campo realizadas a diferentes centros constatamos as **grandes diferenças existentes na composição das equipas de cuidados continuados e a variabilidade de cuidados prestados.** Assim, encontramos equipas que apresentam um perfil e oferta de atendimento muito completa com capacidade de tratar doentes complexos e terminais, enquanto que outras equipas se limitam a oferecer cuidados básicos. Não existe uma orientação e definição do que deverão ser os cuidados continuados nos centros de saúde enquanto à sua organização e composição.

A Atenção Domiciliária para prestar cuidados de saúde pluridisciplinares no domicílio do doente através das **Unidades Móveis Domiciliárias**, definidas como respostas dentro da rede de Cuidados Continuados no Decreto-Lei nº 281/2003 do Ministério da Saúde está **prevista apenas para 4 unidades** (2 na ARS Centro e 2 na ARS Lisboa Vale do Tejo) no Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas.

A resposta integrada de Atenção Domiciliária nas vertentes da saúde e social está prevista no Programa de APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO (ADI) para a prestação de cuidados de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas.

Em Portugal continental existem 111 unidades de Apoio Domiciliário Integrado que dão cobertura a 1.094 utentes.

A distribuição das ADI's é heterogénea nos diferentes distritos. Os distritos de Évora, Portalegre, Porto e Braga carecem de Apoio Domiciliário Integrado (ADI) e em Vila Real apenas há uma unidade deste tipo.

- A resposta integrada de atenção domiciliária nas vertentes de saúde e social está prevista no Programa de **Apoio Domiciliário Integrado (ADI)**, que complementa a oferta a dependentes. É uma resposta a prestar no domicílio com intervenção articulada do apoio social e dos cuidados da saúde continuados dos Centros de Saúde e Unidades de Apoio Integrado, visando promover a autonomia das pessoas em situação de dependência.
- Em **Portugal continental existem 111 unidades de Apoio Domiciliário Integrado que dão cobertura a 1.094 utentes**

- A distribuição das ADI's é heterogénea nos diferentes distritos:

Os distritos com maior oferta de ADI's são Santarém (18 unidades e 75 utentes), Aveiro (16 unidades e 150 utentes), Beja (12 unidades e 105 utentes) e Bragança (com 11 unidades e 219 utentes).

REGIÃO	DISTRITO	Núm ADI	UTENTES ABRANGIDOS
ALGARVE	Faro	7	60
ALENTEJO	Beja	12	105
NORTE	Vila Real	1	8
	Viana do Castelo	5	15
	Bragança	11	219
CENTRO	Aveiro	16	150
	Castelo Branco	4	40
	Coimbra	5	40
	Guarda	5	51
	Leiria	8	91
LISBOA E VALE DO TEJO	Viseu	4	45
	Lisboa	7	53
	Santarém	18	75
	Setúbal	8	142
	Total	111	1094

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Os distritos de Évora, Portalegre, Porto e Braga não têm ADI, carecendo portanto a sua população duma oferta de serviços a dependentes existente nos outros distritos. Esta situação é especialmente grave no distrito de Braga já que não dispõe das duas ofertas mais destacadas de apoio a pessoas em situação de dependência: Unidade de Apoio Integrado e Apoio Domiciliário Integrado.

- Pode-se verificar que em todo o continente **existem 14 experiências onde se complementa o Apoio Integrado em Unidades específicas (UAI's) para este tipo de cuidados e o Apoio Domiciliário a pessoas em situação de dependência.**

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) oferece também serviços de APOIO DOMICILIÁRIO neste caso desde o âmbito puramente social tanto pela sua finalidade como pelos motivos de ingresso.

Com relação aos **SAD**, contabilizam-se **1.744 em todo o Continente**, contando a região Centro com 744 e a região do Algarve 52. A **capacidade total** destes serviços **em todo o país é de 68.092.**

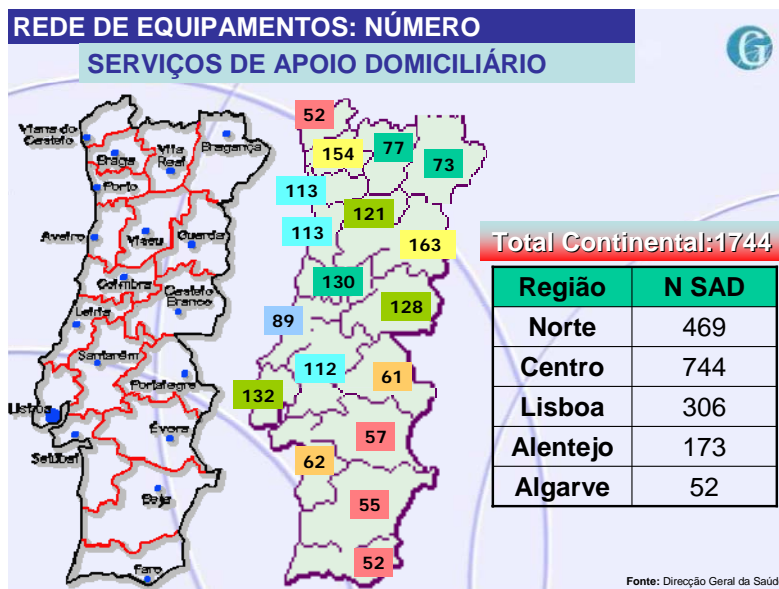
- Para além do Apoio Domiciliário Integrado, o Ministério da Saúde e o Ministério da Segurança Social e do Trabalho criaram o **Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)** em 1994. O PAII desenvolve-se por projectos e acções, nomeadamente o **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)**, os Centros de Apoio a dependentes/centros Pluridisciplinares de Recursos (CAD), a Formação de Recursos Humanos (FORHUM), o Serviço de Tele-alarme (STA), o projecto Saúde e Termalismo Sénior e os Passes Terceira Idade, que constam do plano anual aprovado pelos dois Ministérios.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) visa a manutenção das pessoas idosas ou das pessoas com dependência, no seu ambiente habitual de vida, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos através da extensão do apoio à totalidade das vinte e quatro horas, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- O distrito com maior capacidade de atendimento domiciliário é o de Lisboa (9.422), seguido do Porto (6.178). Viana do Castelo é o distrito com menor capacidade de atendimentos (1.694). Os distritos



com maior percentagem de utilização destes serviços são Coimbra (100%) e Setúbal (96%) e, os distritos com menor percentagem de utilização, Beja (64,1%) e Vila Real (66,4%).

As RESPOSTAS ESPECÍFICAS PARA O INTERNAMENTO dentro do âmbito dos cuidados continuados são oferecidas através das Unidades de Internamento (UI) dos Centros de Saúde e das Unidades de Apoio Integrado (UAI)

O total de respostas de ambos tipos de unidades é composta por 85 centros, com um total de 1.197 camas distribuídas de forma heterogénea nos diferentes distritos.

Os Cuidados Continuados com internamento actualmente são prestados sem diferenciação de tipos de pacientes, grau de complexidade de necessidades a cobrir e diferenciação de tipo de serviço, portanto, não podem ser actualmente considerados como respostas específicas de cuidados continuados.

Não se dispõe de um sistema homogéneo para as derivações e referências dos doentes.

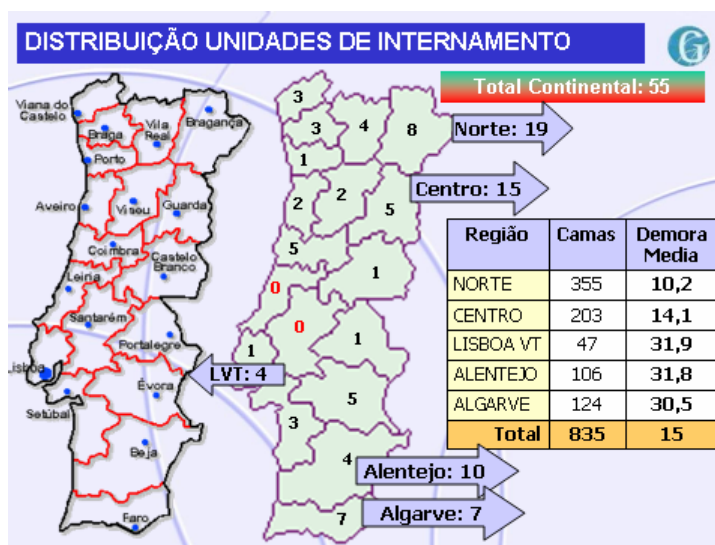
O volume actual de camas de algumas unidades compromete a sua viabilidade em termos de eficiência.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- No total continental de Portugal há **55 Unidades de Internamento (UI)** com um total de **835 camas** distribuídas pelos centros de saúde do SNS. No ano 2003 foram atendidos 13.144 doentes.

Actualmente estão fisicamente **integradas nos Centros de Saúde**. A Administração das mesmas corresponde ao Director do centro e **os recursos não estão diferenciados dos do Centro de Saúde**. A maior parte dos recursos humanos destas unidades está formado pelo pessoal do Centro de Saúde, sem diferenciação alguma na gestão dos recursos.



A distribuição territorial mostra diferenças significativas entre regiões e distritos.

Os dados obtidos sobre a actividade destes centros mostram também grandes diferenças na demora média entre regiões, o que indica a variabilidade na utilização deste tipo de recurso.

- Unidades de Apoio Integrado (UAI)** é definida como uma unidade com capacidade máxima de 30 utentes destinada a **prestar cuidados temporários** em regime de internamento para criar condições de autonomia às pessoas que permitam habilitá-las e regressar ao seu domicílio as pessoas cujo internamento em hospital não se justifique. São unidades **dirigidas aos idosos com problemas crónicos de saúde e onde se visa prestar cuidados temporários, globais e integrados às pessoas que, por motivo de dependência, não podem manter-se apoiados no domicílio**.

Há no total de Portugal continental 30 Unidades de Apoio Integrado com um total de 362 vagas para utentes localizadas em lares de diferentes entidades da Solidariedade Social da rede da Segurança Social.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

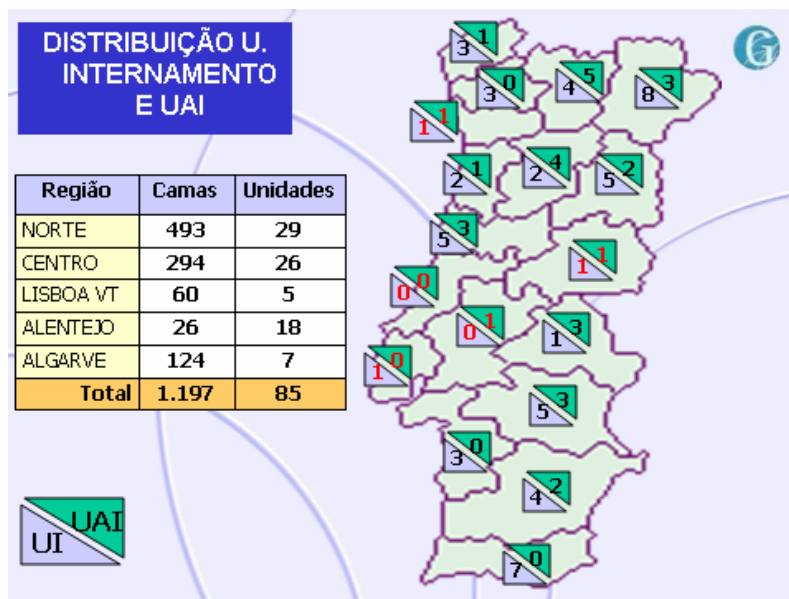
Nem todas as unidades dispõem de alas diferenciadas do resto dos utentes do Lar. Nas visitas a diferentes centros realizadas no trabalho de campo comprovou-se que a diferenciação de utentes entre Lar e UAI em muitos casos é puramente administrativa.

Nestes casos a **Segurança Social é a entidade financiadora dos serviços de internamento. Os serviços são prestados através de acordos entre Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social, a Administração Regional correspondente e a Instituição Particular de Solidariedade Social.** Estes acordos têm um **carácter jurídico administrativo** e não contemplam objectivos, nem metas de actividade, produção ou qualidade.

Não dispomos de dados sobre as demoras médias nem sobre os índices de ocupação ou rotação deste tipo de unidades. **Nas visitas de campo realizadas a centros deste tipo observou-se que a ocupação das camas é baixa.** As razões aportadas pelos responsáveis dos centros estão relacionadas com as características actuais do sistema de financiamento deste tipo de lugares: **são financiadas o total de vagas ainda que não tenham ocupação.** Para além disso, considera-se que o pago de cada vaga é baixo.

A distribuição percentual de utentes das UAI's por idade mostra que mais de 93% de utentes tem 60 anos ou mais. O grupo de pessoas com idade compreendida entre 70 e 79 anos supõe 36,6 % do total e o grupo de pessoas com mais de 80 anos, 42,54 %.

- **O total de respostas de ambos tipos de unidades é composta por 85 centros, com um total de 1.197 camas distribuídas de forma heterogénea pelos diferentes distritos.**



- Neste momento as derivações para este tipo de unidades são realizadas maioritariamente por solicitação dos centros hospitalares de cada zona. As UAI geralmente dispõem de uma comissão para a avaliação dos casos.
- Não se dispõe de um sistema de informação que permita obter informação sobre o total dos centros de forma sistemática e comparável. Os dados e sistema de registo e tratamento variam em cada distrito e centro .
- A média de camas por unidade actual é de 14. A magnitude de algumas unidades compromete a sua viabilidade. Desta forma, a futura orientação de cada uma delas deve ser revista individualmente e sempre enquadrada no contexto territorial.
- Para finalizar o tema de internamentos, cabe destacar que em **alguns hospitais existem acordos com protocolos próprios com diferentes unidades (lares) da rede de instituições sociais para a drenagem de doentes**. A informação do conjunto de vagas de internamentos que supõe não é disponível. Estes acordos **são financiados directamente pelos hospitais dentro dos seus orçamentos e não existe um marco geral único de utilização e controle da gestão dos mesmos**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Os dados obtidos na análise de altas realizado neste trabalho indicam que grande parte da ACTIVIDADE HOSPITALAR se centra, na actualidade, em cuidados à população idosa e com patologias crónicas ou subsidiária de apresentar dependências:

- Os resultados obtidos na análise das altas com demora superior a 20 dias (representam 6% em 2003 do total de altas, com um total de 63.097 dos quais 33.315 casos são em maiores de 65 anos) e casos com demora superior aos 30 dias (28.327 casos, 2,71% do total de altas com 13.979 casos em maiores de 65 anos) indicam o volume de recursos utilizados a nível hospitalar para casos previsivelmente não agudos.
- Urge dar respostas adequadas em função da gravidade apresentada em cada fase da doença do conjunto de patologias seleccionadas como marcadoras de situações que conduzem a perda de autonomia e dependência pelo peso actual que ocupam na actividade hospitalar.

Os resultados da análise realizada neste trabalho sobre as altas indicam que o conjunto de actividades hospitalares deste grupo em 2003 supõe um total de 253.004 altas representando 24,2% do total de altas desse ano. O conjunto dos episódios desse grupo experimentou um aumento de 40 % no período 1995-2003.

Os dados de actividade e produção (demoras médias obtidas, taxas de ocupação, índices de rotação), reinternamentos e análise de altas com demora superior a 7 dias sugerem o grande potencial que existe ainda nos centros hospitalares para melhorar a sua eficiência e centrar os seus serviços nos utentes internados com necessidade de recursos hospitalários.

- Verificamos que o **ratio de camas hospitalares por 1.000 habitantes é de 2,63**, representando um dos níveis mais baixos da UE. **O total de lotação praticada no ano 2003 foi de 25.943 camas.** Se agregamos a oferta privada de saúde à pública alcança-se uma média de 3,8 camas por cada 1.000 habitantes.

Total Portugal segundo regiões		
REGIÃO	Lotação Praticada	Camas/1000 hab.
Norte	7.398	2,01
Centro	7.164	3,05
Lisboa-Vale Tejo	9.559	3,59
Alentejo	1.036	1,33
Algarve	786	1,99
Total	25.943	2,63

- **Entre 1995 e 2003 verificou-se um aumento de 19% no volume de altas hospitalares** em Portugal. O número total de altas em 2003 foi de 1.044.866. A região que experimentou o maior crescimento foi a de Lisboa e Vale do Tejo.
- Em 2003, o número de **altas hospitalares de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos foi de 337.700**, o que corresponde a **32,3% do número total de altas**. A região com maior percentagem de altas de pessoas nesta franja etária é o Alentejo já que representam 40,5% do total de altas (15.208 altas).
- A **demora média de estadia do doente no total de hospitais do Continente é de 7.80 dias**, menor nos hospitais distritais gerais (6,7) e, por sua vez, maior nos hospitais centrais especializados (11,8 dias). Nos hospitais Gerais é de 8,30 dias e nos Hospitais de Nível I de 7,40. Por regiões, é no Alentejo que se verifica a maior estadia média (9 dias) e no Norte a menor (7 dias).

A média da **taxa de ocupação não supera 80% em nenhum tipo de hospital**. Os hospitais que apresentam a maior e menor taxa são, respectivamente, os hospitais centrais gerais (78,5%) e os hospitais distritais de nível I (71%). A nível regional só o Algarve com 84,4% supera 80% da taxa de ocupação. A média do país é de 76,20%, o que repercute nos baixos índices de rotação de doentes.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Os hospitais distritais gerais, uma vez que são os que **apresentam o maior número de doentes saídos e um grau de ocupação hospitalar de 76%**, são os que concentram o maior **número de dias de internamento** (3.266.139)

A região que apresenta **a taxa mais baixa de ocupação é o Alentejo (73,1)**, apresentando também o menor número de doentes saídos por cama e **a maior demora média**.

- **O número total de altas com demora média superior a 7 dias em 2003 foi de 294.001, o que significa 28,4% do volume total de altas em 2003.** A evolução do número total de altas de mais de 7 dias entre 1995 e 2003 é de 3,9%, o que representa um aumento de 8.165 altas. **A região que regista maior variação entre o ano 1995 e 2003 é o Algarve (31,9%).** Quanto ao volume de altas, a região que regista maior número de altas de mais de 7 dias em 2003 é a de Lisboa e Vale do Tejo (105.738).

O **número de altas de mais de 7 dias na população com 65 anos ou mais** experimentou uma variação bastante acentuada: 30,3% entre 1995 e 2003. Em 2003 representou **52,8% do total de altas com demora média maior a 7 dias (156.870 altas)**. **Em todas as regiões do país a população com 65 anos ou mais protagoniza metade ou mais do total de altas de mais de 7 dias.**

- **As altas de mais de 20 dias representavam em 2003 6% do total de altas com um total de 63.097.**

O **número de altas de mais de 20 dias para a população com idade igual ou superior a 65 anos registou 33.315 casos, com um aumento de 4,3% entre 1995 e 2003 ainda que se tenha registado um decréscimo de 11,6% entre 1995 e 2003.** A região que regista maior número de altas de mais de 20 dias de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é a de Lisboa (12.704).

- **O número de altas de mais de 30 dias para 2003 foi de 28.327, o que representa 2,71% do total de altas desse ano.** A região que apresenta um volume mais elevado de altas de mais de 30 dias durante os três anos analisados é a de Lisboa e Vale do Tejo (11.597 em 2003).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O número de altas de mais de 30 dias para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos foi de 13.979 casos o que supõe 49,3% do total de altas de mais de 30 dias. Verifica-se que o volume diminuiu 8% entre 1995 e 2003.

- **O número de reinternamentos no ano 2003 foi de 75.954, o que significa 7,27% sobre o total de altas.** Entre 2000 e 2003, o número de reinternamentos verificou uma **variação de mais 15,7%**. Somente o Alentejo experimentou um pequeno decréscimo entre 2000 e 2003 no número de reinternamentos (de 2.840 passa para 2.695)

Com relação ao **número de reinternamentos por distritos no ano 2000 e 2003** verificou-se um decréscimo nos distritos de Beja (-4,9%), Bragança (-1,1%), Castelo Branco (-10,9%), Portalegre (-13,4%) e Viana do Castelo (-19,6%). Os restantes distritos apresentam um incremento na percentagem de reinternamentos entre o anos 2000 e 2003, sendo que os que apresentam uma maior variação são: Vila Real (29,2%), Guarda (29,1%), Lisboa (27,4%), Aveiro (25,7%), Leiria (23,1%) e Porto (21,9%).

Em todas as regiões, **a percentagem de reinternamentos de pessoas com idade de 65 anos ou mais representa aproximadamente a metade do total de reinternamentos** no período entre 2000 e 2003, sendo de **48,77% em 2003**. **Em todas as regiões se regista uma subida na percentagem de reinternamentos protagonizada pela população com idade de 65 anos ou superior**, sendo que a região que apresenta o maior incremento entre 2000 e 2003 é a região Centro.

- **O grupo de patologias seleccionadas como marcadoras** compartilham o facto de comportarem alguma perda de autonomia da pessoa, o facto de serem permanentes, prolongadas e com um trajecto evolutivo tendente à intensificação dos sintomas e, finalmente, de gerarem situações de dependência de cuidados de saúde e sociais.

O peso que o grupo de patologias marcadoras (doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, tumores malignos, fracturas e VIH/ Sida) **ocupam no conjunto de actividades hospitalares é de 253.004 altas em 2003, representado 24,2% do total de altas** e a **variação existente no volume de altas das patologias marcadoras entre 1995 e 2003 foi de 40,9%**.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

No grupo das **patologias marcadoras**, as que representam uma maior **percentagem de altas** sobre o número total de altas são as doenças cardiovasculares (6,77% em 2003), os tumores malignos (6,55% em 2003) e as doenças neurológicas (6,58%). As doenças cerebrovasculares representaram em 2003 3,59% do volume total de altas e as fracturas e o VIH/Sida representaram 0,35% e 0,37% do volume total de altas, respectivamente.

Com respeito ao **número de altas de pessoas com 65 anos ou mais entre as patologias marcadoras no ano de 2003** para o **total das patologias marcadoras o número de altas registadas na população com 65 anos ou mais no ano de 2003** foi de 150.871 o que **supõe mais de 50% do total**. Nas doenças cardiovasculares registaram-se 48.212 altas, nos tumores malignos 38.607, nas doenças neurológicas 34.401, nas doenças cerebrovasculares 29.308, nas fracturas 507 e, finalmente, no VIH/ Sida 196 altas de pessoas com 65 anos ou mais.

Entre as altas das patologias do grupo marcador verifica-se uma maior **percentagem de altas de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos no ano 2003** nas doenças cerebrovasculares, onde 78,1% das pessoas com alta são desta faixa etária. Nas altas das patologias cardiovasculares o volume de altas de pessoas com 65 anos ou mais é de 68,1%, de 56,5% das altas de tumores malignos e de 49,5% das altas das doenças neurológicas. Nas altas das fracturas e de VIH/ Sida a população de 65 anos ou mais tem uma representação muito menor, respectivamente 5,1%, é de 13,7%.

Os recursos de CUIDADOS PALIATIVOS são escassos:

- **Somente existe um total de 3 unidades Cuidados paliativos nos hospitais de Portugal IPO Porto IPO Coimbra, Hospital Fundão**
- **Ainda que existem três equipas que prestam serviços domiciliários de cuidados paliativos (IPO Porto, Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas e equipa da Misericórdia de Azeitão) não se pode falar de um modelo e organização homogéneo entre eles.**

UNIDADES DE DOR. Dentro dos Programas e projectos pode-se destacar o **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Ainda que não estejam enquadradas actualmente dentro da oferta de cuidados continuados, pelas suas características (a dor é um elemento habitual e característico nas pessoas doentes crónicos, idosos e dependentes) podem ser consideradas como respostas de cuidados continuados.

Existem em Portugal Continental (2005) **51 hospitais com actividade em dor crónica, 25 com Unidades de Dor Aguda Pós Operatória e 34 hospitais com Analgesia Obstétrica.**

- Apesar de não estarem enquadradas especificamente dentro da oferta de cuidados continuados, fazemos breve menção do **Plano Nacional de Luta contra a Dor e das Unidades de Dor** que dispõe o SNS, por ser a dor um elemento habitual e característico nas pessoas doentes, nos idosos e nos dependentes; população susceptível de receber cuidados continuados. Segundo um estudo realizado pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que realizou um estudo em 2005 para conhecer o estado do tratamento da dor em Portugal, há **53 hospitais com unidades funcionais com actividade em dor crónica, isto é, 59% do total dos hospitais de Portugal continental.**
- **A distribuição territorial das Unidades de Dor é a seguinte**
 - **ARS Norte:** 11 hospitais com unidades de dor (47% dos hospitais da região)

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- **ARS Centro:** 18 hospitais com unidades de dor (64% dos hospitais da região)
- **ARS Lisboa - VT:** 4 hospitais com unidades de dor (80% dos hospitais da região)
- **ARS Alentejo:** 4 hospitais com unidades de dor (3% dos hospitais da região)
- **ARS Algarve:** 3 hospitais com unidades de dor (100% dos hospitais da região)

O ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS dos hospitais abrange 21% da Actividade para pessoas com idade superior a 65 anos.

Os poucos dados disponíveis sobre utilização do **Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado** (SAP) justificam a urgência sentida somente em 40% de casos.

- A utilização dos **serviços de urgências nos hospitais** em Portugal mostra uma **redução de 33,1% no tempo transcorrido entre o ano 2000 e 2004 sendo para o ano 2004 um número total de 3.997.135 atendimentos.**
- Com relação **aos índices de utilização dos serviços de urgências** por 1000 habitantes e por região durante o ano de 2004, a região que verificou o maior número de serviços foi a do Centro, com 299 serviços por 1.000 habitantes, seguida do Algarve com 280 atendimentos. Lisboa e Vale do Tejo ocupa o terceiro lugar com 246, o Norte com 233 atendimentos por 1000 habitantes situa-se à continuação e, por sua vez, a região que registou uma menor quantidade de serviços por 1.000 habitantes foi a do Alentejo, com 116.
- Com respeito à **utilização dos serviços de urgências em 2004 por grupos etários, o grupo com idade igual ou superior a 65 anos protagonizou 21% da utilização total. O grupo etário com idade superior a 75 anos efectuou 11% do total de urgências hospitalares em 2004** (442.178 atendimentos). **O grupo etário com idade superior a 85 anos representou em 2004 3%** do total de urgências hospitalares (111.917 atendimentos). Os Índices de utilização das urgências registados pelo grupo de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em 2004 são altos. Verificamos que a região onde se registaram maiores

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

índices de utilização dos serviços por 1.000 habitantes foi a de Lisboa e Vale do Tejo (594), seguida da região Centro (535), Norte (500), Algarve (485) e, por último, Alentejo (234).

- No que se refere à **utilização dos serviços SAP (Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado)**, o estudo de “*SAP e SUH no distrito de Santarém, Causas de Utilização*”, realizado pela ARS de Santarém em 1992 (única base documental disponível no momento da realização deste trabalho) mostra que 13,6% dos utilizadores eram pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Segundo o estudo citado, 40,45% dos utentes entrevistados dirigiu-se aos SAP durante o ano de 1990 por situação de urgência, 21,07% por impossibilidade de consultar o seu médico de família no horário previsto de consulta e 10,64% por ausência do médico de família no seu Centro de Saúde.

Segundo o informe “Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS, 2003” da Direcção-Geral da Saúde, registou-se um total de 5.778.132 atendimentos em SAP para todo o Continente

Quanto aos RECURSOS HUMANOS, revelam-se certos desequilíbrios em algumas profissões: a falta de médicos e de enfermeiros é um problema estratégico do SNS.

- A **relação médico por cada 1000 habitantes** é um bom indicador da desigual distribuição da oferta de pessoal médico nas diferentes regiões portuguesas. A média continental é de 2,33 médicos/1000 habitantes, não obstante, a **ARS Alentejo** apresenta o pior dos cenários regionais, já que a relação é de **0,95 médicos por cada 1.000 habitantes**. No extremo oposto está a **ARS Lisboa com 3,52 médicos/1000 habitantes**.

À excepção da ARS Alentejo, no resto das regiões o **ratio de médicos hospitalares por 1000 habitantes é maior que o ratio de médicos de centros de saúde por 1000 habitantes**. A média continental para Centros de Saúde situa-se em 0,71 médicos por 1000 habitantes frente a 1,62 dos hospitais.

- Quanto ao **pessoal de enfermagem os 35.077 profissionais proporcionam um ratio de 3,55 profissionais por 1000 habitantes**. A **ARS Alentejo, também neste caso** apresenta a pior situação com **2,07 enfermeiros por cada 1000 habitantes frente a Lisboa** que, tal como ocorria para o ratio de médicos por 1000 habitantes, apresenta aqui também o melhor ratio com **4,67 enfermeiros por 1000 habitantes**. As outras três regiões estão próximas à média nacional de **3,55**.

Verifica-se que, tal como acontecia com os médicos, o **número de enfermeiros é superior nos hospitais (2,87 por 1000 habitantes) que nos centros de saúde (0,69 enfermeiros por 1000 habitantes)**.

AS RESPOSTAS DADAS PELA SEGURANÇA SOCIAL a nível de serviços e equipamentos, são compostas pelos **Centros de Actividades Ocupacionais (CAO), Lares Residenciais, Centros de Dia, Lares para Idosos, Unidades de Apoio Integrado (UAI), Fóruns Sócio-Ocupacionais, Unidades de Vida Apoiada (UVAP) e Unidades de Vida Autónoma (UVAU)**

Todos os recursos apresentam um crescimento na sua capacidade entre 2000 e 2004 e estão presentes em todas as regiões

O **CENTRO DE DIA** é uma “resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar” (1.506 com capacidade para 59.469 pessoas). **As características e a capilaridade da sua distribuição territorial oferecem um grande potencial para ser utilizados por forma a oferecer mais modalidades de serviços no âmbito da saúde dentro da rede de cuidados continuados**

- **203 CAO com uma capacidade total de 9.911 lugares.** A região Centro é a que acumula mais CAO (71) e a região do Alentejo menos (15).
- Existem **123 lares residenciais**, com uma **capacidade total de 3.763 lugares** sendo novamente a região Centro a que tem maior número (41) e o Algarve o menor (5).
- Em relação a **lares para idosos**, há **um total de 987** em todo o continente **com uma capacidade 61.686 lugares**, sendo de novo a região Centro e o Algarve os que apresentam, respectivamente, o maior e menor número deste tipo de instituições (337 e 40, respectivamente).
- No que concerne aos **SAD**, **contabilizam-se 1.744 em todo o Continente**, a região Centro com 744 e a região do Algarve 52. A **capacidade total** destes serviços **em todo o país é de 68.092.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Com respeito aos centros de dia, a região que apresenta maior número é a região Centro (644) e a que apresenta menor número o Algarve (40). **No total existem em Portugal Continental 1.506 centros de dia, com uma capacidade total de 59.469 lugares.**
- **Dentro do âmbito da saúde, através do** Decreto-Lei nº 281/2003 do Ministério da Saúde, estão **previstas como respostas as Unidades de Recuperação Global** para a recuperação global do paciente em regime diurno. No Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas: 2 na ARS Centro e 2 na ARS Lisboa Vale do Tejo.
- Nas 4 respostas sociais que a seguir são comentadas, todas vocacionadas para a atenção social a pessoas com doença de foro mental ou psiquiátrico, tivemos oportunidade de verificar a escassez da oferta de serviços a nível territorial. Ao contrário das demais respostas aqui analisadas, verificamos que este tipo de serviços/ equipamentos não estão distribuídos por todo o território continental e que se privilegia a sua colocação nas áreas urbanas e/ou costeiras.
 - **A unidade de vida apoiada (UVAP)** é uma “resposta habitacional, destinada a pessoas que por limitação crónica e factores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as actividades da vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente”. (Despacho conjunto nr.407/98, de 15 de Maio).

Em 2004 registaram-se 10 utentes em unidades de vida apoiada, nomeadamente no distrito de Lisboa. Para 1999 há registo de 20 utentes em Lisboa e de 40 em Faro (figura nr. 2.5.6.13.), o que indica um decréscimo na taxa de ocupação.

- **A unidade de vida autónoma (UVAU)** é uma “estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica, com boa capacidade autonómica, permitindo a sua integração em programa de formação profissional ou de emprego normal ou protegido e sem resposta residencial satisfatória”. (Despacho conjunto nr.407/98, de 15 de Maio).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Em 2004 registaram-se 14 utentes em unidades de vida autónoma, 11 em Lisboa e um em Setúbal

- **A unidade de vida protegida (UPRO)** é uma “estrutura habitacional, destinada sobretudo ao treino de autonomia de pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e evolução crónica, clinicamente estável (nomeadamente psicoses)”. (Despacho conjunto nr.407/98, de 15 de Maio)

Os distritos onde entre 1999 e 2004 se registou a existência de utilização de unidades de vida protegida (figura 2.5.6.12.) foram: Porto, Coimbra, Lisboa e Setúbal. Apenas o de Lisboa registou utilização em 2004, com 5 utentes.

- O **Fórum sócio-ocupacional** é um tipo de “equipamento destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção socio-familiar e/ou profissional, visando a sua eventual integração em programas de formação ou emprego protegido” (Despacho Conjunto nr.407/98, de 15 de Maio).

O número máximo de utentes em fóruns sócio-ocupacionais nos anos aqui apresentados foi atingido em 2000, com 190 utentes (figura nr. 2.5.6.2.11.). Os distritos onde durante estes anos se regista a existência de utentes em fóruns sócio-ocupacionais são: Braga, Viseu, Coimbra, Santarém, Lisboa, Setúbal, Évora e Faro. Em 2004 apenas se registou alguma actividade nos distritos de Setúbal e Santarém, ambos com 10 utentes.

- Em relação aos RECURSOS ECONÓMICOS, apesar de que o gasto sanitário público tenha tido um crescimento importante (38%) nos últimos anos (período 1998-2002), quando se compara com os demais países da União Europeia, conclui-se que a situação pode ser melhorável.
- As tendências no envelhecimento e evolução nos perfis da população indicam sobre a necessidade de realizar um maior esforço financeiro no sector público por forma a atender as consequências dos problemas de saúde, os quais estão relacionados com o envelhecimento e as patologias causadoras de dependência.
- Actualmente não existe uma única verba específica destinada ao FINANCIAMENTO dos serviços de cuidados continuados.
- O actual sistema de gestão e sistema de pago aos hospitais não prioriza a oportuna gestão das altas nos doentes que já não precisam de cuidados intensos de um hospital
- O sistema de financiamento das actuais respostas consideradas integradas (Apoio Domiciliário Integrado e Unidades de Apoio Integrado) é cofinanciado pelos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, factor de grande fortaleza para o futuro desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados com diversidade de linhas de serviços: de saúde, sociais e mistos.

- No OE 2005, a despesa consolidada do Ministério da Saúde é de 6869,5 milhões de euros. Esta cifra representa o 4,9% do PIB português e 13,4% da despesa da Administração Central.
- Actualmente **não existe uma verba específica destinada ao financiamento dos serviços de cuidados continuados**. As diferentes respostas dentro da rede de saúde são financiadas através dos orçamentos previstos para os centros de saúde de cada distrito (Serviços

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

continuados de cuidados domiciliários em Centros de Saúde e Unidades de Internamento) e dos centros hospitalares (Unidades de Dor, Cuidado Paliativos, protocolos dos hospitais com centros da rede social).

- O actual sistema de financiamento e modelo de gestão dos hospitais não promove e incentiva a boa gestão das altas de doentes. Apesar das indicações sobre a necessidade de ajuste da demora média, os resultados obtidos mostram um grande volume de internamentos com demoras médias não razoáveis, situação agravada pela alta percentagem de reinternamentos.
- O Programa de Saúde XXI dispõe de recursos para o investimento em equipamentos destinados a cuidados continuados. Actualmente estão aprovados 61 projectos, nem todos em execução. A priorização desta intervenção não seguiu até ao momento uma estratégia planeada dentro dum marco comum de desenvolvimento da rede de serviços de cuidados continuados.

O actual sistema de financiamento e atribuição das AJUDAS TÉCNICAS não prevê que os centros de internamento específicos de cuidados continuados incluam este tipo de prestações.

Não existe regulamentos sobre bancos de ajudas técnicas para cedência e/ou recuperação destes materiais centros de saúde, de reabilitação, centros de internamento ou lares.

- As Ajudas Técnicas são consideradas como os produtos, dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponíveis no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar as limitações na actividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência.

O sistema de distribuição de recursos desenvolvido é o **sistema de financiamento supletivo** que não inclui ajudas técnicas cuja colocação obrigue a intervenção cirúrgica. Mediante um Despacho Conjunto dos Ministérios de Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, são especificadas anualmente as verbas destinadas às Ajudas Técnicas.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

O sistema prevê três vias para a prestação de ajudas técnicas:

- Financiamento das prescrições realizadas pelos centros hospitalares desde as consultas externas.
 - Financiamento das prescrições realizadas pelos diferentes médicos nos Centros de Saúde e nos Centros Especializados (IPSS).
 - Ajudas técnicas indispensáveis à formação profissional e ao emprego, incluindo o acesso aos transportes.
-
- **As verbas Ministeriais são estabelecidas habitualmente a mediados do ano**, por tanto, a tramitação das candidaturas das solicitudes prescritas nos Centros de Saúde e IPSS pode retardar-se. O trâmite normal de **validação e autorização demora habitualmente dois meses**.
 - **O sistema não prevê responsabilização directa dos prescritores sobre o volume e qualidade das solicitudes no caso de Centros de saúde e IPSS**
 - Quando as candidaturas solicitadas sobrepõem a verba orçamentada os centros de SS procedem a priorizar as autorizações segundo a situação socio económica familiar.
 - **As ajudas que precisam os utentes de lares, centros de dias, etc., são prescritas pelos centros de saúde.**
 - São poucos os centros que tenham estabelecidos stocks de aparelhos para ser prestados e reutilizados e não existe normativa a esse respeito.
 - A lista e preços das ajudas são do ano 2001. A relação de próteses e órteses de colocação directa pelo hospital é do ano 1982
 - **Mais de 50% das ajudas destinam-se a fraldas e pensos**, segundo as informações aportadas.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- O actual sistema de prescrição e financiamento de **MEDICAMENTOS** não inclui os produtos utilizados em centros de Internamento e UAI de forma gratuita como nos hospitais. Estes são prescritos nas consultas dos Centros de Saúde e cofinanciados pelo cidadão.
- A despesa farmacêutica do SNS sofreu um importante aumento nos últimos anos: **26,84 %** no período 2000-2004. No ano 2004 a média per capita do país situou-se em **154,18 €**
- A despesa total do país em medicamentos com respeito ao PIB foi de **2,2 %** no ano 2002.

- Em Portugal existem dois mecanismos para a atribuição de medicamentos aos doentes

O primeiro mecanismo é o que fornece os **doentes internados num hospital**. Neste caso o fármaco é **prestado directamente pelo hospital e de forma gratuita ao doente**. A aquisição de fármacos é realizada directamente pelos hospitais em função dos resultados do concurso Nacional que estabelece a listagem de laboratórios e preços de referência

A Prescrição de medicamentos via consulta médica é baseado num **sistema de comparticipação** entre o Estado e os cidadãos no preço do medicamento. Neste caso os produtos são prescritos ao doente pelo médico através de receita, dispensados pelo conjunto de farmácias do país e adquiridos pelo paciente mediante o pagamento duma percentagem do seu valor segundo o grupo a que o fármaco pertence. Segundo a regulação actual, os produtos farmacoterapêuticos estão classificados em 4 Escalões com diferentes percentagens de aportação.

- Segundo os dados facilitados pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, o consumo de medicamentos dentro do SNS segundo o sistema de comparticipação

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

aumentou no período de 2000-2004, em 26,84%, situando-se o importe total em 1.420.538.418 € no ano 2004. Este incremento traduz-se na facturação per capita num aumento bruto de 24,28 Euros para o total do continente situando-se no ano 2004 em 154,18 € para a média do continente.

- Actualmente o sistema não inclui de forma gratuita para o doente os medicamentos consumidos em regime de internamento nos centros que não sejam hospitalares. Por tanto os doentes internados em Unidades de Internamentos e UAI tem que cobrir a medicação com as prescrições dos médicos de família dos centros de saúde e cofinanciar os produtos.

- Os **CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIÁRIOS** são prestados através dos Centros de Saúde.

As equipas de Cuidados Continuados existentes estão sob **GESTÃO DIRECTA** da direcção do Centro de Saúde correspondente e da Administração distrital e regional de Saúde correspondentes.

- **NÃO EXISTE DIFERENCIAÇÃO ORÇAMENTAL** dos recursos utilizados. O desenvolvimento das equipas foi realizado a partir dos esforços orçamentais das diferentes ARS e distritos sem partidas específicas para o desenvolvimento dos novos serviços.
- Existem diferentes modalidades de **ACORDOS E PROTOCOLOS LOCAIS** entre a Administração da Saúde e a Administração da Segurança Social os quais são complementados a nível local com parcerias com as Câmaras Municipais e/ ou entidades locais do sector social.

Não existem modelos de protocolos. Em cada zona são aplicados diferentes tipos de instrumentos.

- Estas **PARCERIAS** complementam e reforçam a capacidade da rede do Ministério da Saúde e são um exemplo da potencialidade existente a nível local de estabelecimento de uma verdadeira cooperação intersectorial.
- Actualmente os **INSTRUMENTOS DE GESTÃO, CONTROLO E REGISTO UTILIZADOS NÃO SÃO HOMOGÉNEOS ENTRE OS DIFERENTES DISTRITOS**. Os registos são basicamente manuais e baseados no registo de dados de actividade.

Ainda que existe uma **GRANDE ARTICULAÇÃO** entre os agentes locais de saúde e sociais as relações na maioria dos casos não estão sistematizadas; são desenvolvidas através de reuniões periódicas

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Os **Cuidados Continuados desde as equipas dos Centros de Saúde** prestam serviços basicamente de cuidados domiciliários, estão localizados nos centros de saúde e são prestados directamente com os recursos de cada centro, sem diferenciação do resto de serviços do centro, e sob gestão directa da Administração distrital e regional de Saúde correspondente.

Realizam-se **acordos entre os Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social**, concretando-se a nível local (ARS e distrito) para cada centro. Desenvolvem-se essencialmente no âmbito da atenção domiciliária através do **Apoio Domiciliário Integrado (ADI)**, em que a SS financia e paga prestações e ajudantes domiciliários para apoio à vida das pessoas cobertas como utentes dos Cuidados Continuados das Equipas dos Centros de Saúde ou das altas das UAI.

- A maior parte dos **recursos humanos das equipas não são exclusivos das equipas**, estão formados pelo pessoal do Centro de saúde, basicamente pessoal de enfermagem, o qual dedica uma parte do seu horário a este tipo de serviço. Só 14 centros declararam, no Inquérito realizado este ano pelo Ministério da Saúde, que dispõem de pessoal médico e de enfermagem específico para as equipas de Cuidados Continuados.
- Realizam-se também **acordos e protocolos de cooperação locais** para o apoio à cobertura de serviços dos Centros de Saúde entre as **Câmaras Municipais ou entidades do sector social**. Estes acordos e parcerias vêm sendo celebrados há já alguns anos e entre eles podem-se citar o transporte de doentes, utilização de locais, aportação de pessoal – condutores, assistentes sociais, etc.) os quais **complementam e reforçam a capacidade da rede do Ministério da Saúde e são um exemplo da potencialidade existente a nível local de estabelecimento de uma verdadeira cooperação intersectorial**.
- Todas as equipas utilizam **registos clínicos e de Actividade**. Não existe um mecanismo sistemático de recompilação de dados diferenciado, o que limita a actual obtenção de informação sobre a utilização e resultados do conjunto de equipas.
- As equipas que têm protocolo com Segurança Social, existe uma Comissão mista de avaliação e selecção de casos. São priorizados os casos segundo aplicação dos critérios indicados no Despacho conjunto nº 407/98 segundo a escala de autonomia, tipos de dependência e necessidades de cuidados adaptada da OMS.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Os actuais serviços de **CUIDADOS CONTINUADOS EM REGIME DE INTERNAMENTO** prestam-se sem diferenciação de tipos de pacientes, grau de complexidade de necessidades a cobrir e diferenciação de tipo de serviço.
- Existem **DIFERENTES MODALIDADES DE UNIDADES** para a prestação destes serviços e sua prestação e sob **DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO**: Gestão directa da Administração de saúde no caso das Unidades de Internamento, Cessão de gestão (Aportação de recursos mistos/ gestão dos recursos contratada) e compra de serviços.
- **NÃO EXISTEM SISTEMAS DE REFERÊNCIA** de doentes homogêneos em base a mecanismos de gestão de altas padronizados e articulados entre os hospitais, as unidades de Internamento e centros de saúde que ordenem a referência e tipologias de pacientes.
- **NÃO EXISTEM REGISTOS CLÍNICOS PADRONIZADOS**, nem registos de actividades neste tipo de serviços. Não está estruturado nenhum **MECANISMO UNIFORME DE DECLARAÇÃO SISTEMÁTICA**

- Os **Cuidados Continuados em regime de internamento** actualmente são prestados desde duas tipologias de centros: as **Unidades de Internamento localizadas nos Centros de Saúde** e as **Unidades localizadas em centros da rede da Segurança Social** (lares)
 - **Unidades de Internamento dos Centros de Saúde** estão actualmente fisicamente integradas nos Centros de Saúde. A Administração das mesmas corresponde ao Director do centro e os recursos não estão diferenciados dos do centro de Saúde. A maior parte dos recursos humanos destas unidades está formado pelo pessoal do Centro de Saúde, sem diferenciação alguma na gestão dos recursos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

A maior parte dos **recursos humanos** é formado pelo pessoal do Centro de Saúde, que dedica uma parte do seu horário a este tipo de serviço. Cada médico é responsável dos doentes adscritos à sua carteira e o pessoal de enfermagem realiza turnos para cobrir o horário de 24 horas, em muitos casos vinculando este horário com a sua dedicação aos serviços do SAP do centro.

Não tem responsável específico, habitualmente a direcção é realizada pelo director do Centro de Saúde ou pelo responsável de enfermagem do centro.

- **Unidades de Apoio Integrado** como respostas integradas entre saúde e sector social, localizadas em lares da rede de Segurança Social de diferentes instituições Particulares de Solidariedade Social. Estas são habitualmente definidas em cada caso entre o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social, a Administração Regional correspondente e a entidade implicada. Estes acordos estabelecem-se no âmbito do Despacho Conjunto nº 407/98.

Os protocolos dos diferentes distritos e regiões são diferentes no que se refere ao financiamento, assim na revisão de algum deles observamos que existem diferentes tarifas e modalidades de pagamento aplicadas para a prestação de serviços similares. Nestes casos a SS é a entidade financiadora dos serviços de internamento.

Nalguns casos a Administração Regional de Saúde aporta parte da dotação de pessoal

- **Unidades de Internamento com Acordos entre a Administração da Saúde e o Ministério da Saúde com entidades do sector social** . Este seria o caso dos acordos com Santas Casas de Misericórdias, os quais incluem ainda a contratação de outros tipos de serviços (Unidades de recuperação global e Unidades móveis de atenção domiciliária)
- **Os Protocolos entre hospitais e centros e entidades do sector social contemplam a contração de vagas de internamento, também localizadas em centros da rede de Segurança Social, directamente pelos hospitais**
Neste caso não dispomos de informação global da sua magnitude. Cada

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

hospital realiza o seu acordo e o financiamento provém directamente do hospital em função do seu orçamento sem conhecimento da ARS.

O processo de descentralização da gestão aos hospitais tem como efeito a **pouca incidência da Administración regional no âmbito hospitalar**, o que dificulta e debilita o seu papel de gestor global dum território.

As referências são geridas nestos casos desde os hospitais, os centros de internamento são centros receptores de doentes.

- Cada centro dispõe de registos clínicos e de actividade diferentes. **Não está estruturada a declaração periódica de actividade ou resultados.** Na maioria de centros visitados os registos são manuais. Não se pode ter neste momento informação sistemática e agregada destes tipos de respostas.

- A actual situação mostra uma grande fortaleza na prestação de serviços através de PARCERIAS entre a Administração do sector saúde e do sector social, as Instituições Particulares de Solidariedade Social e as instituições locais (Câmaras Municipais)
- Os acordos são desenvolvidos com base em Acordos de cooperação e Acordos de gestão formalizados em DIFERENTES TIPOLOGIAS DE PROTOCOLOS.
- Os PROTOCOLOS ACTUAIS NÃO INCLUEM OBJECTIVOS E METAS concretas de eficiência nem de qualidade dos serviços, não estabelecem parâmetros ou indicadores de acompanhamento e avaliação e NÃO REGULAM UM FINANCIAMENTO HOMOGÉNEO para serviços similares. Em suma, podemos dizer que são instrumentos jurídico-administrativos facilitadores mais que instrumentos realmente de relação e gestão da prestação de cuidados.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- Os actuais sistemas de **ARTICULAÇÃO** dentro do sector saúde são débeis e maioritariamente vinculados à vontade e dedicação dos profissionais.

Neste momento não existem critérios gerais e homogenizados que se apliquem nos diferentes territórios e centros para a referência de doentes entre diferentes centros e unidades

Neste momento nos hospitais não se estão aplicando sistemas ou mecanismos padronizados, consensuados e coordenados com o resto de recursos da zona para a referência de casos e gestão de altas.

- No âmbito local cabe destacar a proximidade das equipas de cuidados continuados com os técnicos distritais de segurança social e com os parceiros
- Os actuais **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO** estão parcelados e não existem mecanismos específicos para a recompilação e tratamento das Actividades próprias dos cuidados continuados. Esta situação impossibilita a obtenção de dados e indicadores comparáveis entre centros e unidades.

- A relação e **coordenação entre os diferentes centros de um território são desenvolvidas segundo os perfis dos profissionais existentes** e não sob critérios previamente consensuados e homologados para a utilização dos diferentes tipos de respostas actuais.
- **Em nenhum dos casos existem sistemas de derivação ou gestão de altas que ordenem as tipologias de pacientes.** Os fluxos de entrada são dirigidos pelos hospitais, à excepção das UAI onde existem comités de avaliação interinstitucionais (Saúde – SS).
- Não se identificaram programas de preparação de altas dentro dos hospitais que se orientem à **preparação da alta e gestão e coordenação com os recursos da zona.** A actual cultura hospitalocentrista e os actuais modelos de organização hospitalar (parcelados

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

nos diferentes serviços sem unidades de admissão nem arquivos únicos de histórias clínicas, por exemplo) não facilitam a gestão de casos de forma articulada.

- O projecto de desenvolvimento de **Unidades Locais de Saúde** pode facilitar e fortalecer o processo de articulação de serviços dentro de um território e recuperar o papel director da Administração de saúde na zona.
- No âmbito local cabe destacar que a proximidade das equipas de cuidados continuados com os técnicos distritais de segurança social e com os parceiros é um elemento que favorece, na maioria das visitas efectuadas, uma boa e consistente coordenação.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

3.3 VISÃO COMPARTILHADA

Neste último capítulo apresentamos os pontos fortes e os pontos críticos identificados pelos diferentes agentes entrevistados e grupo de peritos consultados no relativo à actual situação dos cuidados continuados

PONTOS FORTES

- **Articulação e intervenção INTEGRADA dos sectores da saúde e acção social a partir da experiência do Programa de Apoio Integrado a Idosos - PAII**, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho 1998,) a qual aporta:- Melhor conhecimento dos recursos locais / melhor gestão de recursos humanos e materiais.

- Consolidação do funcionamento em parceria.
- **Vontade política** expressada no programa de Governo e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência.
- **Tomada de consciência da sociedade** sobre a necessidade de dispôr de recursos.
- **Experiências que criaram microuniversos de profissionais capacitados e muito comprometidos.**
- **O cuidado às pessoas idosas configura um grande potencial mercado de trabalho.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

PONTOS CRÍTICOS

- O desenvolvimento do Decreto-Lei nº281/2003, de 8 de Novembro que define a criação da **rede de cuidados continuados em saúde**, apenas centrou a sua implementação em respostas de tipo internamento, através da contratação de novas unidades mas sem planeamento territorial.
- Há insuficiência na organização actual das actividades dos centros de saúde, em especial na dedicação médica domiciliária no atendimento a doentes crónicos.
- Fragilidade na actual definição de fluxos e entradas de doentes e relação entre centros.
- O decreto lei não foi regulamentado e, como tal, não houve enquadramento da sua aplicação prática.
- Articulação de actores e instituições chave pouco efectiva e responsabilidades fragmentadas: ARS, Saúde XXI, DG Saúde.
- Insuficiência de recursos humanos técnicos:
 - Capacidade de gerar novos profissionais sobretudo enfermagem;
 - Dificuldade de recrutamento de Ajudantes Familiares com formação o que decorre principalmente da inexistência de uma carreira profissional;
 - Insuficiência de serviços e técnicos de fisioterapia e terapia ocupacional, fundamentais à qualificação e eficácia destas respostas.
- Projectos em curso de Saúde XXI (remodelações e adaptações) sem planeamento territorial.
- Capacidade financeira.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

PONTOS CRÍTICOS (continuação)

- Dificuldade de alargamento do funcionamento (Saúde e Acção Social) aos 7 dias por semana e às 24 horas do dia.
- Insuficiência de viaturas e de ajudas técnicas. Falta de quaisquer respostas sociais para as áreas de saúde mental e das pessoas em situação de dependência em mais de metade dos concelhos do país.
- **Falta de normativas específicas e directrizes operacionais.** Contratação de 339 camas em unidades de internamento e de duas unidades móveis, com um nível de concentração totalmente desligado de um levantamento de necessidades.
- **Sistema de financiamento dos internamentos para Cuidados Continuados.**
- **Modelos actuais de Protocolos.**
- **Falta de medidas para a promoção das altas hospitalares.**
- **Organização dos centros de saúde com relação à atenção domiciliária** (horários, política fiscal, capacitação de cuidadores e familiares, normativa).
- **Visão e prática de gestão em rede não estão em funcionamento. Carência de articulação.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

PRIORIDADES SENTIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM NOVO MODELO EM REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

- Garantir um **financiamento específico**. Definir e **concretizar os universos dos utentes dos Cuidados Continuados**: Perfis e cobertura possíveis.
- **Rever os aspectos de contratação de serviços.**
- **Modelo com flexibilização a nível periférico para adaptação territorial.**
- **Estimular o ensino universitário de enfermagem.**
- **Formação de pessoal** introduzindo novas categorias profissionais e necessidade de mudança nos *curriculum* escolares, sobretudo a nível de ensino pós-graduado de saúde, com enfoque nas doenças crónicas e não nas agudas. **Promover políticas fiscais de apoio às famílias cuidadoras** para prever descontos no IRS para prestadores de cuidados, como aliás vem referido no documento “100 Medidas para a Família”.
- **Reformulação das actuais verbas em modelos de financiamento sustentáveis.**
- **Considerar a Unidade de Saúde Familiar como centro da atenção domiciliária.**
- **Mudar a actual política de “altas” e de “ocupação de camas”.**
- **A necessidade de reconversão de/dos Centros de Dia** em Unidades de Dia, com componente saúde: consultas, actividades com terapeutas, prevenção e reabilitação; rentabilizando os espaços de proximidade.
- Necessidade de implementar uma **política de formação dirigida a “Ajudantes Familiares”**, em articulação (IPSS, IEFP, entre outros), com curriculum formativo adequado e respectiva emissão de certificados de aptidão profissional, seguindo o princípio análogo ao consagrado na Portaria 459/2005, de 3 de Maio, I.ª Série B, n.º 85; que se dirige às Ajudantes de Saúde. Necessidade de **rever o Estatuto Jurídico de Ajudante Familiar**, trabalhador independente, o que na actualidade é uma situação geradora de instabilidade.
- Importância de **rever o actual funcionamento e organização dos serviços** e alargar, progressivamente a prestação dos SAD, com funcionamento nos 365 dias do ano.
- Necessidade de **reconverter os programas financiadores** de projectos dirigidos a esta população alvo, após a definição do Modelo de Política e respectivas prioridades. Necessidade de articulação dos vários projectos financiadores como por exemplo o Programa “Saúde XXI”. **Introduzir incentivos à eficiência através de mecanismos intermédios e experiências piloto.** A necessidade que exista uma **base residencial muito forte, pese o Apoio Domiciliário.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

3.4 CONCLUSÕES FINAIS

Apesar de que os resultados aportados neste trabalho possam precisar de estudos mais profundos para documentar as bases de planeamento posterior do novo modelo, já aportam elementos, como indicamos nos capítulos anteriores, para orientar os pontos a superar ou reforçar na nova orientação do modelo da rede de cuidados continuados. Assim podemos concluir que:

Os dados obtidos no diagnóstico confirmam:

- ❖ **a tendência a um INCREMENTO DAS NECESSIDADES A COBRIR TENDO COMO BASE A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA esperada, onde se prevê um incremento relevante da população maior de 65 anos.**
- ❖ **a NECESSIDADE DE VISÃO TERRITORIAL NA PLANIFICAÇÃO DOS RECURSOS para dar resposta às diferentes realidades e necessidades de cada distrito e Região e para superar a actual HETEROGENEIDADE DA DISTRIBUIÇÃO das respostas actuais.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Observa-se uma GRANDE FRAGILIDADE NA ACTUAL COMPOSIÇÃO DAS RESPOSTAS específicas em cuidados continuados:

- ❖ **Ao nível da COBERTURA de cuidados domiciliários por parte dos centros de saúde;**
- ❖ **Na FORMULAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E DISPONIBILIDADE de recursos para cuidados continuados nos centros de saúde;**
- ❖ **Na MULTIPLICIDADE DE RESPOSTAS DE INTERNAMENTO específicas de cuidados continuados, as quais NÃO POSSUEM CLAREZA EM RELAÇÃO ÀS TIPOLOGIAS DE PACIENTES A ATENDER NEM SOBRE OS NÍVEIS DE CUIDADOS A PRESTAR;**
- ❖ **No IMPACTO DO ENVELHIMENTO NA ACTIVIDADE HOSPITALAR (importante volume de episódios com demoras altas e elevadas taxas de reinternamentos)**
- ❖ **Nos Mecanismos de avaliação dos resultados.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Deste modo, os dados observados indicam a **RELEVÂNCIA DE DEFINIR E DESENVOLVER A CURTO E MEDIO PRAZO UM MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS BASEADO NA DEFINIÇÃO DE DIFERENTES TIPOLOGIAS DE CUIDADOS PARA A COBERTURA DE TODAS AS POSSÍVEIS TIPOLOGIAS DE NECESSIDADES** que apoiem o desenvolvimento das políticas e estratégias já formuladas nos objectivos do Governo, no Plano de Saúde, e restantes formulações Ministeriais.

A definição do modelo tem que **COMPLETAR O CAMINHO INICIADO PELA COMISSÃO Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência** de estabelecimento de um novo marco conceptual e operativo para a rede de Cuidados Continuados.

Necessidade de dar **RESPOSTAS MISTAS** (de financiamento e oferta de serviços) de **SAÚDE E SOCIAIS** para grupos de doentes com necessidade de apoio nestas áreas.

NECESSIDADE DE REORIENTAR A ACTUAL ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DOS DIFERENTES NIVEÍS DESTINADA À ATENÇÃO DE DOENTES CRÓNICOS E PESSOAS DEPENDENTES QUE PRECISAM DE CUIDADOS CONTINUADOS através de **NOVOS INSTRUMENTOS CLÍNICOS, DE GESTÃO E RELAÇÃO** que permitam melhorar a eficiência dos diferentes tipos de respostas (atenção básica e hospitalar) e garantam a sua articulação e sustentabilidade.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Superar a debilidade dos actuais INSTRUMENTOS DE RELAÇÃO entre instituições; os quais são de carácter bastante jurídico-administrativo mas NÃO PROPORCIONAM UMA BASE HOMOGÉNEA PARA O CONTROLO DE RESULTADOS DE RECURSOS/RESPOSTAS SIMILARES.

Os actuais instrumentos de relação e contratação NÃO OFERECEM UM SISTEMA DE FINANCIAMENTO HOMOGÉNEO E INCENTIVADOR.

NECESSIDADE DE IDENTIFICAR VERBAS ESPECÍFICAS destinadas ao desenvolvimento dos cuidados continuados para superar ou melhorar o actual CONTEXTO LIMITADO DE RECURSOS.

Superar a actual DEBILIDADE DE SISTEMAS DE REGISTO E INFORMAÇÃO, actualmente parcializados e não padronizados para que gerem uma informação útil na gestão e controlo dos resultados.

Necessidade de FORTALECER AS ESTRUTURAS TERRITORIAIS DA ADMINITRAÇÃO DE SAÚDE (ARS e futuras Unidades Locais de Saúde) para permitir a direcção do modelo, controle de resultados de forma integral para cada zona e assegurar a oportuna articulação dos recursos e a complementariedade dos níveis.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

FRAGILIDADE NA DOTAÇÃO ACTUAL DE RECURSOS HUMANOS e limitações no volume e formação de profissionais especializados em cuidados continuados.

IMPORTÂNCIA DAS EXPERIÊNCIAS JÁ DESENVOLVIDAS até ao momento que tenham facilitado a CONFIGURAÇÃO DE GRUPOS DE PROFISSIONAIS peritos e comprometidos que poderão configurar os núcleos motores do início do projecto de desenvolvimento da rede de cuidados continuados.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Desta forma, podemos concluir que o actual contexto e situação de desenvolvimento das respostas para a prestação de Cuidados continuados orienta a **FORMULAÇÃO DE UM NOVO MODELO BASEADO NA EXPERIÊNCIA** já adquirida, o qual deverá superar, contudo, certos desafios:

- ❖ **NECESSIDADES CRESCENTES** devido ao envelhecimento populacional;
- ❖ **MUDANÇAS na ESTRUTURA FAMILIAR** com o previsível aumento de situações de dependência e fragilidade com alta necessidade de apoio social
- ❖ **NECESSIDADES DE MUDANÇA NA FORMA DE PROPORCIONAR CUIDADOS E NO VOLUME DA OFERTA DE SERVIÇOS** para dar resposta às mudanças e evolução do perfil epidemiológico e do contexto social do país.

E desenvolver-se tendo em conta o marco de condicionantes actuais: **CONTEXTO DE LIMITAÇÃO DE RECURSOS:**

- ❖ **Volume e formação de RH capacitados em Cuidados Continuados**
- ❖ **Redes de Atenção Básica e Hospitais com modelos e cultura de administração clássicos**
- ❖ **Pouca margem para acrescentar fontes de financiamento no sistema para ampliar o universo de provedores e de recursos económicos**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Estes aspectos deverão orientar a formulação de propostas que tenham em conta:

- ➡ **A participação de diversos actores e sectores – visão intersectorial – (sector saúde, sector social, prestadores de serviços, sociedade civil)**
- ➡ **O desenvolvimento de medidas e de intervenções entre os diferentes níveis e sectores que proporcionem respostas com resultados sinérgicos**

A formulação de propostas que modifiquem os actuais paradigmas clínicos, organizativos e de gestão dos dispositivos para atingir quotas de maior eficiência na utilização dos recursos.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

4. PROPOSTAS

Neste capítulo apresentamos as propostas que darão apoio à formulação dum novo modelo em rede de Cuidados Continuados em Portugal bem como dos elementos chave para o seu desenvolvimento.

Serão apresentados dois capítulos, um dedicado à formulação das propostas para definição das **Bases do novo modelo de Cuidados Continuados** e outro para definição das **Estratégias para o desenvolvimento do novo modelo da rede, articulado e sustentável**.

As propostas que apresentamos têm como objectivo contribuir para a superação das actuais limitações tendo sempre como critério utilizar e aproveitar a experiência actual e os seus pontos fortes. Para além disso, os elementos das propostas aqui apresentadas deverão complementar as definições programáticas já existentes que vêm manifestar a existência de vontade política para a criação de estruturas para o desenvolvimento e implementação de uma rede de cuidados continuados em Portugal.

4.1 BASES PARA A DEFINIÇÃO DO NOVO MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS

Os contextos sócio-demográfico e epidemiológico actuais determinam novas necessidades de respostas específicas para cada tipologia de doente e etapa ou estágio da sua doença para assim possibilitar uma vida o mais autónoma e com o melhor bem-estar possíveis e que estas sejam sustentáveis.

As respostas actualmente existentes, quer pela insuficiência do seu número, a sua indiferenciação e frágil articulação nem sempre respondem, de forma eficaz, às necessidades das pessoas que se encontram em situação de perda de funcionalidade ou em níveis de dependência que as fazem necessitar de apoio.

A visão geral já expressa nas Resoluções e documentos estratégicos até hoje formulados orientam o desenho do novo modelo como desenvolvimento de serviços que permitam oferecer

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

respostas ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas idosas e com problemas de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais que aconteçam. O desenvolvimento pode ser realizado através de um novo modelo estruturado como uma **rede de serviços articulados e coordenados** que preste cuidados às pessoas de forma complementar mediante diferentes linhas de cuidados.

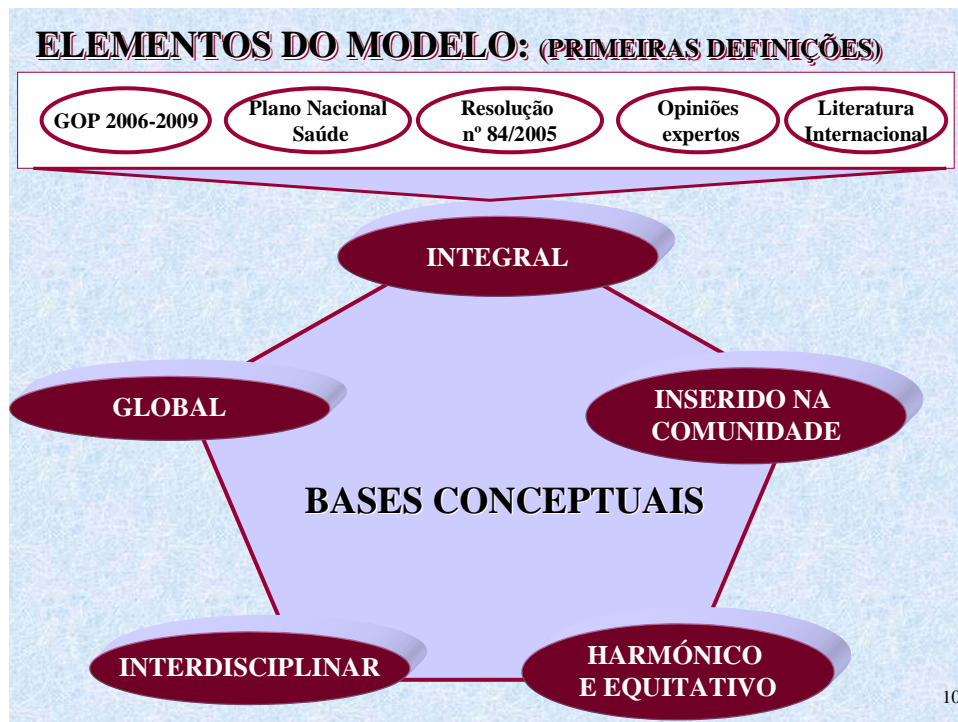
O novo modelo tem que situar-se como um novo nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os cuidados de internamento hospitalar de saúde e os de apoio social. Deverá contribuir para a melhoria do acesso do cidadão a cuidados técnica e humanamente adequados à pessoa com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, assentando numa **rede de respostas de cuidados integrados**, em interligação com as redes nacionais da saúde e de solidariedade e segurança social.

Neste sentido, tão importantes serão as necessárias dotações de novos recursos para sua estruturação como a **introdução de novas formas de trabalho e organização dos serviços e dos profissionais que permitam um funcionamento coordenado em cada zona para assegurar respostas adequadas às necessidades e às características específicas, tanto dos doentes como das condições locais, procurando-se realizar uma utilização adequada dos recursos e a optimização dos mesmos.**

A proposta para a criação da **Rede de Cuidados Continuados** centra-se na configuração e progressivo desenvolvimento de um conjunto de serviços que sejam capazes de dar resposta às diferentes circunstâncias e necessidades de cuidados que apresentem os diferentes grupos de população alvo e articulado com o resto de níveis e serviços de saúde e sociais já existentes.

A proposta que fazemos sustenta-se na necessidade de definir uma diversidade de tipologias de resposta e as diferentes tipologias de utilizadores.

Como consequência dos princípios fundamentais e direitos previstos para o desenvolvimento do novo modelo na Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, o modelo de cuidados continuados que propomos atenderá nas suas **BASES CONCEPTUAIS** aos seguintes aspectos:



- ❖ **Integral**, que dê resposta a todas as necessidades da pessoa doente (físicas, emocionais, sociais), promova a autonomia e a reinserção na comunidade e integre os objectivos do doente e da família na terapêutica.
- ❖ **Global**, que desenvolva medidas em cada um dos âmbitos de cuidados e estabeleça sistemas de optimização tanto nos recursos institucionais como não institucionais.
- ❖ **Inserido na comunidade** tendo em conta as características próprias do sistema assistencial e social português.
- ❖ **Interdisciplinar**, numa prática quotidiana baseada no respeito e na comunicação dos diferentes profissionais.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- ❖ **Harmónico e equitativo**, no desenvolvimento de recursos de cada âmbito e no território, adequando-se às necessidades definidas com critérios objectivos e graduais na sua expansão.

As **BASES FUNCIONAIS** propostas para o novo modelo são:

- ❖ **Articulado em rede para garantir a continuidade assistencial**, mediante o desenvolvimento adequado dos serviços através de diferentes linhas e modalidades de intervenção, com uma implicação maior dos serviços assistenciais convencionais de saúde e sociais e com uma boa coordenação de recursos.
- ❖ **Coordenado entre os diferentes sectores e recursos de cada zona** para aprofundar e fomentar a cobertura de apoio social que complete e complemente os cuidados domiciliários e ambulatoriais de saúde.
- ❖ **Orientado para a participação** com vista a fomentar o princípio de autonomia, com a co-participação do doente e sua família, no processo de tomada de decisões a partir das orientações técnicas claras, prudentes e respeitosas dos profissionais.
- ❖ **Dirigido ao fomento da participação e da co-responsabilização familiar** no processo de cuidados ao paciente.
- ❖ **Encaminhado para a promoção do apoio domiciliário para fomentar a permanência das pessoas no seu domicílio**, com a melhor qualidade de vida possível, oferecendo elementos de apoio ou adaptação que o facilitem, além dos cuidados compartilhados e coordenados entre diferentes níveis de cuidados e serviços.
- ❖ **Organizado através de modelos de gestão que favoreçam a optimização dos recursos disponíveis em cada zona** e permitam o desenvolvimento e formalização das parcerias oportunas.
- ❖ **Ajustado à participação de equipas interdisciplinares** para que permita que o modelo funcione com base em cuidados personalizados e humanos, garantindo uma abordagem integral dos problemas e uma actuação multidisciplinar de diferentes tipos de profissionais.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

- ❖ **Assente em intervenções baseadas no plano individual de cuidados e no trabalho por objectivos**, depois de uma avaliação integral que permita conhecer todas as necessidades físicas, emocionais e sociais da pessoa e da sua família. A equipa deverá ser capaz de definir um objectivo comum que deverá guiar as actuações de cada um dos profissionais que a integram.



A proposta do novo modelo tem por base a oferta de cuidados integral e multidisciplinar que garanta cuidados de qualidade e é dirigida:

Às pessoas dependentes, sem autonomia e sem capacidade de ser auto-suficientes a nível funcional e que, desta forma, necessitam de ajuda, vigilância ou cuidados especiais independentemente da sua idade ou condição social.

Por conseguinte, refere-se prioritariamente à **prestação de cuidados**:

- ➡ **Às pessoas com doenças crónicas evolutivas e com tendência a evoluir para situação de incapacidade,**
- ➡ **Às pessoas idosas,**
- ➡ **Às pessoas em situação terminal que precisam de cuidados paliativos,**
- ➡ **Aos doentes com demência.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Por tanto o universo proposto é:

PROPOSTA sobre o UNIVERSO DE COBERTURA Principais grupos de população para cobertura de Cuidados Continuados	
PESSOAS IDOSAS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com aumento dos indicadores fisiológicos de fragilidade, que condiciona uma maior necessidade de apoio e de uso de serviços de cuidados continuados.
PESSOAS COM DOENÇAS CRÓNICAS EVOLUTIVAS E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL GRAVE POR DOENÇA FÍSICA OU PSÍQUICA, PROGRESSIVA OU PERMANENTE.	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas que padecem dum processo crónico degenerativo e evolutivo, especialmente doenças neurodegenerativas. • Pessoas que padecem de sequelas graves de processos traumáticos ou de outras lesões cerebrais. <p>Todos têm como denominador comum uma incapacidade grave, com forte impacto psicossocial, tanto para o doente como para sua família e a necessidade de uma abordagem integral e multidisciplinar. Em muitos casos estas situações podem abranger pessoas jovens.</p>
PESSOAS QUE PADECEM DE UMA DOENÇA EM SITUAÇÃO TERMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • A incidência dos tumores pode aumentar nos próximos anos por causa do envelhecimento da população e o incremento progressivo da esperança de vida.
PESSOAS QUE PADECEM DE UM SÍNDROME DE DEMÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Estes doentes são um dos principais objectivos dos serviços de cuidados continuados por possuírem uma doença crónica, evolutiva e com tendência a provocar a dependência física e psíquica do doente e um forte impacto sobre a família. <p>A coordenação neste caso é imprescindível, motivo pelo qual é necessária a participação de todos os níveis assistenciais.</p>
PESSOAS COM SITUAÇÕES TRANSITÓRIAS DE DEPENDÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com um processo recuperável com deterioração e descompensação em pessoas idosas frágeis, pessoas com dependência leve, ou demência como consequência de uma crise de saúde (doença, traumatismo, acidente) ou de suporte social (doença, incapacidade ou ausência de cuidador).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Sem querer excluir qualquer circunstância ou pessoa que necessite cuidados específicos no âmbito dos cuidados continuados, é de esperar que as principais patologias a dar cobertura estejam relacionadas com:

- As **principais causas de morte nos idosos**
- Os **processos crónicos degenerativos e evolutivos, especialmente doenças neurodegenerativas**, e também pessoas que sofrem de **sequelas graves de processos traumáticos ou de outras lesões cerebrais**.

• Doenças isquémicas do coração
• Doenças cerebrovasculares
• Doenças crónicas ou processos crónicos e progressivos
• Traumatismos cranioencefálicos
• Lesões medulares
• Patologia psiquiátrica crónica
• Doença de Alzheimer e outras demências orgânicas
• Doenças em situação terminal

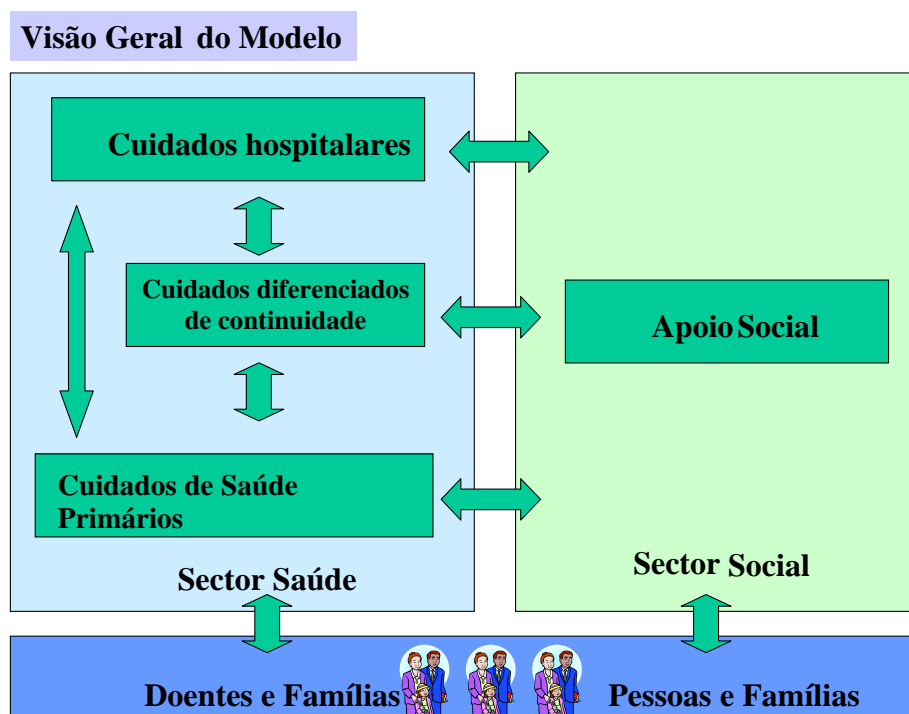
As características comuns das pessoas com dependência que vão precisar de Cuidados Continuados são:

- **Dependência permanente moderada ou severa, com presença de várias incapacidades.**
- **Associação frequente a uma doença ou a multi-patologias.**
- **Evolução progressiva e oscilante, com necessidades críticas de cuidados de saúde ou sociais.**
- **Impacto emocional e social na pessoa e seu meio.**
- **Tendência a uma elevada necessidade e procura do conjunto dos recursos da saúde e sociais.**

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

É neste sentido que se propõe uma **Rede de Cuidados Continuados integrada e articulada no conjunto do sistema de saúde público e coordenada de forma intersectorial e principalmente com o sector social**

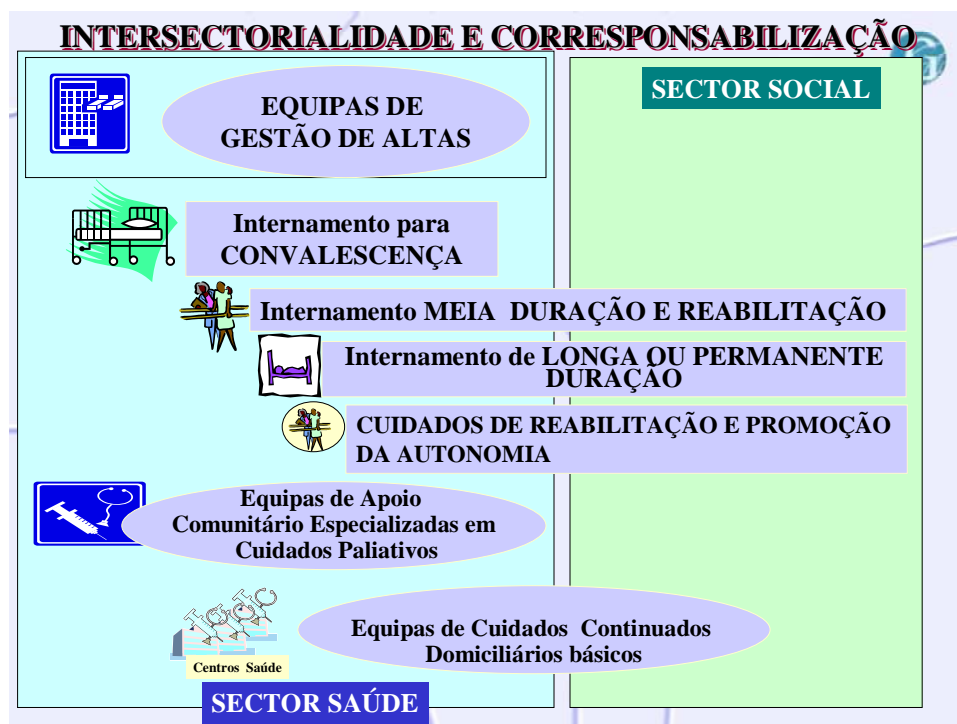


As tipologias de serviços específicos de cuidados continuados de saúde propostos para a configuração da rede são:

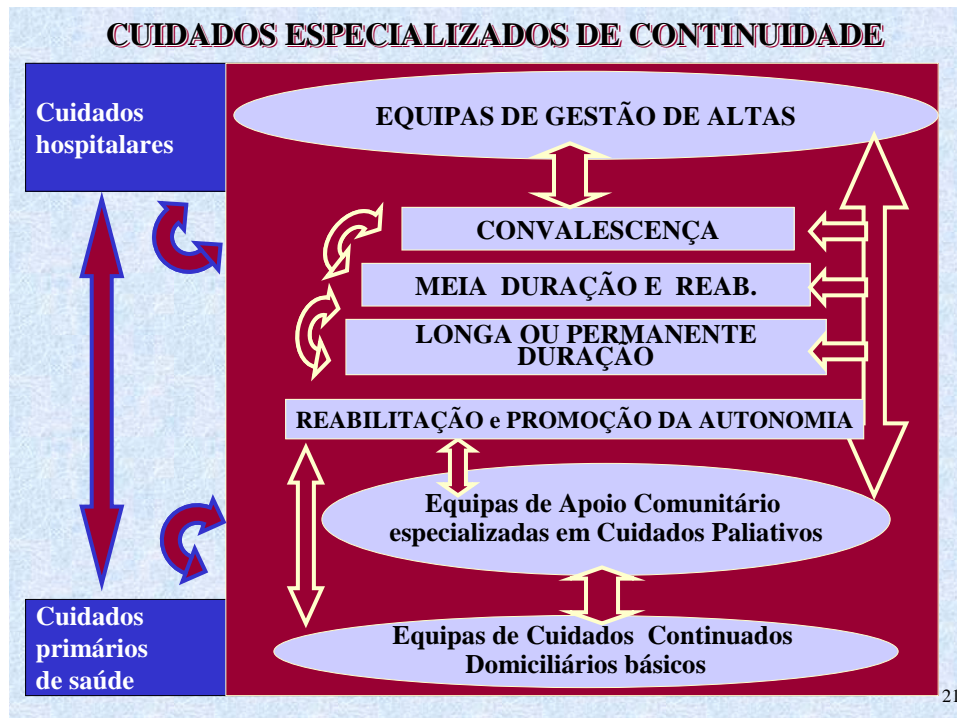
Proposta de Tipologias de Linhas Específicas em Cuidados Continuados	
CUIDADOS DIFERENCIADOS DE INTERNAMENTO PARA CUIDADOS CONTINUADOS	Tipo 1.- Linhas de Internamento para convalescença de processos pós agudos
	Tipo 2.- Linhas de Internamento de Meia Duração e Reabilitação
	Tipo 3.- Linhas de Internamento de Longa ou Permanente Duração
LINHAS HOSPITALARES DE APOIO, COORDENAÇÃO E CONSULTORIA ESPECIALIZADA EM CUIDADOS CONTINUADOS	Linhas de coordenação e articulação das Altas (Equipas de Gestão de Altas)
	Linhas de suporte intrahospitalar em Cuidados Paliativos
CUIDADOS AMBULATORIAIS PARA CUIDADOS CONTINUADOS	Linhas de reabilitação e promoção de autonomia
LINHAS DE CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIÁRIOS	Linhas de apoio comunitário especializados em Cuidados Paliativos
	Linhas de Cuidados Continuados Domiciliários básicos

No anexo 4 apresentamos a proposta de tipologias de serviços específicos de cuidados continuados.

Rede com INTERSECTORALIDADE E CORRESPONSABILIZAÇÃO



Rede INSERIDA E ARTICULADA NO CONJUNTO DO SISTEMA DE SAÚDE



RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

4.2 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO NOVO MODELO

4.2.1 Elementos chave

A orientação do desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados em Portugal deverá ter em conta o actual marco de condicionantes. Assim, são considerados como elementos chave para apoio ao êxito do processo de implementação e desenvolvimento os seguintes aspectos:

- ➔ **MAIOR EFICIÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS**
- ➔ **MODELO COM FLEXIBILIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO TERRITORIAL**
- ➔ **GRADUALIDADE**
- ➔ **CONTROLO E SISTEMATIZAÇÃO DE NOVAS INTERVENÇÕES**
- ➔ **IMPLICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATRÁVES DA CRIAÇÃO DE NÚCLEOS DE PERITOS E PESSOAL CAPACITADO QUE SIRVA DE NÚCLEO MOTOR E DISSEMINADOR**

- ➔ *Maior eficiência na utilização dos recursos.*

Supõe rever a actual distribuição de responsabilidades e o papel dos diferentes níveis de atenção para introduzir intervenções com melhores resultados.

Assim, o desenvolvimento de novas linhas de cuidados da rede de cuidados continuados deve conduzir a modificações na composição da actual actividade dos hospitais, gerando a supressão de internamentos com demoras médias adequadas a cada tipo de episódio.

O fortalecimento da rede de Centros de Saúde deve incorporar novas formas de organização que permitam que este nível seja o ponto chave dos cuidados domiciliários.

A evolução dos actuais instrumentos de relação e articulação deve apoiar o desenvolvimento de novas formas de trabalho e metodologias que sejam capazes de definir metas e resultados para cada um dos centros e unidades.

➡ *Modelo com flexibilização para adaptação territorial*

O planeamento do novo modelo deverá ter em conta as diferenças territoriais que já hoje existem ao longo das diferentes regiões do país com relação ao perfil social e volume e características da população. As soluções devem ser elaboradas para cada um dos territórios ainda que sob um enquadramento geral que garanta a equidade de oferta e acesso.

O conceito de flexibilidade tem que **dar apoio à elaboração de diferentes modelos de gestão** segundo as possíveis respostas e parceiros em cada território. No entanto, deve-se procurar um **tratamento homogéneo em relação a critérios de qualidade, financiamento e pagamento dos serviços entre as diferentes modalidades de gestão que assegurem um tratamento equitativo a diferentes tipos de prestadores e que garanta uma provisão adequada dos serviços entre os diferentes territórios.**

➡ *Gradualidade*

Os grandes processos de mudança necessitam de um enfoque com **visão evolutiva** tanto do volume de novas respostas como da complexidade dos instrumentos de acompanhamento.

A introdução de uma **nova rede com novas tipologias de serviços envolve o conjunto do sistema**, implica mudanças estruturais e culturais, para além das modificações nas necessidades e distribuições financeiras. O desenvolvimento e ampliação dos âmbitos de trabalho e responsabilidade deve ser incorporado no sistema de forma não traumática.

A nossa recomendação para assegurar o sucesso é que o processo deve consolidar-se e aperfeiçoar-se através de **experiências testadas e controladas** antes de expandir-se à totalidade do território e garantir assim a sua sustentabilidade.

Assim, **a velocidade de avanço estará em função das capacidades desenvolvidas e do fortalecimento institucional alcançado em cada momento** o que dará condições para a flexibilidade e adaptação a um volume crescente de respostas e a uma maior implementação territorial.

Controlo e sistematização de novas intervenções

A partir da nossa experiência e conhecimento consideramos que o desenvolvimento estrutural da nova rede deve ser concomitante ao **fortalecimento dos instrumentos básicos e sistematização de processos**, com início gradual, que permita visualizar qual das orientações orgânicas e estruturais é a mais adequada para enfrentar a etapa de consolidação.

Iniciar o desenvolvimento a partir de uma selecção de **experiências controladas** favorece a introdução das mudanças de forma controlada e a possibilidade de extrair lições para a posterior expansão. Conceber cada experiência como um projecto estruturado (com objectivos, metas, resultados e responsáveis definidos) submetido a um seguimento que permita avaliar a aplicação dos modelos de serviços, novas unidades e instrumentos desenhados antes de proceder à sua extensão. Desta forma, os profissionais responsáveis da sua posterior implementação e extensão da experiência têm conhecimentos básicos no próprio terreno, o que dará apoio a um processo de extensão mais célere e à consolidação das intervenções levadas a cabo.

A introdução e **fortalecimento da actual função de contratação e dos instrumentos associados** deve aportar também um valor agregado à melhoria do funcionamento dos serviços. Portanto, não deve apenas ser superado o actual conceito de processo administrativo, mas transformar-se num autêntico exercício de gestão dos recursos.

O casamento do **uso da tecnologia com a capacitação profissional** na área dos sistemas de informação deve ser um requisito no processo de desenvolvimento do novo modelo. A informação da qualidade obtida a partir de dados fiáveis e homogêneos é um dos pilares

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

fundamentais para o sucesso. Finalmente, a transparência em relação à divulgação de resultados gera integração e cooperação dentro do próprio sector de saúde e consolida o papel de liderança no processo frente aos prestadores .

➡ ***Implicação dos profissionais através da criação de núcleo de peritos capacitados que sirvam de núcleo motor e disseminador***

Outro aspecto relevante **é a dotação de um núcleo de liderança** que possa ser reconhecido pelo resto do sector saúde e que actue como motor de mudança. Este requisito, como em todo processo de adaptação e mudança, tem muito mais transcendência nas primeiras etapas do processo onde deverão superar-se obstáculos e resistências e onde a projecção e difusão de um novo modelo devem ser claras ou únicas.

Cabe acrescentar que além do apoio político, **a credibilidade dos profissionais** que compõem os núcleos de peritos deve ser construída através de elementos altamente qualificados, com grande experiência e conhecimento dos diferentes serviços a contratar. Assim, o desenvolvimento de **intervenções de capacitação** será chave no processo de desenvolvimento e consolidação do novo modelo.

4.2.2 Propostas de estratégias chave

Como já anunciamos no final das conclusões, a formulação das estratégias, que desenvolvemos seguidamente, são as propostas para avançar na implementação do modelo da rede de cuidados continuados. Assim, este processo deverá apoiar-se:

- ➔ Na participação de diversos actores e sectores –visão intersectorial– (sector saúde, sector social, prestadores de serviços, sociedade civil)
- ➔ No desenvolvimento de medidas e de intervenções entre níveis e entre sectores que proporcionem respostas com resultados sinérgicos
- ➔ Na formulação de propostas que modifiquem os actuais paradigmas clínicos, organizativos e de gestão dos dispositivos para alcançar quotas de maior eficiência na utilização dos recursos analisados caso a caso
- ➔ O destino de um financiamento destinado a recursos específicos e diferenciados para a sustentabilidade e consolidação do processo de implementação



24

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

As estratégias propostas são:

1.- POTENCIAR AS INTERVENÇÕES E INICIATIVAS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

2.- OPTIMIZAR OS RECURSOS E INFRAESTRUTURAS ACTUAIS

3.- Fortalecer as ESTRUTURAS TERRITORIAIS do sector de Saúde (ARS) como chave da direcção da rede e controlo de articulação de respostas em colaboração com a SS.

4.- AS NOVAS INTERVENÇÕES no desenvolvimento da rede de CC vinculadas ATRAVÉS DA LÓGICA DE COMPRA DE SERVIÇOS

5.- Acompanhar, monitorizar e controlar o processo de desenvolvimento e os impactos através dum SISTEMA DE INFORMAÇÃO ADEQUADO, ÁGIL E OPORTUNO

6.- RACIONALIZAR RECURSOS E DESPESA HOSPITALAR ACTUAL

7.- CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

1.- POTENCIAR AS INTERVENÇÕES E INICIATIVAS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Os cuidados de saúde primários enquanto pilar central do sistema de saúde devem dar prioridade ao objectivo de promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida, de forma a aumentar a qualidade dos anos de vida das pessoas mais idosas. Neste sentido, este primeiro nível do sistema deverá ultrapassar o desenvolvimento de linhas de serviços específicos.

Deverá constituir-se como ponto-chave dos cuidados continuados e deverá articular-se com as restantes linhas de serviços a desenvolver.

Entendemos que a **linha específica deve abranger os cuidados domiciliários e desenvolver-se através de equipas funcionais multiprofissionais de cada um dos centros de saúde, responsáveis e organizados sob programas específicos** para desenvolver os cuidados continuados no domicílio dos pacientes que não possam dirigir-se ao centro. A atenção em consulta deve integrar-se nas actividades habituais dos profissionais médicos e de enfermagem.

Estas equipas devem **ter como referência equipas distritais especializadas** em cuidados paliativos e terminais que estejam capacitadas para assessorar **as equipas dos centros de saúde e dar apoio nos casos mais complexos.**

Realizar intervenções melhorando as actuais respostas proporcionará um **grande impacto em termos de cobertura populacional** e permitirá configurar **uma rede com grande capilaridade territorial** que resolva a **acessibilidade das zonas rurais.**

O investimento deste tipo de intervenção em termos de recursos humanos é **sustentável e efectiva**, não requer infraestruturas e deverá estar baseada nas competências e habilidades dos profissionais.

Neste âmbito de intervenção cabe destacar o papel que deverá ter o **sector social e as parcerias locais dos centros de saúde para complementar recursos e serviços**. Deveria desenvolver-se um processo gradual para articular a atenção de saúde domiciliária com apoio social de maneira a que os actuais ADI existam no total do território.

Actualmente com a revisão do alcance e características dos cuidados de saúde primários através do *Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários* **é o momento oportuno para proceder à revisão do papel do nível básico de atenção** em relação ao atendimento de doentes crónicos e pessoas dependentes que precisam de cuidados continuados e a **coordenação das esferas de trabalho da Comissão de cuidados continuados com a do Grupo para cuidados de saúde primários**.

Por outro lado, também seria necessário rever as possibilidades de integração das actuais respostas de apoio domiciliário da Segurança Social (ADI e SAD), para assim formular uma tipologia de serviços capaz de dar um apoio mais extenso aos cuidados continuados dos centros de saúde.

2.- OPTIMIZAR OS RECURSOS E INFRAESTRUTURAS ACTUAIS DAS RESPOSTAS DE INTERNAMENTO

Trata-se de proceder à **reordenação dos actuais centros de internamento e unidades de apoio integrado** para que possam diferenciar-se diferentes linhas de serviço para oferecer cuidados de diferentes níveis de complexidade.

Este processo deve ser definido para cada zona, de forma a que se possam fornecer respostas com os modelos de gestão mais oportunos em cada lugar.

Para tal, dever-se-ia proceder também a contratar os actuais protocolos que os diferentes hospitais têm com as instituições particulares de Solidariedade Social, para assim obter uma visão mais completa das necessidades de reordenação.

Este processo tem que implicar as administrações territoriais e o conjunto de entidades parceiras que possam ser prestadoras de serviços. Neste sentido, dever-se-ia rever e reconsiderar os conteúdos actuais do *Programa Saúde XXI*.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

No sentido de aumentar a maior articulação em rede e a complementaridade das respostas, dever-se-ia definir e planear a intervenção e coordenação das actuais respostas do programa nacional de cuidados paliativos, dentro da rede de cuidados continuados bem como rever a possibilidade de fazer evoluir “em alguns casos” as actuais unidades de dor para equipas de apoio intrahospitalar em cuidados continuados.

Implicará **formular desde cada ARS ou distrito uma proposta de reordenação** que permita reconverter os actuais recursos e transformá-los em parte da nova rede.

3.- FORTALECER AS ESTRUTURAS TERRITORIAIS DO SECTOR DA SAÚDE (ARS) COMO CHAVE DA DIRECÇÃO DA REDE, CONTROLO E ARTICULAÇÃO DE RESPOSTAS EM COLABORAÇÃO COM OS CENTROS TERRITORIAIS DAS SS

Em relação às estruturas territoriais, estas asseguram uma maior aproximação e conhecimento das necessidades e da realidade, aspectos que se tornam de grande valia para o desempenho das funções de planeamento, monitorização e avaliação dos resultados.

O desenvolvimento das **Unidades Locais de Saúde** com responsabilidade sobre todos os recursos do sistema deverá facilitar o desenvolvimento da nova rede.

4.- NOVAS INTERVENÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DA REDE DE CC VINCULADAS ATRAVÉS DA LÓGICA DE COMPRA DE SERVIÇOS

Entendemos que o desenvolvimento de novas respostas dentro da Rede se deve operacionalizar através da lógica de compra de serviços. Esta permite o estabelecimento de objectivos e metas pactuadas com os prestadores e oferece os instrumentos que permitem realizar um acompanhamento continuado da gestão dos acordos e a avaliação dos resultados.

Os instrumentos de relação actuais deverão transformar-se em verdadeiros instrumentos de gestão e controlo dos resultados. Assim deve-se introduzir novas modalidades de protocolos mais evoluídas e que contemplem mecanismos de financiamento e pagamentos incentivadores

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

5.- ACOMPANHAR, MONITORIZAR E CONTROLAR O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E OS IMPACTOS ATRAVÉS DUM SISTEMA DE INFORMAÇÃO ADEQUADO, ÁGIL E OPORTUNO

A introdução da lógica de compra também deverá facilitar o desenvolvimento de mecanismos e instrumentos de acompanhamento de cada uma das respostas mas também deverá procurar o estabelecimento dum sistema que seja capaz de integrar os parâmetros mais relevantes para o controlo de gestão e de resultados de cada tipologia de resposta e linha de cuidados.

Para isso devem-se consensuar e padronizar previamente os parâmetros e indicadores básicos a declarar e a obter e avaliar qual o tipo de plataforma tecnológica é a mais adequada.

6.- RACIONALIZAR RECURSOS E DESPESA HOSPITALAR ACTUAL

Ainda que sejam necessários estudos mais profundos, da análise realizada no diagnóstico com respeito à actual actividade e utilização de serviços de internamento hospitalar observa-se a **alta margem para o incremento da eficiência** na atenção de doentes com estadias de demoras médias inclusivamente superiores a 20 e 30 dias.

Proporcionar respostas alternativas ao internamento hospitalar para doentes que já não precisem cuidados agudos dos hospitais pode **libertar a médio e longo prazo recursos para serem utilizados na nova rede de Cuidados Continuados**.

Outra alternativa seria a **transformação de parte das actuais estruturas de internamento dos hospitais em unidades de internamento de pós-agudos ou Convalescença**. Esta opção supõe a introdução de um **processo de reordenação inovador e complexo**, o qual requer a introdução prévia no hospital de melhorias na gestão e o **recrutamento de novos recursos e de recursos específicos para a nova linha de serviços** a desenvolver.

Testar esta alternativa **requer gradualidade, controlo e sistematização** para assim obter o enquadramento adequado que permita avaliar as vantagens e implicações da opção.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Propomos a elaboração de um **Plano estratégico do Hospital** orientado à análise das necessidades de modernização e adequação requeridas para que os seus recursos e funcionamento sejam optimizados com a finalidade de introduzir novas linhas de cuidados continuados e se possam construir as bases para o controlo e monitorização da experiência.

7. CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS

A finalidade da criação do Programa radica na capacidade de centralizar e controlar de forma efectiva as primeiras fases de implementação do novo modelo.

- Permite de maneira ágil a **locação específica de recursos** para a nova rede e o controle dos mesmos.
- Promove uma plataforma para a **coordenação das diferentes instituições e actores**. O desenvolvimento da nova rede de cuidados continuados é um projecto de país que deve implicar múltiplos agentes: administrações, profissionais, do terceiro sector, famílias e sociedade.
- Facilita o desenvolvimento e **introdução homogénea de instrumentos** nos diferentes territórios.
- Pode **modular os ritmos de evolução** das diferentes linhas e instrumentos de apoio.

O programa deve-se desenvolver através da articulação e operação das estruturas territoriais.

Deve visar e liderar o processo de transformação das actuais estruturas de oferta de respostas.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

4.2.3 Propostas de linhas de avance

Desenvolver EXPERIÊNCIAS CONTROLADAS EM DIFERENTES REGIÕES com visão global do modelo, enfoque territorial e implicação das diferentes respostas actuais e agentes de cada zona (saúde e sociais)

Definir os mecanismos que permitam realizar a MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO das experiências.

Avançar na definição do novo modelo de rede de cuidados continuados de forma compartilhada entre os sectores de saúde e social dentro da perspectiva da Comissão *Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência*.

Prever um orçamento específico para abranger as necessidades da fase inicial (2006) de implementação do novo modelo.

Rever e reorientar os actuais instrumentos de relação e compra de serviços (acordos).

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Definir os mecanismos e instrumentos de apoio à monitorização e avaliação das respostas e acordos realizados.

Desenhar e desenvolver a estratégia e Plano de capacitação para a formação específica de recursos humanos em cuidados continuados

Definir e formular as bases e necessidades do Plano de sistemas de Informação para os cuidados continuados que permitam dar apoio à tomada de decisões e conhecer os resultados das novas respostas implantadas.

Padronizar instrumentos de apoio clínico e de articulação dos diferentes níveis e das referências de doentes entre unidades e serviços diferentes (guias clínicas, protocolos de gestão de altas, etc.)

Avançar, dentro da definição do modelo, na formulação de critérios de qualidade a preservar para cada uma das novas linhas de cuidados e tipologias de respostas desenvolvidas.

RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL. Setembro 2005

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Iniciar um processo de planeamento desde cada uma das ARS para poder formular o desenvolvimento gradual do conjunto de respostas necessárias da nova rede para optimização e reorientação dos recursos e equipamentos existentes.

Desenhar um Plano Estratégico para orientar o desenvolvimento gradual da nova rede de cuidados continuados.