



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Doença de Alzheimer – Internamento Hospitalar em Portugal

LII Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Telma Sofia Simões Pereira Constâncio

Julho 2023



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Doença de Alzheimer – Internamento Hospitalar em Portugal

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica do Professor Doutor José Luiz Telles

Julho 2023

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Luiz Telles pela sua orientação, disponibilidade e sábios conselhos dados no decorrer da elaboração deste trabalho.

Ao Professor Doutor Paulo Nogueira pela ajuda e esclarecimentos na utilização da base de dados.

À Dra. Isabel Andrade pela ajuda e orientação na revisão literária.

Aos meus colegas do LII CEAH pela partilha de experiências e conhecimento, em especial ao Carlos, ao Hugo, à Joana, à Mónica, à Natércia e ao Ricardo pelos momentos de trabalho e diversão que passamos juntos.

À minha família e amigos pelo apoio e pela paciência.

Resumo

Introdução: Portugal é um país envelhecido e um dos países com mais casos de demência. A doença de Alzheimer representa 60-80% dos casos de demência. O principal fator de risco é a idade, contudo existem doze fatores de risco modificáveis que podem prevenir até 40% das demências. Pretende-se conhecer as características dos utentes, com doença de Alzheimer, internados nos hospitais do SNS em Portugal, em 2017.

Metodologia: Foi utilizada a Base de Dados de Morbilidade Hospitalar da ACSS, referente ao ano de 2017. O estudo inclui os episódios de internamento com diagnóstico de doença de Alzheimer, dos utentes com idade igual ou superior a 18 anos. Foi feita uma análise descritiva dos episódios e foram identificados os fatores de risco presentes.

Resultados: A população em estudo foi de 8.437 episódios, 65,1% do sexo feminino, 99,5% com idade igual ou superior a 60 anos e uma média de idades de 82,6 anos. Os diagnósticos principais mais frequentes foram pneumonia e fratura do fêmur. A média dos dias de internamento foi de 11 dias. Os fatores de risco mais habituais foram hipertensão e diabetes. Faleceram 17,7% dos utentes, tinham em média 83,8 anos e os diagnósticos principais foram pneumonia e outras septicemias.

Conclusão: É necessário existir uma maior coordenação entre os cuidados de saúde primários, os hospitalares, os continuados e os paliativos, evitando internamentos desnecessários e complicações de saúde. Os cuidadores informais podem controlar a saúde desses doentes, evitando internamentos, e antecipando altas, com o apoio da hospitalização domiciliária.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer, internamento hospitalar, fatores de risco, Portugal

Abstract

Introduction: Portugal is an aging country and one of the countries with the highest incidence of dementia. Alzheimer's disease accounts for 60-80% of dementia cases. Age is the main risk factor, but there are twelve modifiable risk factors that can prevent up to 40% of the disease. The aim of this study is gaining insights into the characteristics of patients with Alzheimer's disease who were admitted to SNS hospitals in Portugal in 2017.

Methodology: We used the Hospital Morbidity Database of the ACSS for the year 2017. The study includes hospitalization episodes, of patients older than 18 years, with a diagnosis of Alzheimer's disease. Through a descriptive analysis we examined these episodes and identified the risk factors present.

Results: The study population was 8.437 episodes, 65,1% were female, 99,5% had more than 60 years and the mean age was 82,6 years. The most frequent principal diagnoses were pneumonia and femur fracture. The average number of days of hospitalization was 11 days. The most common risk factors were hypertension and diabetes. 17,7% of the patients died, with an average age of 83,8 years and the principal diagnoses were pneumonia and other sepsis.

Conclusion: There is a need for improved coordination between primary, hospital, long-term and palliative care, avoiding unnecessary hospitalizations and health complications. Informal caregivers can control the health of these patients, avoiding hospitalizations, and anticipating discharges, with the support of home hospitalization.

Keywords: Alzheimer's disease, hospitalization, risk factors, Portugal

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento	7
2.1. Saúde Mental.....	7
2.2. Perturbações Neurológicas	7
2.3. Demências e Doença de Alzheimer	8
2.4. Sistema de Saúde em Portugal	10
2.5. Políticas Públicas de Saúde	11
2.6. Internamento Hospitalar	15
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo Geral.....	17
3.2. Objetivos Específicos	17
4. Metodologia	19
4.1. Desenho do Estudo	19
4.2. População em Estudo.....	19
4.3. Instrumento de Recolha de Dados	20
4.4. Definição de Variáveis	20
4.5. Análise de Dados.....	22
4.6. Procedimentos Éticos	22
5. Resultados	23
5.1. Caracterização dos episódios de internamento hospitalar do ponto de vista demográfico.....	23
5.2. Análise dos episódios de internamento hospitalar	24
5.3. Identificação dos fatores de risco modificáveis da doença de Alzheimer presentes nos episódios de internamento hospitalar	28
5.4. Caracterização dos episódios de internamento hospital com mortalidade hospitalar	29
6. Discussão	33
6.1. Discussão metodológica.....	33
6.2. Discussão dos resultados.....	33
7. Conclusão	37
Referências Bibliográficas	39

Índice de Quadros:

Quadro 1: Códigos de Diagnóstico da Doença de Alzheimer	19
Quadro 2: Definição das Variáveis	20
Quadro 3: Códigos de Diagnósticos dos Fatores de Risco Modificáveis	22
Quadro 4: Distribuição dos episódios por Sexo	23
Quadro 5: Distribuição dos episódios por Faixa Etária	23
Quadro 6: Caracterização dos episódios segundo a Idade	23
Quadro 7: Distribuição dos episódios por Tipo de Admissão	24
Quadro 8: Caracterização dos episódios segundo os Dias de Internamento	24
Quadro 9: Distribuição dos episódios por Destino Após Alta	24
Quadro 10: Distribuição dos episódios com Zero Dias de Internamento por Destino Após Alta.....	25
Quadro 11: Distribuição dos episódios com Diagnóstico G30 pela Ordem dos Diagnósticos.....	25
Quadro 12: Distribuição dos episódios com Diagnóstico G30 de acordo com a sua Presença na Admissão	26
Quadro 13: Distribuição dos Diagnósticos Adicionais quando G30 é Diagnóstico Principal.....	27
Quadro 14: Distribuição do Diagnóstico Principal quando G30 é Diagnóstico Adicional.....	27
Quadro 15: Distribuição dos Fatores de Risco Modificáveis	28
Quadro 16: Distribuição dos Fatores de Risco Modificáveis como Diagnóstico Principal.....	28
Quadro 17: Distribuição dos óbitos por Sexo	29
Quadro 18: Distribuição dos óbitos por Faixa Etária	29
Quadro 19: Caracterização dos óbitos segundo a Idade	29
Quadro 20: Distribuição dos óbitos por Tipo de Admissão	30
Quadro 21: Caracterização dos óbitos segundo os Dias de Internamento	30
Quadro 22: Distribuição dos óbitos por Diagnóstico Principal	30

Quadro 23: Distribuição dos óbitos com Diagnóstico G30 pela Ordem dos Diagnósticos.....	31
---	----

Lista de Abreviaturas:

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BDMH – Base de Dados de Morbilidade Hospitalar

DALY – Disability-Adjusted Life Years

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ICD-10-CM – International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

YLD – Years Lived with Disability

YLL – Years of Life Lost

1. Introdução

O envelhecimento da população mundial é um desafio para os sistemas de saúde e para a saúde pública de tal modo relevante que, em 2020, a Assembleia Geral da Nações Unidas declarou 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, que visa reduzir as desigualdades em saúde e melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e da comunidade (WHO, 2020a). O aumento da esperança média de vida, a inovação tecnológica e a melhoria dos cuidados de saúde têm contribuído para que as pessoas vivam mais anos. Contudo esses anos vividos a mais nem sempre são isentos de doenças, o que leva ao aumento das necessidades em saúde e, conseqüentemente, ao aumento da prestação de cuidados. Os sistemas de saúde devem se adaptar para conseguirem dar resposta às necessidades das pessoas idosas, devendo também promover a saúde ao longo da vida e criar condições para um envelhecimento mais saudável.

Em 2020, a população mundial com idade igual ou superior a 60 anos era aproximadamente de mil milhões de pessoas, cerca de 13,5% da população mundial, e prevê-se que atinja os 2,1 mil milhões em 2050 (WHO, 2020a). Entre 2020 e 2050, o número de pessoas com 80 anos ou mais de idade deverá triplicar, atingindo os 426 milhões (WHO, 2022a).

Portugal é um país envelhecido, em 2019, era o quarto país da Europa com maior percentagem de idosos (INE, 2021a). Segundo o relatório “*Health at a Glance 2021*” da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a esperança média de vida em Portugal é de 81,8 anos (OECD, 2021). O sexo feminino regista um valor superior ao do sexo masculino, sendo de 83,7 anos e 78,1 anos respetivamente (Direção-Geral da Saúde, 2022). A população residente em Portugal, em 2021, com 65 anos ou mais, representa 23,4% da população total, e o índice de envelhecimento era de 182 idosos por cada 100 jovens, registando o valor mais elevado de sempre (INE, 2021b).

Com o envelhecimento da população tem aumentado a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, responsáveis por 41 milhões de mortes por ano, o que corresponde a 74% das mortes mundiais (WHO, 2022b). As doenças crónicas não transmissíveis são a principal causa de morte prematura evitável nos países da União Europeia (UE) e são responsáveis por 80% do peso da doença (Comissão Europeia, 2023a), o que levou a UE a criar a iniciativa “Mais Saudáveis Juntos – Iniciativa da União Europeia para as Doenças Não Transmissíveis”, que decorrerá entre 2022 e 2027, e pretende ajudar os

seus países a reduzir os custos com estas doenças, entre elas as doenças neurológicas, como a demência (European Union, 2022).

Esta iniciativa da UE está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas, onde foi definido o ODS 3 – Saúde de Qualidade, que visa “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Este objetivo pretende assegurar a melhoria da saúde para todos, promovendo a saúde mental e o bem-estar, e reduzindo até 2030, num terço as mortes prematuras por doenças crónicas não transmissíveis através de prevenção e tratamento (ODS 3.4.). Para atingir este objetivo é necessário que exista uma cobertura universal do sistema de saúde (ODS 3.8.) (Global Compact Network Portugal, 2023).

A demência é uma doença crónica não transmissível que tem vindo a aumentar, sendo que a cada 3 segundos alguém no mundo desenvolve demência (WHO, 2017a). Contudo, a *Alzheimer’s Disease International* estima que 75% das pessoas com demência não são diagnosticadas a nível mundial, acreditando-se que essa taxa possa atingir os 90% em alguns países de médio-baixo rendimento (Gauthier *et al.*, 2022).

Anualmente registam-se quase 10 milhões de novos casos de demência, sendo que em 2019, mais de 55 milhões de pessoas viviam com demência em todo o mundo. Com o número de idosos a aumentar mundialmente, prevê-se que o número de pessoas com demência atinja os 78 milhões em 2030 e os 139 milhões em 2050, apesar da sua incidência aumentar com a idade, não é uma parte inevitável do envelhecimento. A demência é uma das doenças neurológicas mais comuns, e foi a sétima principal causa de morte em 2019, com 1,6 milhões de mortes mundiais, das quais 65% foram mulheres. É também uma das principais causas de incapacidade e dependência entre as pessoas idosas a nível mundial, sendo que em 2019 foi a 25ª causa de *DALYs* mundial, com 28.352.000 *DALYs*. O estigma e a discriminação contra as pessoas com demência, pode impedi-las de aceder ao diagnóstico e aos cuidados de saúde necessários (WHO, 2021a).

A OCDE estimou que Portugal, em 2021, fosse o quarto país da OCDE com mais casos de demência diagnosticado, sendo que em 2019, a doença de Alzheimer e outras demências foram responsáveis por 9% das mortes registadas nos países da OCDE (OECD, 2021). Já nos países da UE representou 5% de todas as mortes (OECD, 2022). De acordo com o relatório da *Alzheimer Europe*, em 2018, em Portugal, existiam cerca de 200 mil pessoas com demência, o que corresponde a uma taxa de prevalência de

1,88%, prevendo-se que atinja os 3,82% em 2050, com consequências económicas e sociais para as famílias e os cuidadores informais (Alzheimer Europe, 2020).

A doença de Alzheimer é a forma mais comum e conhecida de demência, que representa 60-80% de todos os casos. Foi diagnosticada pela primeira vez em 1906, pelo Dr. *Alois Alzheimer*, é uma doença neurodegenerativa onde as células e nervos cerebrais são perturbados por proteínas anormais, o que origina perturbações nos transmissores que transferem as mensagens no cérebro, especificamente as que armazenam memórias. Embora ainda não exista cura, existem tratamentos que podem ajudar a gerir os sintomas e a retardar a progressão da doença (Gauthier *et al.*, 2022).

É uma doença normalmente associada ao envelhecimento, porém existem outros fatores de risco não modificáveis, como o sexo e a predisposição genética, que tem um papel importante no diagnóstico da doença. Além desses, existem fatores de risco modificáveis que consegue prevenir até 40% das demências, reduzindo os danos neuropatológicos e aumentando ou mantendo a reserva cognitiva de uma pessoa. Foram identificados doze fatores de risco modificáveis que devem ser evitados, como o consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, deficiência auditiva, lesões na cabeça, depressão, baixa educação, inatividade física, isolamento social e poluição atmosférica (European Union, 2022; Livingston *et al.*, 2020).

As pessoas estão a viver mais anos, mas com mais incapacidade e isso conduz ao aumento dos custos. Em Portugal, no ano de 2018, o custo total com a doença de Alzheimer, incluindo custos diretos médicos e não médicos, foi de 2 mil milhões de euros, o equivalente a 1% do PIB. Estima-se que tenham morrido 7.538 pessoas por doença de Alzheimer, com uma perda de 122.463 *DALYs* (76 709 *YLLs* + 45 754 *YLDs*). Tendo a doença de Alzheimer sido responsável por 7% dos *YLLs* perdidos nesse ano (Costa *et al.*, 2021). Em 2021, a doença de Alzheimer e outras demências foram a terceira causa de morte em Portugal (WHO, 2023a).

É importante desenvolver políticas públicas de saúde para reduzir e prevenir as doenças neurológicas. O adiamento do início da demência por cinco anos contribuiria em muito para mitigar o impacto da mesma na sociedade e nos sistemas de saúde, e tal é possível melhorando as condições sociais e reduzindo os fatores de risco modificáveis de uma forma equitativa em toda a sociedade (WHO, 2021a).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021/2030 define as doenças neurológicas, especialmente a doença de Alzheimer e outras demências, como um problema de saúde de elevada magnitude e considera urgente desenvolver estratégias

de intervenção para o desafio do envelhecimento da população. Nas doenças com mais DALYs, a doença de Alzheimer, entre 2009 e 2019, registou a maior variação (38,1%) ocupando a 10ª posição (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Em 2019, as demências e a doença de Alzheimer foram consideradas uma prioridade social e de saúde pública, e foi elaborado o Plano Nacional para as Demências, com vista a definir as medidas necessárias para apoiar esses doentes e as suas famílias (Resolução da Assembleia da República n.º 134/2019). Sendo que, em 2021, foram aprovados os cinco Planos Regionais da Saúde para as Demências, que constituem o Plano Nacional da Saúde para as Demências (Despacho n.º 12761/2021; Despacho n.º 1277/2022). Contudo ainda não foram implementados, mas o mesmo está previsto no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), que atribuiu 88 milhões de € para concluir a Reforma da Saúde Mental, onde se incluem as demências (Ministério do Planeamento, 2021).

As pessoas com doença de Alzheimer devem ser acompanhadas desde os primeiros sinais da doença e até ao fim da sua vida. É necessário um diagnóstico precoce, de modo a preservar as capacidades e promover o bem-estar dessas pessoas, sendo que para tal, é preciso que a intervenção seja atempada e adequada às suas necessidades. A estimulação cognitiva e a promoção das interações sociais devem ser implementadas desde os primeiros sinais da doença, com vista a reduzir o sofrimento das pessoas e a adiar a evolução da doença, sendo que o tratamento realizado desde essa altura também ajuda a reduzir os custos diretos e indiretos decorrentes da prestação de cuidados. O papel dos cuidadores é também essencial, seja na fase do diagnóstico, visto que conhecem as rotinas dos doentes, seja no acompanhamento dos doentes durante a evolução da doença. É necessário acabar com o estigma associado às doenças neurológicas, que leva ao isolamento social e ao adiamento do diagnóstico precoce (Pereira e Sousa, 2022).

A prestação de cuidados de saúde hospitalares tem um papel muito importante na melhoria da qualidade de vida desse doentes. A hospitalização pode ser uma experiência desafiante e estressante para as pessoas com doença de Alzheimer e para as suas famílias. As pessoas com demência estão mais vulneráveis, podendo sofrer de agitação, de delírios e até sofrer quedas, o que pode ter um impacto negativo no seu tratamento (Prince *et al.*, 2016).

O sistema de saúde deve garantir os melhores resultados em saúde possíveis, com vista a que a população viva mais anos com qualidade e tenha um envelhecimento saudável. Neste sentido, é necessário que o sistema de saúde se adapte aos desafios

futuros, prestando melhores cuidados de saúde, sendo acessível e eficaz, sem esquecer que deve ser sustentável. A doença de Alzheimer deve ser uma prioridade para a saúde pública em Portugal, devido à importância que tem na população idosa, seja devido aos valores que representa em termos de dimensão, de *DALYs* e de custos e ao facto que ser expectável que estes valores continuem a aumentar. O objetivo deste trabalho é caracterizar os utentes dos cuidados de saúde hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com doença de Alzheimer, para que os hospitais possam estar mais bem preparados para satisfazer as suas necessidades específicas.

Segundo o Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor-geral da Organização Mundial de Saúde: "A demência rouba a milhões de pessoas a sua memória, independência e dignidade, mas também nos rouba o resto das pessoas que conhecemos e amamos. O mundo está a falhar às pessoas com demência, e isso magoa-nos a todos" (WHO, 2021b).

2. Enquadramento

2.1. Saúde Mental

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença” (WHO, 1946). Já em 2001, definiu saúde mental com um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar as suas próprias capacidades, enfrentando as tensões normais da vida, consegue ser produtivo no trabalho, e é capaz de dar um contributo à sua comunidade (European Union, 2022).

Com o avançar da idade, as pessoas tendem a perder as suas capacidades físicas e mentais. Mais de 20% dos adultos com 60 anos ou mais sofrem de perturbações mentais ou neurológicas, sendo que 6,6% dos *DALYs*, também são devidos a perturbações mentais e neurológicas. As perturbações mais comuns são a demência e a depressão, que atingem respetivamente 5% e 7% da população mundial idosa (WHO, 2017b).

Dada a importância que a saúde mental tem na vida das pessoas, o Estado Português definiu na Lei de Bases da Saúde (Base 13), que deve “promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados.” Devido às necessidades específicas de cada pessoa, os cuidados de saúde mental devem ser individualizados e centrados nas pessoas, sendo que as pessoas que padecem de doenças mentais não devem ser discriminadas ou desrespeitadas (Lei n.º 95/2019).

2.2. Perturbações Neurológicas

As perturbações neurológicas são “condições caracterizadas como estando no sistema nervoso central ou periférico ou associadas a ele”, com mortalidade prematura e carga de doença substancial. As principais perturbações neurológicas não transmissíveis são a doença de Alzheimer e outras formas de demência, as doenças cerebrovasculares (incluindo AVC), a doença de Parkinson, a esclerose múltipla, a epilepsia, várias perturbações da cabeça (incluindo enxaquecas), e lesões cerebrais traumáticas. Estas perturbações são a principal causa do peso da doença em termos de anos de vida ajustados à incapacidade (*DALYs*) e foram a segunda principal causa de morte em 2016. As que causaram mais *DALYs* neurológicos, em 2016, foram o AVC (42%), a

enxaqueca (16%) e a doença de Alzheimer e outras demências (10%) (European Union, 2022).

Tendo em conta que, as perturbações neurológicas são mais frequentes nas faixas etárias mais velhas e, como ressaltado anteriormente, devido ao envelhecimento demográfico em escala mundial, é recomendado aos países que implementem ações específicas voltadas para as pessoas portadoras de demências em geral e, em particular, aos doentes de Alzheimer. Uma das questões centrais é combater o estigma associado às perturbações neurológicas, com vistas à deteção precoce e, no caso da doença de Alzheimer e outras demências, instituir modelos de cuidados integrados centrados na pessoa para melhor a gestão destas perturbações (European Union, 2022).

2.3. Demências e Doença de Alzheimer

De acordo com a OMS, a demência é “uma síndrome, geralmente de natureza crónica ou progressiva, que leva à deterioração da função cognitiva (ou seja, a capacidade de processar o pensamento) para além do que se poderia esperar das consequências habituais do envelhecimento biológico.” A sua prevalência é sobretudo em pessoas idosas, mas não é uma consequência inevitável do envelhecimento. É causada por várias lesões que afetam a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade aprendizagem, a linguagem e o julgamento, contudo não afeta a consciência (WHO, 2021a).

A forma mais comum de demência é a doença de Alzheimer, sendo que existem outras como a demência vascular, a demência com corpos Lewy e um grupo de doenças que contribuem para a demência frontotemporal (WHO, 2021a, 2023b).

A demência tem um grande impacto social e económico, em especial nos sistemas de saúde e de segurança social. Não só os doentes vêm as suas vidas atingidas, mas também as suas famílias e os cuidadores formais e informais. Em 2019, o custo global da demência foi de 1,3 triliões de dólares e prevê-se que em 2030, este custo atinja os 2,8 triliões de dólares, sendo que 50% deste custo é atribuído aos cuidadores informais. O custo global é composto por custos médicos diretos e custos não médicos diretos. Os prestadores de cuidados formais não estão bem preparados e isso traduz-se nos elevados custos que são atribuídos aos cuidadores informais, cerca de 50%. Em 2019, os cuidadores informais passaram em média 5 horas por dia por pessoa a prestar cuidados, sendo que as mulheres prestam a maioria dos cuidados, representando 70% das horas de prestação de cuidados (WHO, 2021a).

A demência é muitas vezes mal diagnosticada e as pessoas podem esperar anos para receber o diagnóstico, já que no início os sintomas podem ser mal interpretados. A demência afeta as pessoas de forma diferente, contudo os sintomas podem ser resumidos em três fases. A Fase Inicial que inclui sintomas como o esquecimento, a perda de noção do tempo e a desorientação em locais habituais. A Fase Intermédia, onde os sintomas se tornam mais evidentes e incluem o esquecimento de acontecimentos e dos nomes das pessoas, ficar confuso em casa, começar a ter dificuldades de comunicação, precisar de ajuda com cuidados pessoais e começar a ter mudanças de comportamento. A Fase Avançada é onde existe a quase total dependência e inatividade, as perturbações da memória são graves e os sintomas são evidentes, entre eles, perder consciência do tempo e dos locais, ter dificuldade em reconhecer familiares e amigos, necessitar de alguém para fazer os cuidados pessoais, ter dificuldade em se mover e sofrer mudanças de comportamento que podem incluir agressões (WHO, 2023b).

Atualmente, não existe nenhum tratamento disponível para curar a demência, contudo é uma doença que requer cuidados de saúde complexos e onde existe uma elevada dependência e morbidade, principalmente em fases mais avançadas da doença. Os tratamentos existentes têm uma eficácia limitada no avanço do desenvolvimento dos sintomas e são dirigidos principalmente para a doença de Alzheimer. Apesar de não existir cura para a doença, existem várias formas de melhorar a vida das pessoas com demência, entre elas, o diagnóstico precoce, otimizar a saúde física, entender e gerir as mudanças de comportamento e proporcionar apoio aos cuidadores (WHO, 2023b).

O fator de risco mais associado à demência é a idade. Contudo, as demências não afetam só as pessoas idosas, embora a sua prevalência em pessoas com menos de 65 anos seja baixa, até 9% dos casos (WHO, 2023b).

A demência é uma prioridade de saúde pública para a OMS e em 2017 aprovou o *“Global Action Plan on the Public Health response to Dementia 2017-2025”*, que pretende ser um plano de ação para decisores políticos, parceiros internacionais e para a OMS, com vista a melhorar a vida das pessoas com demência, das suas famílias e dos seus cuidadores, e reduzindo o impacto da demência nos países. O plano visa tornar a demência como uma prioridade de saúde pública; aumentar a sensibilização para a demência e criar uma sociedade que inclua a demência; reduzir o risco de demência; melhorar o diagnóstico, tratamento e cuidados; melhorar os sistemas de informação; apoiar os cuidadores e promover a investigação e inovação (WHO, 2017a).

Em 2018, a doença de Alzheimer em Portugal teve um custo total de 2 mil milhões de euros, representando 1% do PIB. Este valor distribui-se em custos médicos diretos com 219 milhões de euros e em custos não-médicos diretos no valor de 1,8 mil milhões de euros. Os custos médicos diretos englobam 166 milhões para ambulatório, 29 milhões para internamento hospitalar e 24 milhões para tratamento farmacológico, enquanto os custos não-médicos diretos incluem 1,1 mil milhões para a valorização monetária do cuidado informal, 551 milhões para apoios sociais, 122 milhões para dispositivos de apoio, acessórios de cuidado e adaptações físicas do domicílio e 40 milhões para transportes (Costa *et al.*, 2021).

2.4. Sistema de Saúde em Portugal

Os sistemas de saúde devem assegurar a equidade no acesso e na contribuição financeira, reduzindo as desigualdades. Um sistema de saúde deve incluir atividades como a promoção da saúde e a prevenção da doença (WHO, 2000).

O sistema de saúde deve garantir o cumprimento do direito à proteção da saúde consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, e concretizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito, a que todos os cidadãos têm acesso, não obstante a sua condição económica e social (Constituição da República Portuguesa, 1976).

O SNS criado em 1979, constitui a componente pública do sistema de saúde e tem um papel muito importante na resposta aos cidadãos. O seu financiamento é essencialmente oriundo do Orçamento de Estado e é através dele que o Estado assegura o direito à proteção da saúde (Lei n.º 56/79). Conforme definido na Lei de Bases (Base 20), o SNS é “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde.” Deve garantir a equidade no acesso, diminuindo as desigualdades, assegurar que é gerido de forma organizada, efetiva, eficiente, segura e com qualidade, tendo em atenção a proximidade e a integração de cuidados, e proporcionar a sustentabilidade financeira e a transparência. O SNS tem uma gestão descentralizada e participada, e uma organização regionalizada (Lei n.º 95/2019).

As instituições hospitalares que fazem parte do SNS devem garantir a marcação interna de consultas de especialidade ou referenciar para outra instituição, o utente que necessite dessa consulta, caso essa necessidade seja identificada durante os cuidados hospitalares (Despacho n.º 6468/2016).

As necessidades em saúde da população e a despesa pública em saúde tem vindo a aumentar, devido ao envelhecimento da população, à elevada carga de doença e à inovação tecnológica, o que tem sido um desafio para o SNS, sobretudo pela reduzida diversificação das fontes de financiamento. O sistema de saúde português é financiado através dos impostos diretos e indiretos, das contribuições para a segurança social, dos seguros de saúde privados e dos pagamentos diretos feitos pelas famílias (*out-of-pocket*) (Quintal e Venceslau, 2011).

O aumento do financiamento através das despesas das famílias (*out-of-pocket*), leva ao aumento das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, e revela que a política pública de saúde não está a alcançar a equidade e o acesso universal que é suposto o sistema de saúde garantir.

O sistema de saúde atualmente está focado no tratamento da doença e não na promoção da doença, o que com o envelhecimento da população se vai traduzir no aumento da atividade e no aumento da despesa em saúde. Os sistemas de saúde devem ser reformulados para conseguirem satisfazer as necessidades das populações idosas que, normalmente, padecem de doenças crónicas e multimorbilidades. Devem ser integrados e centrados na pessoa e não na doença (WHO, 2017c). Contudo enfrentam diversos desafios, como a capacitação dos doentes, a falta de recursos humanos, a distribuição desigual dos profissionais de saúde e as desigualdades no domínio da saúde, sendo que para os ultrapassar devem se modernizar e adaptar às mudanças, de modo a obterem os melhores resultados em saúde, serem acessíveis, eficazes e sustentáveis (Comissão Europeia, 2023b).

2.5. Políticas Públicas de Saúde

De acordo com Sakellarides “A política pública de saúde deve ter como objetivo fazer evoluir os sistemas de saúde no sentido de dar resposta aos desafios de saúde da atualidade.” (Sakellarides, 2020).

A Lei de Bases da Saúde define a elaboração do Plano Nacional de Saúde, assim como dos Planos de Saúde Regionais e Locais, como essencial para selecionar as estratégias mais adequadas a implementar com vista à redução das desigualdades em saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030, foi o primeiro a ser elaborado com vista a uma saúde sustentável e tendo em conta os ODS para 2030. É um processo que identifica as principais necessidades em saúde da população, considerando urgente desenvolver estratégias de intervenção para o problema do envelhecimento da população, e entre as várias causas a tratar, define as doenças neurológicas, especialmente a doença de

Alzheimer e outras demências, como um problema de saúde de elevada magnitude. Entre 2009 e 2019, a doença de Alzheimer regista uma variação de 38,1% em termos de DALYs, passando da 12^a para 10^a posição (Direção-Geral da Saúde, 2022).

O atual governo definiu no seu programa vários objetivos no que concerne à política de saúde, entre eles “Um SNS mais justo e inclusivo que responda melhor às necessidades da população”, que pretende, através do investimento no SNS, assegurar uma política de saúde justa, integrada e próxima, conseguindo uma cobertura universal e dando resposta às necessidades da população. Os hospitais públicos têm um papel muito importante para atingir esse objetivo, pois são “a maior e melhor resposta para o tratamento de problemas de saúde graves e de elevada complexidade.” É fundamental que exista investimento nos hospitais, pois as necessidades em saúde não param de aumentar. Outro objetivo importante é concluir a Reforma da Saúde Mental, visto que Portugal é um dos países europeu com maior prevalência de doenças psiquiátricas, que irá ser impulsionada pela implementação dos Planos Regionais de Saúde para as Demências, dando resposta às necessidades das pessoas que vivem com demência, mas também às suas famílias e cuidadores (SNS, 2023).

De acordo com a OMS, apenas um quarto dos países do mundo tem uma política, estratégia ou plano nacional de apoio às pessoas com demência e às suas famílias, sendo que metade desses países é na Região Europeia da OMS (WHO, 2021b). Contudo, as políticas para a redução do risco de demência não devem ser feitas isoladamente, mas sim em conjunto com as políticas para as doenças crónicas não transmissíveis (WHO, 2021a).

Em 2016, através do Despacho n.º 17/2016, o Estado reconheceu a necessidade de definir uma estratégia de políticas públicas de saúde na área das demências, para tal foi criado um grupo de trabalho que desenvolveu as Bases para a Definição de Políticas Públicas na Área das Demências, que pretende ser “um quadro de referência que permita o desenho do percurso de cuidados das pessoas com demência, tendo em consideração as características específicas do Serviço Nacional de Saúde, o nosso sistema de proteção social, e bem assim as características peculiares do nosso tecido social e solidário.” (SNS, 2018).

Este documento serviu para elaborar a Estratégia da Saúde na Área das Demências, aprovado em 2018, onde se elucida o percurso de cuidados para as pessoas com demência, definindo-se os princípios que os cuidados a pessoas com demência devem seguir, os critérios a usar na intervenção preventiva, as medidas a tomar para uma

deteção precoce, as medidas de acesso ao diagnóstico médico e compreensivo e as respostas terapêuticas necessárias (Despacho n.º 5988/2018).

O sistema de saúde enfrenta alguns desafios na área das demências, no caso dos cuidados de saúde primários, a sua dificuldade em diagnosticar e tratar da doença e em fazer a ligação com os cuidados especializados, quanto aos hospitais, a dificuldade está na forma com lidam com a especificidades das pessoas com demência. A Estratégia da Saúde na Área das Demências deve promover uma maior colaboração e coordenação entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos, e entre a comunidade e as famílias, tendo em conta os princípios de ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade. É essencial consciencializar os cidadãos para o problema das demências e promover a sua literacia, e a formação dos profissionais de saúde (Despacho n.º 5988/2018).

Na mesma altura, foi constituída a Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências, que tem como missão acompanhar a elaboração dos Planos Regionais para as Demências, que são da responsabilidade das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), e que compõem o Plano Nacional da Saúde para as Demências. Os Planos Regionais da Saúde para as Demências devem estar alinhados com a Estratégia da Saúde na Área das Demências; ter em conta a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores, os direitos das pessoas em situação de incapacidade e a investigação necessária nessa área; incorporar formação nessa área para os doentes, os cuidadores e os profissionais de saúde; e contemplar monitorização e avaliação contínua (Despacho n.º 5988/2018).

Em 2019, a Assembleia da República recomendou ao Governo, que as demências e a doença de Alzheimer fossem consideradas uma prioridade social e de saúde pública. Devendo ser feito um estudo nacional com um levantamento da realidade das demências e da doença de Alzheimer em Portugal, e com base nos resultados desse estudo, deve ser elaborado o Plano Nacional para as Demências, com vista a definir as medidas necessárias para apoiar esses doentes e as suas famílias. É importante que seja feita uma sensibilização para a doença de Alzheimer e outras demências, para a importância de ter um diagnóstico precoce, um maior conhecimento sobre as fases de evolução da doença e quais os apoios existentes. Os centros de saúde e os cuidados hospitalares devem disponibilizar informação organizada acerca dos direitos sociais e o apoio clínico disponível, de modo a facilitar o internamento, quando necessário, e o seguimento destes doentes. Nos centros de saúde devem ser criados grupos de entreajuda e possibilitar o internamento dos doentes, em instituições de cuidados

continuados e paliativos, para prevenir a exaustão dos cuidadores. Deve ainda ser criado e implementado o Estatuto do Cuidador Informal (Resolução da Assembleia da República n.º 134/2019).

No final de 2021, foram aprovados os cinco Planos Regionais da Saúde para as Demências, elaborados pelas respetivas ARS, que constituem o Plano Nacional da Saúde para as Demências. Sendo que são as ARS, as responsáveis por implementar cada um dos planos e que a avaliação dessa implementação é coordenada pela Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demência. Os hospitais, os centros hospitalares, as unidades de saúde locais e os agrupamentos de centros de saúde devem melhorar a qualidade dos cuidados que oferecem aos seus doentes, criando serviços, consultas ou outras respostas diferenciadas na área das demências (Despacho n.º 12761/2021; Despacho n.º 1277/2022).

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) vai ao encontro da política definida pelo governo, atribuindo 88 milhões de € para concluir a Reforma da Saúde Mental, sendo que umas das cinco medidas é implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências, que pretendem promover uma resposta intersectorial às pessoas que vivem com demência, às suas famílias e cuidadores, aproveitando as iniciativas existente e com resultados positivos (Ministério do Planeamento, 2021).

Em 2022, a *Alzheimer's Disease International*, no relatório "*World Alzheimer Report 2022*", recomenda que os planos nacionais contra a demência se tornem uma prioridade política. Os cuidados devem ser centrados na pessoa, permitindo aos doentes, juntamente com os seus cuidadores, fazer escolhas informadas, planejar o futuro e decidir sobre os cuidados que irão receber, sendo que estes cuidados devem ter em atenção o género e ser apropriados à cultura onde as pessoas estão inseridas. Outro aspeto importante, é que deve ser desenvolvida uma abordagem de gestão de casos, onde os cuidados são coordenados e acessíveis. É preciso dar apoio aos cuidadores informais, garantindo-lhes acesso ao descanso e à proteção do emprego. É preciso combater o estigma e a falta de educação que existe em relação à demência, pois isso dificulta o diagnóstico e o apoio após o diagnóstico, sendo que está educação deve abranger também os profissionais de saúde. É necessário investir em intervenções não-farmacológicas, como a Terapia de Estimulação Cognitiva e a Reabilitação Cognitiva, e encorajar as populações a efetuar mudanças de comportamento e estilo de vida, com vista a reduzir o risco de demência (Gauthier *et al.*, 2022).

2.6. Internamento Hospitalar

Os internamentos hospitalares são os cuidados de saúde prestados a pessoas admitidas num hospital, para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com duração de, pelo menos, uma noite (Direção-Geral da Saúde, 2017).

As pessoas com demência têm mais problemas de saúde físicas e maior probabilidade de serem internadas em hospitais, do que as pessoas da mesma idade sem essa condição, especificamente devido a acidentes e ferimentos relacionados com quedas, infeções urinárias e respiratórias, e complicações de doenças crónicas, que poderiam ter sido evitadas, com um melhor acompanhamento. Já quanto a procedimentos que melhorem a sua qualidade de vida, têm menor probabilidade de serem admitidos, como por exemplo para uma cirurgia de catarata, cateterização vascular e stent, colecistectomia e cuidados oncológicos (Livingston *et al.*, 2020; Prince *et al.*, 2016).

Os cuidados hospitalares são mais complicados para as pessoas com demência, o que se traduz em mais dias de internamento, mais recursos de enfermagem e mais custos, visto que são pessoas mais vulneráveis a danos e maus resultados, sobretudo devido a infeções adquiridas no hospital, delírios, agitação e quedas. As taxas de mortalidade são elevadas durante a admissão e após a alta hospitalar, o que reflete uma tendência para hospitalizar as pessoas com demência no fim da vida, e que poderia ser evitada se os cuidados fossem de proximidade, intensivos em recursos e mantidos durante mais tempo. Nos países de alto rendimento, até dois quintos das pessoas com demência morrem no hospital, sendo que a maioria morre em lares de idosos. Já nos países de médio-baixo rendimento, as mortes no hospital são semelhantes, contudo o local mais comum é a casa, e quase não se registam mortes em lares de idosos (Livingston *et al.*, 2020; Prince *et al.*, 2016).

Quando uma pessoa com demência é hospitalizada existe a questão entre se priorizar os cuidados agudos centrados na causa da admissão e a necessidade de prestar cuidados centrados na pessoa. Alguns relatórios evidenciam que a introdução de um serviço de saúde mental, uma unidade de cuidados de demência ou uma enfermeira especialista em demência, não resolve a questão, é preciso que estes sejam integrados na estrutura do hospital. Os cuidados de saúde para pessoas com demência precisam de ser contínuos, devendo ser monitorizados e revistos à medida que a doença evolui; holísticos, tratando a pessoa inteira, e não unicamente uma condição, e tendo em atenção as preferências dessa pessoa; e integrados entre os vários níveis de cuidados e os vários prestadores (Prince *et al.*, 2016).

Conhecer melhor as características das pessoas com doença de Alzheimer, que estão em situação de internamento hospitalar, pode ser útil, com vista a adequar os cuidados hospitalares voltados para esses doentes e, com isso, a possibilidade de uma melhor atenção às necessidades de saúde dessa parcela da população.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Conhecer as características dos utentes, com doença de Alzheimer, internados nos hospitais do SNS em Portugal, no ano de 2017.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os episódios de internamento hospitalar do ponto de vista demográfico
- Analisar os episódios de internamento hospitalar
- Identificar os fatores de risco modificáveis da doença de Alzheimer presentes nos episódios de internamento hospitalar
- Caracterizar os episódios de internamento hospitalar com mortalidade hospitalar

4. Metodologia

4.1. Desenho do Estudo

O presente estudo é um estudo epidemiológico observacional, transversal e com recolha de informação retrospectiva, que analisa os episódios de internamento, dos utentes com doença de Alzheimer, em instituições hospitalares do SNS em Portugal, durante o ano de 2017.

4.2. População em Estudo

A população em estudo foram os episódios de internamento de adultos, com idade igual ou superior a 18 anos.

Os diagnósticos principais e adicionais são codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças – décima versão – Modificações Clínicas (ICD-10-CM) (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Critérios de Inclusão:

- Episódios de internamento com diagnóstico principal ou adicionais com o código da ICD-10-CM: G30 - Doença de Alzheimer, registado nos vinte primeiros diagnósticos (Selecionado através da Tabela de Diagnósticos enviada com a BDMH pela ACSS)

Quadro 1: Códigos de Diagnóstico da Doença de Alzheimer

Diagnóstico	
Código ICD-10-CM	Descrição
G30	Doença de Alzheimer
G300	Doença de Alzheimer de início precoce
G301	Doença de Alzheimer de início tardio
G308	Outras formas de doença de Alzheimer
G309	Doença de Alzheimer, sem outra especificação

Critérios de Exclusão:

- Episódios de internamento com idade inferior a 18 anos
- Episódios de internamento com diagnóstico adicional com o código da ICD-10-CM: G30 - Doença de Alzheimer, registado após os vinte primeiros diagnósticos (Selecionado através da Tabela de Diagnósticos enviada com a BDMH pela ACSS)

4.3. Instrumento de Recolha de Dados

Os dados são provenientes da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), referente ao ano de 2017. A ACSS cede os dados anonimizados à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que a disponibiliza.

A base de dados é composta pelos episódios de internamento dos hospitais públicos em Portugal, e contém informação relativa à idade e sexo dos doentes, e informação relativa aos episódios, como o tipo de admissão, os dias de internamento, o diagnóstico principal, os diagnósticos adicionais e o destino após alta, codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças – décima versão – Modificações Clínicas (ICD-10-CM).

4.4. Definição de Variáveis

Quadro 2: Definição das Variáveis

Variável	Descrição	Codificação
sexo	Corresponde ao género do utente	1 - Masculino
		2 - Feminino
idade	Idade do utente, em anos, à data de entrada	$n \geq 18$
faixa_etária	Idade do utente, em faixa etária	1 - 18-49 anos
		2 - 50-59 anos
		3 - 60-69 anos
		4 - 70-79 anos
		5 - 80-89 anos
		6 - 90-99 anos
		7 - ≥ 100 anos

dias_int	Total de dias de estadia do utente na instituição de saúde, em conformidade com a definição estatística de tempo de internamento, constante na portaria em vigor à data de extração dos dados.	n ≥ 0
dsp	Código de destino do utente após a alta hospitalar	1 - Para o domicílio 2 - Para outra instituição com internamento 6 - Serviço domiciliário 7 - Saída contra parecer médico 13 - Atendimento posterior especializado 20 - Falecido 51 - Cuidados paliativos - centro médico 61 - Cuidado pós-hospitalar 63 - Assistência hospitalar a longo prazo
adm_tip	Natureza ou modo de admissão de um utente num estabelecimento de saúde	1 - Programada 2 - Urgente
cod_diagnostico	Identifica o Diagnóstico	Código da ICD-10-CM
categoria_d	Categoria do diagnóstico com os 3 primeiros caracteres	Código da ICD-10-CM
ordem	Ordem de codificação do diagnóstico	D1 - diagnóstico principal D2 a D20 - diagnósticos adicionais
pna	Identifica se o diagnóstico estava presente aquando da admissão do doente	S - Sim N - Não NA - Isento registo PNA

Quadro 3: Códigos de Diagnósticos dos Fatores de Risco Modificáveis

Fatores de Risco Modificáveis - Diagnósticos	
Código ICD-10-CM	Descrição
E11	Diabetes mellitus de tipo II
E66	Excesso de peso e obesidade
F32	Perturbação depressiva major, episódio único
I10	Hipertensão essencial (primária)
I11	Doença cardíaca hipertensiva
I12	Doença renal crónica hipertensiva
Q16	Malformações congénitas do ouvido causando deficiência da audição
S06	Lesão intracraniana
Z72.0	Problemas relacionados com o estilo de vida - Uso de tabaco
Z72.3	Problemas relacionados com o estilo de vida - Falta de exercício físico
Não existe na versão de 2017	Problemas relacionados com o estilo de vida - Uso de Álcool

(Selecionados através da Tabela de Diagnósticos enviada com a BDMH pela ACSS)

4.5. Análise de Dados

Para a análise e tratamento dos dados foram utilizados o *software IBM SPSS Statistics 28* e o Microsoft Excel (Office 365).

A análise estatística efetuada neste trabalho foi uma análise descritiva, com vista a caracterizar os episódios de internamento hospital, onde para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas foram calculadas as medidas de localização, média, mediana, mínimo e máximo.

4.6. Procedimentos Éticos

Tendo em conta o desenho do estudo e que os dados cedidos pela ENSP foram anonimizados, não foi necessário pedir autorização à Comissão de Ética ou à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

5. Resultados

5.1. Caracterização dos episódios de internamento hospitalar do ponto de vista demográfico

Em 2017, nos hospitais públicos em Portugal, a população em estudo era composta por 8.437 episódios de internamento de utentes adultos com doença de Alzheimer, dos quais 2.946 (34,9%) eram do sexo masculino e 5.491 (65,1%) eram do sexo feminino.

Quadro 4: Distribuição dos episódios por Sexo

Sexo	Número de Episódios (n)	Percentagem (%)
Masculino	2.946	34,9%
Feminino	5.491	65,1%
Total	8.437	100,0%

A faixa etária que registou mais episódios foi a dos 80-89 anos, com 4.852 (57,5%), seguida pela faixa etária dos 70-79 anos, com 2.004 (23,7%) e pela faixa etária dos 90-99 anos, com 1.196 (14,2%), sendo que 99,5% tinham idade igual ou superior a 60 anos. A idade mínima registada foi de 27 anos e a máxima de 104 anos, ficando a média de idades nos 82,6 anos e a mediana nos 83 anos.

Quadro 5: Distribuição dos episódios por Faixa Etária

Faixa Etária	Número de Episódios (n)	Percentagem (%)
18-49	8	0,1%
50-59	31	0,4%
60-69	337	4,0%
70-79	2.004	23,7%
80-89	4.852	57,5%
90-99	1.196	14,2%
≥ 100	9	0,1%
Total	8.437	100,0%

Quadro 6: Caracterização dos episódios segundo a Idade

Idade - Anos (n)			
Média	82,6	Mínimo	27
Mediana	83	Máximo	104

5.2. Análise dos episódios de internamento hospitalar

O tipo de admissão foi, sobretudo, urgente, com 7.465 episódios (88,5%), sendo que os restantes foram programados, 972 episódios (11,5%).

Quadro 7: Distribuição dos episódios por Tipo de Admissão

Tipo de Admissão	Número de Episódios (n)	Percentagem (%)
Programada	972	11,5%
Urgente	7.465	88,5%
Total	8.437	100,0%

A média dos dias de internamento foi de onze dias, a mediana foi de sete dias, o tempo máximo de internamento foi de 428 dias e em 524 episódios o tempo de internamento foi zero dias (6,2%).

Quadro 8: Caracterização dos episódios segundo os Dias de Internamento

Dias de Internamento (n)			
Média	11	Mínimo	0
Mediana	7	Máximo	428

O principal destino após alta registado foi o domicílio, com 6.423 episódios (76,1%), seguido pelo falecimento, com 1.494 episódios (17,7%).

Quadro 9: Distribuição dos episódios por Destino Após Alta

Destino Após Alta	Número de Episódios (n)	Percentagem (%)
Para o domicílio	6.423	76,1%
Para com outra instituição com internamento	135	1,6%
Serviço domiciliário	39	0,5%
Saída contra parecer médico	14	0,2%
Falecido	1.494	17,7%
Cuidados paliativos - centro médico	3	0,0%
Cuidado pós-hospitalar	293	3,5%
Assistência hospitalar a longo prazo	36	0,4%
Total	8.437	100,0%

Em relação aos episódios em que o tempo de internamento foi zero dias (6,2%), em 285 episódios os utentes foram para o domicílio (54,4%) e em 213 episódios os utentes faleceram (40,6%).

Quadro 10: Distribuição dos episódios com Zero Dias de Internamento por Destino Após Alta

Destino Após Alta	Número de Episódios (n)	Percentagem (%)
Para o domicílio	285	54,4%
Para com outra instituição com internamento	19	3,6%
Saída contra parecer médico	5	1,0%
Falecido	213	40,6%
Assistência hospitalar a longo prazo	2	0,4%
Total	524	100,0%

O diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer, subdivide-se em quatro diagnósticos: G300 - Doença de Alzheimer de início precoce, G301 - Doença de Alzheimer de início tardio, G308 - Outras formas de doença de Alzheimer e G309 - Doença de Alzheimer, sem outra especificação. Destes, o diagnóstico que registou mais episódios foi o G309 – Doença de Alzheimer, sem outra especificação, com 8.132 (96,4%), seguido do G301 - Doença de Alzheimer de início tardio, com 118 (1,4%), e do G300 - Doença de Alzheimer de início precoce, com 109 (1,3%) e por último o G308 - Outras formas de doença de Alzheimer, com apenas 78 (0,9%).

O diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer foi registado como diagnóstico principal em 181 episódios (2,1%), sendo que foi enquanto diagnóstico adicional “D3” que registou mais episódios, 1.337 (15,8%), seguido do “D4” com 1.263 (15%). De realçar que 59% dos episódios, com o diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer, foram registados nos cinco primeiros diagnósticos.

Quadro 11: Distribuição dos episódios com Diagnóstico G30 pela Ordem dos Diagnósticos

Diagnóstico	G300 - Doença de Alzheimer de início precoce	G301 - Doença de Alzheimer de início tardio	G308 - Outras formas de doença de Alzheimer	G309 - Doença de Alzheimer, sem outra especificação	G30 Total (n)	G30 Total (%)
D1	10	19	7	145	181	2,1%
D2	14	22	8	996	1.040	12,3%
D3	8	31	11	1.287	1.337	15,8%
D4	15	13	15	1.220	1.263	15,0%
D5	17	11	14	1.117	1.159	13,7%
D6	10	6	7	848	871	10,3%
D7	9	5	5	654	673	8,0%
D8	7	4	6	542	559	6,6%

D9	6	3	3	399	411	4,9%
D10	2	3	1	279	285	3,4%
D11	5	0	1	186	192	2,3%
D12	2	1	0	162	165	2,0%
D13	3	0	0	106	109	1,3%
D14	1			62	63	0,7%
D15				51	51	0,6%
D16				33	33	0,4%
D17				23	23	0,3%
D18				10	10	0,1%
D19				8	8	0,1%
D20				4	4	0,0%
Total (n)	109	118	78	8.132	8.437	
Total (%)	1,3%	1,4%	0,9%	96,4%		100,0%

Dos 8.437 episódios registados, o diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer esteve presente na admissão em 8.181 episódios, contudo em doze episódios não esteve presente e 244 episódios foram considerados “Isento registo PNA”.

Quadro 12: Distribuição dos episódios com Diagnóstico G30 de acordo com a sua Presença na Admissão

Presente na Admissão	G300 - Doença de Alzheimer de início precoce	G301 - Doença de Alzheimer de início tardio	G308 - Outras formas de doença de Alzheimer	G309 - Doença de Alzheimer, sem outra especificação	G30 - Doença de Alzheimer Total (n)
Sim	106	118	78	7.879	8.181
Não	1	0	0	11	12
Isento registo - PNA	2	0	0	242	244
Total (n)	109	118	78	8.132	8.437

Dado que 59% dos episódios com o diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer, foram registados nos cinco primeiros diagnósticos, foram esses os analisados com vista a identificar os diagnósticos adicionais mais comuns.

Quando o G30 - Doença de Alzheimer foi registado como diagnóstico principal (181 episódios), os principais diagnósticos adicionais mais registados foram o F02 - Demência noutras doenças classificadas noutra parte (115 episódios), seguido I10 - Hipertensão essencial (primária) (58 episódios) e E11 - Diabetes mellitus de tipo II (28 episódios). De destacar, que doze episódios apenas tem registado o diagnóstico principal, G30 – Doença de Alzheimer.

Quadro 13: Distribuição dos Diagnósticos Adicionais quando G30 é Diagnóstico Principal

Diagnóstico Adicional		D2	D3	D4	D5	Total (n)
Demência noutras doenças classificadas noutra parte	F02	103	7	2	3	115
Hipertensão essencial (primária)	I10	9	21	22	6	58
Diabetes mellitus de tipo II	E11	6	13	6	3	28
Problemas relacionados com a dependência de pessoa que oferece cuidados de saúde	Z74	3	7	4	9	23
Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias	E78		5	5	10	20
Terapia farmacológica de longo prazo (actual)	Z79		3	8	9	20
Outras perturbações do trato urinário	N39	4	5	2		11
Flutter e fibrilhação auricular	I48	2	4		3	9
Epilepsia e crises recorrentes	G40		4	3		7
Perturbação depressiva major, episódio único	F32		2	2	2	6

Quando o G30 - Doença de Alzheimer foi registado com diagnóstico adicional, seja como D2, D3, D4 ou D5, os cinco diagnósticos principais (D1) mais registados foram o J18 - Pneumonia, organismo não especificado com 764 episódios, o S72 - Fratura do fêmur com 437 episódios, o J20 - Bronquite aguda com 280 episódios, N39 - Outras perturbações do trato urinário com 203 episódios e o J69 - Pneumonite devido a sólidos e líquidos com 190 episódios.

Quadro 14: Distribuição do Diagnóstico Principal quando G30 é Diagnóstico Adicional

Diagnóstico Principal		G30-D2	G30-D3	G30-D4	G30-D5	Total (n)
Pneumonia, organismo não especificado	J18	139	215	197	213	764
Fratura do fêmur	S72	79	173	97	88	437
Bronquite aguda	J20	50	76	74	80	280
Outras perturbações do trato urinário	N39	30	48	61	64	203
Pneumonite devido a sólidos e líquidos	J69	34	54	64	38	190

5.3. Identificação dos fatores de risco modificáveis da doença de Alzheimer presentes nos episódios de internamento hospitalar

Os fatores de risco modificáveis identificados foram o E11 - Diabetes mellitus de tipo II, o F32 - Perturbação depressiva major, episódio único, o I10 - Hipertensão essencial (primária), o I11 – Doença cardíaca hipertensiva, o I12 – Doença renal crónica hipertensiva e o S06 - Lesão intracraniana.

Destes, os diagnósticos mais frequentes foram o I10 - Hipertensão essencial (primária), com 1.468 episódios e E11 - Diabetes mellitus de tipo II com 761 episódios.

Quadro 15: Distribuição dos Fatores de Risco Modificáveis

Diagnóstico		G30-D1	G30-D2	G30-D3	G30-D4	G30-D5	Total (n)
Hipertensão essencial (primária)	I10	58	290	420	377	323	1.468
Diabetes mellitus de tipo II	E11	28	153	163	215	202	761
Doença cardíaca hipertensiva	I11	0	0	32	21	37	90
Perturbação depressiva major, episódio único	F32	6	29	14	18	0	67
Lesão intracraniana	S06	0	11	15	24	17	67
Doença renal crónica hipertensiva	I12	0	0	0	12	12	24

Quando G30 - Doença de Alzheimer foi registado com diagnóstico adicional, os diagnósticos principais registados foram o E11 - Diabetes mellitus de tipo II com 42 episódios, num total de 733 episódios, e o S06 - Lesão intracraniana, com 67 episódios, que representa a totalidade dos episódios.

Quadro 16: Distribuição dos Fatores de Risco Modificáveis como Diagnóstico Principal

Diagnóstico Principal		G30-D2	G30-D3	G30-D4	G30-D5	Total (n)
Diabetes mellitus de tipo II	E11	0	11	18	13	42
Lesão intracraniana	S06	11	15	24	17	67

5.4. Caracterização dos episódios de internamento hospital com mortalidade hospitalar

Para caracterizarmos os episódios de internamento hospitalar com mortalidade hospitalar, foram selecionados os episódios com o código “20 - Falecido”, através da variável “destino do utente após a alta hospitalar” (dsp).

A mortalidade hospitalar foi de 17,7%, o que se traduziu em 1.494 óbitos, dos quais 591 episódios eram do sexo masculino (39,6%) e 903 episódios eram do sexo feminino (60,4%).

Quadro 17: Distribuição dos óbitos por Sexo

Sexo	Número de Óbitos (n)	Percentagem (%)
Masculino	591	39,6%
Feminino	903	60,4%
Total	1.494	100,0%

A faixa etária que registou mais óbitos foi a dos 80-89 anos (57,3%), sendo que a faixa etária acima dos 70 anos registou 96,5% dos óbitos, a média de idade foi de 83,8 anos e a mediana de 85 anos, a idade mínima foi de 54 anos e a máxima de 104 anos.

Quadro 18: Distribuição dos óbitos por Faixa Etária

Faixa Etária	Número de Óbitos (n)	Percentagem (%)
50-59	3	0,2%
60-69	49	3,3%
70-79	294	19,7%
80-89	856	57,3%
90-99	289	19,3%
≥ 100	3	0,2%
Total	1.494	100,0%

Quadro 19: Caracterização dos óbitos segundo a Idade

Idade - Anos (n)			
Média	83,8	Mínimo	54
Mediana	85	Máximo	104

A maioria dos episódios de óbito teve admissão na urgência, com 1.431 episódios (95,8%). A média de dias de internamento foi de nove dias e a mediana foi de cinco dias, sendo que o tempo máximo de internamento foi de 142 dias, e em 213 episódios o tempo de internamento foi zero dias (14,3%).

Quadro 20: Distribuição dos óbitos por Tipo de Admissão

Tipo de Admissão	Número de Óbitos (n)	Percentagem (%)
Programada	63	4,2%
Urgente	1.431	95,8%
Total	1.494	100,0%

Quadro 21: Caracterização dos óbitos segundo os Dias de Internamento

Dias de Internamento (n)			
Média	9	Mínimo	0
Mediana	5	Máximo	142

O diagnóstico principal, mais comum entre os episódios de óbitos, foi o J18 - Pneumonia, organismo não especificado, com 375 óbitos (25,1%), seguido pelo A41 - Outras septicemias, com 170 óbitos (11,4%) e pelo J69 - Pneumonite devida a sólidos e líquidos, com 99 óbitos (6,6%). De destacar, que o G30 – Doença de Alzheimer foi registado em 14 óbitos como diagnóstico principal (0,9%).

Quadro 22: Distribuição dos óbitos por Diagnóstico Principal

Diagnóstico Principal		Número de Óbitos (n)	Percentagem (%)
Pneumonia, organismo não especificado	J18	375	25,1%
Outras septicemias	A41	170	11,4%
Pneumonite devida a sólidos e líquidos	J69	99	6,6%
Bronquite aguda	J20	80	5,4%
Pneumonia bacteriana, não classificada noutra parte	J15	63	4,2%
Outras perturbações do trato urinário	N39	43	2,9%
Enfarte cerebral	I63	40	2,7%
Fratura do fêmur	S72	21	1,4%
Doença de Alzheimer	G30	14	0,9%

Ao analisarmos o diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer nos cinco primeiros diagnósticos, o mesmo registou 14 óbitos no D1, 131 óbitos no D2, 201 óbitos no D3, 224 óbitos no D4 e 209 óbitos no D5.

Quanto à letalidade da doença de Alzheimer, nos episódios analisados, como diagnóstico principal (D1) registou o valor de 7,7%, e teve um crescimento crescente em alinhamento com o aumento da ordem dos diagnósticos adicionais, tendo registado 12,6% como D2, 15% como D3, 17,7% como D4 e 18% como D5.

Quadro 23: Distribuição dos óbitos com Diagnóstico G30 pela Ordem dos Diagnósticos

G30 - Doença de Alzheimer			
Diagnóstico	Número de Óbitos (n)	Número de Episódios (n)	Percentagem (%)
D1	14	181	7,7%
D2	131	1.040	12,6%
D3	201	1.337	15,0%
D4	224	1.263	17,7%
D5	209	1.159	18,0%

6. Discussão

6.1. Discussão metodológica

A discussão metodológica pretende descrever algumas limitações encontrada ao longo do estudo.

A primeira limitação está relacionada com a Base de Dados de Morbilidade Hospitalar da ACSS utilizada. Esta base de dados é composta por episódios que são codificados com base em registos clínicos, onde são codificados o diagnóstico principal, os diagnósticos adicionais e os procedimentos. A insuficiente informação nos registos clínicos, pode levar a erros de codificação ou omissões de alguns diagnósticos adicionais por não estarem mencionados nos mesmos.

A segunda limitação é o facto de o estudo ser referente ao ano de 2017. Um dos fatores de risco para a doença de Alzheimer é a idade, sendo que, entre 2011 e 2021, a população com mais de 65 anos foi a única que teve um aumento de população, com um crescimento na ordem do 20% (INE, 2021).

6.2. Discussão dos resultados

O objetivo deste trabalho é conhecer as características dos utentes com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados com doença de Alzheimer, internados nos hospitais públicos em Portugal, durante o ano de 2017.

O primeiro objetivo foi a caracterização dos episódios com diagnóstico de doença de Alzheimer, sendo que foram registados 8.437 episódios, dos quais 34,9% eram do sexo masculino e 65,1% eram do sexo feminino, o que vai ao encontro do estudo feito pela Alzheimer Europe, já que, em 2019, Portugal registou que 69% dos casos eram do sexo feminino. Em relação à idade, como previsto, a maioria dos episódios encontrava-se a partir dos 70 anos, contudo a faixa etária com maior percentagem é a dos 80-89 anos, com 57,5%, e não a faixa etária com mais de 90 anos, como seria previsível segundo o relatório referido anteriormente, que registou 40,8% nessa faixa etária (Alzheimer Europe, 2020). De mencionar que existem 39 episódios na faixa etária entre os 18 e os 59 anos, sendo que existe um episódio com 27 anos, o que é considerado pouco comum, já que a idade é um dos fatores de risco para a doença de Alzheimer e é rara em pessoas com menos de 65 anos (WHO, 2023b).

A maioria do internamento foi considerada urgente (88,5%), *Prince et al.* (2016) destacam que as pessoas com doença de Alzheimer são normalmente internadas devido a acidentes ou complicações de doenças crónicas e não para efetuarem procedimentos que melhorem a sua qualidade de vida (*Prince et al.*, 2016).

Os utentes com doença de Alzheimer, em geral, apresentam quadros de multimorbilidade e necessitam de mais cuidados de saúde. Tal facto leva a uma maior probabilidade de terem um tempo de internamento mais prolongado, o que se verificou neste estudo, que registou uma média de 11 dias de internamento, valor que foi superior ao registado a nível nacional, em dezembro de 2017, que ficou nos 8,4 dias (Ministério da Saúde, 2017; *Prince et al.*, 2016).

Na maioria dos episódios, os utentes regressam para o domicílio (76,1%), contudo o número de óbitos durante o internamento hospitalar é elevado (17,7%), que se deve ao facto dos utentes estarem numa faixa etária elevada, sendo que a média de idade dos óbitos foi de 83,8 anos, e existir uma tendência para nos países de alto rendimento, as pessoas com demência serem internadas no final de vida, devido às várias comorbilidades que advém da doença (*Prince et al.*, 2016). Os dados analisados no trabalho confirmam o anteriormente referido, já que 14,3% dos óbitos estiveram internados menos de 24 horas, ficando a média de dias de internamento em nove dias.

O diagnóstico G30 – Doença de Alzheimer foi registado como diagnóstico principal em apenas 181 episódios (2,1%), sendo que a maioria das vezes é um diagnóstico adicional e não o motivo principal do internamento. Esteve, na maioria das vezes, presente na admissão (8.181 episódios - 97%) e quando não é o diagnóstico principal, aparece sobretudo entre os cinco primeiros diagnósticos (59%), sendo que foi como diagnóstico adicional D3, que foi registado mais vezes (15,8%).

Quando a doença de Alzheimer é o motivo do internamento, o diagnóstico adicional mais comum é o F02 - Demência noutras doenças classificadas noutra parte, o que é expectável, visto que a doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência. De seguida aparece o I10 - Hipertensão essencial (primária) e o E11 - Diabetes mellitus de tipo II, que são considerados dois fatores de risco modificáveis (European Union, 2022; *Livingston et al.*, 2020).

As pessoas com doença de Alzheimer foram internadas sobretudo devido a pneumonias (J18), fratura do fêmur (S72), bronquite aguda (J20) e outras perturbações do trato urinário (N39), tal como seria de esperar, visto que as pessoas com doença de Alzheimer são normalmente internadas devido a quedas, infeções do trato urinário e respiratórias (*Prince et al.*, 2016).

No que concerne aos episódios de óbitos, o diagnóstico mais comum foi o J18 – Pneumonia, organismo não especificado, com 25,1%, tal como seria de esperar, visto que foi o diagnóstico mais comum que deu origem ao internamento. De realçar que o segundo foi o A41 - Outras septicemias (11,4%), que não constou entre os diagnósticos mais comuns nos episódios de internamento, o que quer dizer que é um diagnóstico pouco registado, mas com muita mortalidade. Em relação ao G30 – Doença de Alzheimer, enquanto diagnóstico principal, foi responsável por 14 óbitos dos 181 episódios registados (7,7%), o que vai ao encontro dos dados encontrados, visto que as doenças com maior mortalidade nas pessoas idosas são as doenças cardíacas, os AVC e as doenças pulmonares crónicas, sendo que a demência é considerada uma das causadoras de incapacidade mas não de mortalidade (WHO, 2017c, 2022a).

Em relação ao objetivo de identificar os fatores de risco modificáveis, nem todos foram possíveis de identificar, alguns previsivelmente, visto que não são diagnósticos, mas sim determinantes sociais da saúde, como o nível de educação, o estilo de vida, que influencia o nível de contacto social que tem, e o nível de poluição do ar, sendo que estes determinantes são responsáveis por 30% a 55% dos resultados em saúde (WHO, 2023c).

Os restantes nove fatores de risco modificáveis são diagnósticos que poderiam ser registados como tal, contudo nem todos foram identificados. Os diagnósticos identificados foram o E11 - Diabetes mellitus de tipo II, o F32 - Perturbação depressiva major, episódio único, o I10 - Hipertensão essencial (primária), o I11 – Doença cardíaca hipertensiva, o I12 – Doença renal crónica hipertensiva e o S06 - Lesão intracraniana.

Os diagnósticos mais frequentes foram o I10 - Hipertensão essencial (primária) e E11 - Diabetes mellitus de tipo II. Contudo, apenas o E11 - Diabetes mellitus de tipo II e o S06 - Lesão intracraniana, foram registados como diagnósticos principais, mas nunca em número suficiente para aparecem nas principais causas de internamento.

Já o diagnóstico E66 - Excesso de peso e obesidade, o Q16 - Malformações congénitas do ouvido causando deficiência da audição e os Z72 - Problemas relacionados com o estilo de vida (0-Uso de Tabaco, 1-Uso de Álcool e 3-Falta de exercício físico), não foram identificados entre os principais diagnósticos.

7. Conclusão

Este trabalho pretendeu conhecer as características dos utentes, com doença de Alzheimer, internados nos hospitais do SNS em Portugal, no ano de 2017.

De destacar que os utentes admitidos com diagnóstico de doença de Alzheimer eram, maioritariamente, do sexo feminino (65,1%) e com uma média de idade de 82,6 anos. A sua admissão no internamento foi, na maioria, por via da urgência (88,5%), e permaneceram em média onze dias.

Os diagnósticos principais mais frequentes foram “Pneumonia”, “Fratura do fêmur”, “Bronquite aguda” e “Outras perturbações do trato urinário”, sendo que os diagnósticos adicionais mais frequentes foram “Hipertensão essencial” e “Diabetes mellitus de tipo II”, ambos fatores de risco modificáveis. Estes resultados remetem-nos para a importância que os cuidadores informais têm na prevenção das infeções do trato respiratório e do trato urinário, e no controlo de doenças como a hipertensão e a diabetes, de modo a evitar a hospitalização aquando do agravamento das mesmas.

A percentagem de óbitos foi de 17,7%, em que os diagnósticos principais mais registados foram “Pneumonia” e “Outras septicemias”. Contudo quando o tempo de internamento foi inferior a 24 horas, a mesma aumentou para 40,6%, o que nos leva a questionar se essas pessoas teriam mesmo necessidade de serem hospitalizadas ou se não deveriam estar a ser acompanhadas por uma equipa de cuidados paliativos, que visa diminuir o recurso aos serviços de urgência, os tempos de internamento hospitalar e os reinternamentos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017). Com base nos dados recolhidos, este encaminhamento para os cuidados paliativos não é comum, já que apenas três utentes foram encaminhados para este tipo de cuidados.

Os internamentos hospitalares têm um grande impacto na qualidade de vida dos doentes com Alzheimer, o que nos leva a questionar se uma percentagem destes utentes não poderia ter sido encaminhada para a hospitalização domiciliária, de modo a evitar possíveis complicações adquiridas nos hospitais.

Os cuidados hospitalares devem desenvolver cuidados integrados e centrados na pessoa, podendo ainda referenciar os cuidadores informais aos cuidados de saúde primários, com vista a que tenham um maior apoio para cuidarem dos doentes em casa, e evitem que os doentes sejam internados. Podendo ainda fazer uma parceria com a Alzheimer Portugal, que promove ações de formação específicas para cuidadores informais e familiares e ainda ações de informação diversas (Alzheimer Portugal, 2023).

Dada a relevância que a doença de Alzheimer tem vindo a ganhar, ao ponto de ser considerada uma prioridade social e de saúde, espera-se que este trabalho, ao caracterizar os utentes com doença de Alzheimer, contribua para a implementação da Estratégia da Saúde na Área das Demências, que visa uma maior colaboração e coordenação entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos, e entre a comunidade e as famílias.

Referências Bibliográficas

ALZHEIMER EUROPE - **Dementia in Europe yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe**. Luxembourg : Alzheimer Europe, 2020

ALZHEIMER PORTUGAL - **Alzheimer Portugal** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:https://alzheimerportugal.org/>.

COMISSÃO EUROPEIA - **Doenças não transmissíveis** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023a]. Disponível em WWW:<URL:https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_pt>.

COMISSÃO EUROPEIA - **Coordenação dos sistemas de saúde** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023b]. Disponível em WWW:<URL:https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/health-systems-coordination_pt>.

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - **Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017-2018**

Constituição da República Portuguesa. DR 1.º série n.º 86 (1976-04-10).

COSTA, J. *et al.* - Custo e Carga da Doença de Alzheimer nos Idosos em Portugal. **Sinapse**. 21:4 (2021) 201–211.

Despacho n.º 12761/2021. DR 2.º série n.º 251 (2021-12-29): 85-87.

Despacho n.º 1277/2022. DR 2.º série n.º 21 (2022-01-31): 79-80.

Despacho n.º 5988/2018. DR 2.º série n.º 116 (2018-06-19): 17094-17101.

Despacho n.º 6468/2016. DR 2.º série n.º 95 (2016-05-17): 15342-15343.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - 2016. Portugal Continental**. Lisboa : DGS, 2017

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s**. Lisboa : DGS, 2022

EUROPEAN UNION - **Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative**. Luxembourg : European Union, 2022

GAUTHIER, S. *et al.* - **World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support**. London : Alzheimer's Disease International, 2022

GLOBAL COMPACT NETWORK PORTUGAL - **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em

WWW:<URL:https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda-2030>.

INE - **Estatísticas Demográficas - 2020**. Lisboa : INE, 2021a

INE - Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios. **Destaque**. 2021b 1–29.

Lei n.º 56/79. DR 1º série n.º 214 (1979-09-15): 2357-2363. Serviço Nacional de Saúde.

Lei n.º 95/2019. DR 1º série n.º 169 (2019-09-04): 55-66. Lei de Bases da Saúde.

LIVINGSTON, G. *et al.* - Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **The Lancet**. 396:10248 (2020) 413–446.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Monitorização Mensal Hospitais** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard>.

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO - **PRR - Recuperar Portugal, Construindo o Futuro**. Lisboa : Ministério do Planeamento, 2021

OECD - **Health at a Glance 2021: OECD Indicators**. Paris : OECD Publishing, 2021

OECD - **Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle**. Paris : OECD Publishing, 2022

PEREIRA, G. A.; SOUSA, I. - **Viver com Demência**. Lisboa : Ordem dos Psicólogos, 2022

PRINCE, M. *et al.* - **World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People Living with Dementia**. London : Alzheimer's Disease International, 2016

QUINTAL, C.; VENCESLAU, S. - Equidade nos pagamentos directos dos cuidados de saúde em Portugal: uma análise global e por nuts II. **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**. 25/26 (2011) 55–66.

Resolução da Assembleia da República n.º 134/2019. DR 1º série n.º 147 (2019-08-02): 7-9.

SAKELLARIDES, C. - Serviço Nacional de Saúde: dos desafios da atualidade às transformações necessárias. **Acta Médica Portuguesa**. 33:2 (2020) 133–142.

SNS - **Bases para a definição de políticas públicas na área das demências**, 2018

SNS - **Política de Saúde** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>.

WHO - **Constitution of the World Health Organization**. New York : WHO, 1946

WHO - **The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance**.

Geneva : WHO, 2000

WHO - **Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025.**

Geneva : WHO, 2017a

WHO - **Mental health of older adults** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>>.(2017b)

WHO - **10 facts on ageing and health** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>>.(2017c)

WHO - **Decade of healthy ageing: baseline report.** Geneva : WHO, 2020a

WHO - **Global status report on the public health response to dementia.** Geneva : WHO, 2021a

WHO - **World failing to address dementia challenge** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>>.(2021b)

WHO - **Ageing and health** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>.(2022a)

WHO - **Noncommunicable diseases** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>.(2022b)

WHO - **Global health estimates: Leading causes of death** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>>.(2023a)

WHO - **Dementia** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>>.(2023b)

WHO - **Social determinants of health** [Em linha] [Consult. 8 jul. 2023]. Disponível em WWW:<URL:https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1>.(2023c)