



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



XI Curso de Mestrado em Saúde Pública
Área de Especialização em Promoção e Protecção da Saúde



PLANEAR E INOVAR:

Contributo para o planeamento de recursos com base nas necessidades auto-avaliadas pela população com 65 e mais anos

Sofia Isabel Rasgado Rodrigues Monteiro da Cunha

Orientadora: Professora Doutora Carla Nunes

Co-Orientadora: Professora Doutora Ana Escoval

Lisboa, 28 Julho 2010

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Artº 23º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. n.º 60, Série I-A de 2006-03-24.

À Matilde e à Madalena...

Agradecimentos

A realização deste projecto não teria sido possível sem a partilha de conhecimentos, motivação, apoio e desafios de algumas pessoas a quem desde já agradeço.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Carla Nunes, orientadora, não só pela grande disponibilidade e paciência, mas acima de tudo pelo rigor científico e interesse demonstrados nas diferentes fases de execução deste projecto.

À Professora Doutora Ana Escoval, co-orientadora, pelos conselhos e sugestões.

Ao Professor Doutor Teodoro Briz pelas conversas iniciais em torno da definição do tema.

À Dra. Isabel Andrade e colegas do Centro de Documentação e Informação da Escola Nacional de Saúde Pública pela disponibilidade e apoio prestados.

Ao Instituto Nacional de Estatística a cedência de informação do 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), no âmbito do protocolo estabelecido entre este e a Professora Doutora Carla Nunes, orientadora científica deste trabalho de projecto.

Ao Instituto de Segurança Social, I.P. pela disponibilização das bases de dados e outra informação sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, imprescindíveis para o desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Ana Gomes pela amizade e compreensão pelas ausências.

Ao Tiago Barata pela cedência das fotografias utilizadas na composição gráfica da capa.

À minha amiga Vanda pelo desafio proposto e companheirismo ao longo de todo o percurso.

Às minhas colegas e amigas Teresa e Inês pelas longas “sabatinas” à volta da camilha, amizade e paciência com uma especial referência à Teresa por tomar conta de nós.

Aos amigos pela compreensão, carinho e apoio.

À minha família pelo estímulo, paciência, compreensão, presença e apoio constante nos afazeres quotidianos e, por todo o tempo e disponibilidade em que estive “mergulhada” neste projecto.

Agradeço ainda à Fátima Freitas e à Isabel Rasgado a leitura crítica que fizeram deste texto.

E em especial ao meu pai que, apesar de não ter vivenciado este percurso, esteve sempre comigo.

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento da população ocorre em todas as sociedades desenvolvidas, resultando num aumento da prevalência da dependência funcional, associado recorrentemente à presença de doenças crónicas. Estes novos padrões demográficos, epidemiológicos, implicando populações vulneráveis com necessidades específicas, resultam em desafios incontestáveis. Como resposta a este novo paradigma, em 2006, Portugal implementa a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Finalidade/objectivos: Caracterização da população com base no perfil das necessidades auto-referidas pelas pessoas com ≥ 65 anos, com algum nível de independência/dependência nas actividades de vida diária e/ou com pelo menos uma doença crónica. Pretende-se, ainda, desenvolver uma metodologia que permita simular cenários que contribuam para o planeamento do número de camas para internamento de carácter permanente em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) da RNCCI.

Metodologia: Construção de dois indicadores: índice de independência/dependência e existência ou não de doenças crónicas. Análise estatística e caracterização, individual e conjunta, das variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, auto-avaliação do estado de saúde, nível de independência/dependência e/ou existência de pelo menos uma doença crónica. Simulação de cenários com base nas metas definidas pela RNCCI para 2013.

Resultados e Conclusões: Da aplicação do índice de independência/dependência, resulta que 78,8% são independentes na realização das actividades de vida diária e 21,2% apresentam algum nível de dependência. À excepção do Centro, todas as regiões apresentam padrões similares.

Globalmente, os resultados obtidos vão de encontro aos enunciados na literatura internacional, realçando-se apenas alguns mais pertinentes:

Observa-se uma predominância de mulheres idosas. Destaca-se também uma relação directa entre a idade e os níveis de dependência. As variáveis socioeconómicas indicam que a existência de algum nível de dependência tende a ser mais frequente entre os que têm menor escolaridade e rendimento. Em média o estado de saúde é auto-avaliado como mau, piorando com o aumento da idade e níveis de dependência mais acentuados e melhorando com o aumento da escolaridade.

Da simulação de cenários destaca-se que, face às 4 camas previstas nas metas de 2013, seria de alocar em média 1,7 camas ou 1 cama ao internamento permanente em ULDM.

Trabalhar em rede implica canais de comunicação. A incorporação da distribuição espacial das necessidades e serviços com recurso aos sistemas de informação geográfica torna-se numa mais-valia. Possibilita avaliar hipóteses, análises sustentadas e disseminação de informação e resultados, contribuindo para um planeamento, monitorização e avaliação mais eficaz e eficiente das actividades do sector da saúde.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Dependência, Actividades de Vida Diária, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Planeamento, Sistema de Informação Geográfica

Abstract

Background: Population aging occurs in all developed societies resulting in an increased prevalence of functional dependence, frequently associated with the presence of chronic diseases. These new demographic and epidemiological patterns, which include dependency and vulnerability situations, with specific needs, result in undeniable challenges. In response to this new paradigm, in 2006, Portugal implements the National Network for Integrated Care (RNCCI).

Aim/Objectives: Characterize the population based on the self-reported needs of ≥65 year's people, with some level of independence/dependency in activities of daily living and/or with at least one chronic disease. Also intends to develop a methodological approach that allows scenarios simulation which contributes to the planning of the number of permanent inpatient beds in Long Term Care Units (ULDM) of RNCCI.

Methods: Construction of two indicators: independence/dependence index and existence of chronic diseases. Statistical analysis and characterization, individually and jointly, of sociodemographics, socioeconomics, self-assessment of health status, level of independence/dependence and/or existence of at least one chronic disease variables. Scenarios simulation based on RNCCI targets set for 2013.

Results and Conclusions: According with independence/dependence index, 78.8% are independent in carrying out the activities of daily living and 21.2% have some level of dependency. With the exception of the Centro-region, all regions have similar patterns.

Generally, the results are concordant with international literature, highlighting here only some of the most relevant results:

A predominance of older women is observed. A direct relationship between age and levels of dependence is emphasized. Socio-economic variables indicate that the existence of some level of dependency tends to be more frequent among those with lower income and education levels. On average, health status is self-assessed as poor, being even more critical with aging and higher dependency level. On the other hand, high education levels are related with better health status.

Scenarios simulations highlights that, based on 4 beds considered in the 2013 planned goals, an average of 1.7 or 1 beds in ULDM should be allocated to permanent inpatient beds.

Networking involves communication channels. The incorporation of spatial distribution of needs and services using geographical information systems becomes an added value. It enables hypothesis, evaluation, sustainable analysis and information and results dissemination, contributing to a more effective and efficient planning, monitoring and assessment of the health sector activities.

Keywords: Aging, Dependency, Activities Daily Living, National Network for Integrated Care, Planning, Geographic Information System

ÍNDICE

1. Enquadramento e pertinência do tema	1
1.1 Introdução	1
1.2 Justificação do tema	3
1.3 Finalidade e objectivos do estudo	6
2. Enquadramento teórico	8
2.1. Envelhecimento	8
2.1.1. Envelhecimento Demográfico	8
2.1.2. Incapacidade de Longa Duração	14
2.1.3. Modelo de Incapacidade	16
2.1.4. Independência <i>versus</i> dependência	17
2.1.5. Auto-avaliação do Estado de Saúde	20
2.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	21
2.2.1. Contextualização e objectivos da RNCCI	21
2.2.2. Expansão e gestão da RNCCI – Um compromisso político	24
2.2.3. Modelo de Referenciação de Utentes	28
2.2.4. Prestação de cuidados continuados integrados – alguns dados	31
2.2.5. Monitorização da RNCCI – A importância do aplicativo informático	33
2.2.6. Qualidade nas unidades e equipas da RNCCI	34
2.3. Sistema de Informação Geográfica	37
2.3.1. O espaço como categoria de análise na investigação em saúde	38
2.3.2. Evolução histórica da utilização dos Sistemas de Informação Geográfica na área da saúde	39
2.3.3. Sistema de Informação Geográfica e Saúde Pública	40
2.3.3.1. Sistemas de Informação Geográfica e planeamento em saúde	41
2.3.3.2. Alguns exemplos da utilização dos Sistemas de Informação Geográfica no contexto da Saúde em Portugal	44
2.3.4. Noções Gerais sobre Sistema de Informação Geográfica	45
2.3.4.1. Objectivos de um Sistema de Informação Geográfica	46
2.3.4.2. Critérios para Escolha das Unidades Espaciais de Referência dos Dados	48
2.3.4.3. Mapas	49
2.3.5. Constrangimentos na Utilização dos Sistemas de Informação Geográfica	50
2.3.6. Desafios Futuros à utilização dos SIG Sistemas de Informação Geográfica	51
3. Fontes de Informação e Metodologia	54
3.1. Definição da população	54
3.2. Tipo de estudo	55
3.3. Fontes de informação e variáveis em análise	56
3.4. Metodologia	58
3.4.1. Construção do Índice de independência/ dependência em actividades de vida diária baseado no Índice de <i>Barthel</i> modificado por <i>Granger et al.</i>	60
3.4.2. Doenças Crónicas	65

3.4.3. Construção de Cenários	66
3.4.4. Elaboração de mapas	70
3.5 Limitações e viéses	71
4. Apresentação comentada dos resultados	73
4.1. Índice de independência/ dependência em actividades de vida diária	73
4.2. Cénarização	91
5. Conclusões	102
6. Desenvolvimentos futuros	110
Bibliografia	112
Anexos	118

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1	Índice de Envelhecimento por Concelho – 2007	10
Figura 2	Índice de Dependência de Idosos por Concelho – 2007	11
Figura 3	Taxa de Execução do total de camas de internamento (31-12-2009) face às metas de 2013	25
Figura 4	Metas para 2013 referentes ao total de camas de internamento	25
Figura 5	Taxa de Execução das camas em ULDM (31-12-2009) face às metas de 2013	26
Figura 6	Metas para 2013 referentes às camas em ULDR	26
Figura 7	Concelhos com Unidades de Internamento a 31 de Dezembro de 2009 (a, b, c,d)	27
Figura 8	Modelo de referenciação centrado no utente	28
Figura 9	Opções metodológicas	58
Figura 10	Pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de dependência por existência ou não de doença crónica	75
Figura 11	Níveis de dependência por região	76
Figura 12	Distribuição da população por género, segundo as classes etárias	77
Figura 13	Distribuição da população por região, segundo o género	78
Figura 14	Caracterização da população por nível de independência/ dependência, segundo o género	79
Figura 15	Distribuição da população por classes etárias, segundo o nível de independência/ dependência	79
Figura 16	Distribuição da população por região, segundo as classes etárias	80
Figura 17	Situação de independência/ dependência, segundo o estado civil legal	81
Figura 18	Distribuição da população por nível de independência/ dependência, segundo a escolaridade	83
Figura 19	Distribuição do rendimento mensal familiar das pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica	84
Figura 20	Rendimento mensal familiar das pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica, por região	85
Figura 21	Auto-avaliação do estado de saúde por género	87
Figura 22	Auto-avaliação do estado de saúde por classe etária	87
Figura 23	Auto-avaliação do estado de saúde por nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica	88

Figura 24	Auto-avaliação do estado de saúde, segundo o nível de ensino	89
Figura 25	Valor da média da auto-avaliação do estado de saúde por região	90
Figura 26	Auto-avaliação do estado de saúde pelas sub-populações consideradas na cenarização	94
Figura 27	Número de camas com carácter permanente por região, segundo a distribuição das sub-populações por cenário	97
Figura 28	Distribuição geográfica da população com mais de 65 anos, segundo a estimativa para 2013 e o número de camas previstos em ULDM (rácio de 4 camas/ 1000 habitantes, num total de 7.955 camas)	99
Figura 29	Cenários segundo os valores médios encontrados para o internamento permanente em ULDM (a e b)	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis de caracterização demográfica, socioeconómica e do estado de saúde da população em estudo	57
Tabela 2	Correspondência entre as questões do grupo 4 do 4º INS e os indicadores do Índice de <i>Barthel</i> modificado	63
Tabela 3	Correspondência entre os diagnósticos principais dos utentes referenciados para a RNCCI e as questões do grupo 5 do 4º INS	65
Tabela 4	Número de pessoas independentes/ dependentes na realização das AVD e/ ou pelo menos uma doença crónica, resultante da aplicação do índice de independência/ dependência	73
Tabela 5	Níveis de independência/ dependência e número de doenças crónicas	74
Tabela 6	Sub-populações, variáveis e pressupostos utilizados na construção dos cenários	91
Tabela 7	Caracterização sociodemográfica, socioeconómica e auto-avaliação do estado de saúde das sub-populações consideradas para a construção dos cenários	92
Tabela 8	Resultados da Cenarização	95

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. Iª Série-A. 109 (6-06-2006) 3856-3865 – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
Anexo 2	Índice de <i>Barthel</i> modificado por <i>Granger et al.</i> , com 15 actividades e 3 níveis de pontuação
Anexo 3	Reposicionamento da pontuação do Índice de Independência/ Dependência e correspondência à classificação do Índice de <i>Barthel</i> modificado por <i>Granger et al.</i>
Anexo 4	Rácios para o desenvolvimento da RNCCI, por tipologia de internamento
Anexo 5	Número de camas com carácter permanente por região, segundo a distribuição das sub-populações por cenário
Anexo 6	Planeamento do número de lugares de internamento para o quadriénio 2010/2013

LISTA DE SIGLAS

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Actividades de Vida Diária
IAI – Instrumento de Avaliação Integrado
IB – Índice de *Barthel*
IID – Índice de independência/ dependência
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CS – Centros de Saúde
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECR – Equipa Coordenadora Regional
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EVSÍ – Esperança de Vida Sem Incapacidades
LVT – Lisboa e Vale do Tejo (Região de)
OMS – Organização Mundial da Saúde
MS - Ministério da Saúde
MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIG – Sistema de Informação Geográfica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
TAI - Termo de Aceitação de Internamento
UC - Unidade de Convalescença
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

“Todos os sociólogos sonharam num dia ou noutro que os seus trabalhos poderiam ter um efeito social. Todo o sociólogo teve o desejo de ver as suas pesquisas modificar a sociedade. Por detrás de qualquer sociólogo dormita a ideia de mudança social.”

(Rémy Hess, 1983)

1.Enquadramento e pertinência do tema

1.1.Introdução

O estudo que a seguir se apresenta insere-se no âmbito do trabalho de projecto do XI Curso de Mestrado em Saúde Pública.

A configuração estrutural da actualidade reveste-se de um conjunto de dimensões entre as quais se destaca o envelhecimento demográfico da população e consequentes implicações como a dependência e as doenças crónicas. É inquestionável que as perdas funcionais têm elevada prevalência nas idades avançadas e impacte a nível da morbilidade, sobrevivência, funcionalidade e qualidade de vida individual e familiar.

As trajectórias de vida mais longas e as perturbações várias sofridas ao longo do ciclo de vida afectam não só os percursos individuais como se repercutem no sistema, com custos sociais e económicos. É inegável a presença acrescida da população idosa no sistema de saúde e de protecção social e da necessidade crescente de integrar uma visão alargada destes dois sectores em articulação com outros intervenientes do sector social e privado.

A implementação e desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), surge como resposta a esta necessidade, sendo que o internamento de carácter permanente em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) poderá ser a resposta adequada para algumas situações de maior vulnerabilidade e fragilidade.

Assim, a partir das necessidades da população com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica, diagnosticada(s) com base no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS 2005/2006), pretende-se contribuir para o conhecimento de quem são os potenciais utentes da RNCCI, na tipologia de ULDM, por forma a apoiar os decisores no planeamento do número de lugares a alocar ao internamento de carácter permanente, bem como sobre a sua localização, garantindo o princípio da proximidade da prestação dos cuidados de saúde e apoio social a quem deles necessita.

O objectivo central do primeiro capítulo prende-se com a justificação e pertinência do tema em estudo e definição dos objectivos gerais e específicos que se pretendem alcançar.

No segundo capítulo, realiza-se uma revisão da literatura sobre os temas considerados como essenciais para a discussão desta problemática. O primeiro sub-capítulo é dedicado ao envelhecimento demográfico, onde são apresentados alguns dados relativos à estrutura demográfica da população. Nos sub-capítulos seguintes são elencadas algumas questões subjacentes ao processo

de envelhecimento, designadamente é abordado o modelo de incapacidade que sustenta que as doenças são o principal determinante das deficiências e perdas funcionais que conduzem à incapacidade, o modelo de independência *versus* dependência que assenta na função da necessidade ou não de apoio de terceiros para a realização de tarefas vitais e os índices de medida que operacionalizam a sua avaliação. São ainda tecidas algumas considerações sobre o indicador auto-avaliação do estado de saúde, dado que a sua utilização permite uma visão alargada de um conjunto de dimensões da saúde avaliadas pelo próprio indivíduo.

De seguida é abordada a RNCCI enquanto sistema de nível intermédio, centrado no doente, que visa preencher o hiato existente entre o internamento e tratamento hospitalar e o regresso ao domicílio, é contextualizado o seu surgimento e definidos os objectivos e princípios preconizados. Optou-se, ainda, por apresentar alguns dados sobre o seu desenvolvimento e planeamento, bem como sobre a caracterização dos utentes referenciados e prestação de cuidados. O conhecimento prévio desta informação contribuiu para algumas das opções metodológicas.

O terceiro sub-capítulo abrange o sistema de informação geográfica (SIG) considerado como um instrumento de planeamento capaz de contribuir para a identificação de necessidades da população e distribuição espacial de estruturas de cuidados de saúde e apoio social. É ainda salientado o seu impacte e mais-valia enquanto potenciador da comunicação e visualização de resultados.

No segundo capítulo são apresentadas as fontes de informação e o processo metodológico, definição da população e tipo de estudo.

No sub-capítulo dedicado à metodologia são descritas as etapas metodológicas. Dado tratar-se de um processo, que se reveste de alguma complexidade, optou-se por especificar em sub-pontos a construção dos indicadores referentes ao índice de independência/ dependência (IID) baseado no Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* e à existência ou não de doenças crónicas. Por outro lado, são evidenciados os pressupostos que estiveram na base da construção dos cenários e das sub-populações correspondentes. Por último, atendendo à utilização de mapas temáticos como fonte de comunicação e visualização dos resultados, serão identificados alguns princípios a considerar na sua construção.

No sub-capítulo das limitações e viéses são identificados alguns constrangimentos relacionados com a principal fonte de dados utilizada (INS), designadamente quanto à utilização dos ponderadores e o facto de o nível de agregação dos dados só ser representativa para as Regiões, impossibilitando uma análise geográfica mais detalhada, entre outras.

Optou-se por dividir a apresentação comentada dos resultados em dois sub-capítulos. O primeiro é dedicado à análise estatística e caracterização da população com 65 ou mais anos com independência/ dependência e/ ou doença crónica, considerando, individualmente e conjuntamente, as variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, sobre a auto-avaliação do estado de saúde, nível de independência/ dependência e/ou existência de pelo menos uma doença crónica.

No segundo sub-capítulo e, a partir da análise dos perfis de necessidades e incorporando os dados do Plano de Implementação para 2010-2013 da RNCCI, são elaborados cenários que contemplam a ocupação de camas com carácter permanente em ULDM, dentro do rácio de 4 camas por 1000 habitantes com mais de 65 anos definido.

Encarar as simulações resultantes dos cenários, na perspectiva do planeamento, será o resultado contingente da articulação de actividades de pesquisa e investigação, da definição de políticas públicas, de decisões de investimento público e privado e, naturalmente, da acção pública dos cidadãos e das suas organizações.

Por ultimo, são elencadas as conclusões e apresentadas algumas propostas para desenvolvimentos futuros na área da investigação.

1.2.Justificação do tema

O envelhecimento da população está a ocorrer em todas as partes do globo, mais profundamente nas áreas desenvolvidas. Resultado da combinação do aumento da esperança de vida e do decréscimo da taxa de natalidade, esta “revolução da longevidade” resultará no aumento do número de pessoas com mais de 80 anos entre os quais a prevalência da dependência funcional é mais prevalente.

De acordo com os resultados do INS (2005/2006) se, por um lado, se verifica que os portugueses podem esperar viver mais e sem nenhuma incapacidade de longa duração, esta situação vai diminuído com o avanço da idade. Por outro lado, observa-se uma esperança de vida para as mulheres superior à encontrada para os homens. Contudo, a proporção de esperança de vida que as mulheres podem esperar viver sem nenhum tipo de incapacidade é sempre inferior à dos homens, aumentando esta diferença com a idade.

Segundo a evolução dos indicadores do referido inquérito (1998/1999 e 2005/2006) a proporção de indivíduos que declarou estar sempre acamado, sentado numa cadeira ou limitado à sua casa para se movimentar, aumentou de 2,3% para 3,1%.

Barker (2008) refere que existe uma associação forte entre as limitações funcionais para a realização de actividades de vida diária e a presença de doenças crónicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as doenças crónicas representem mais de 60% da morbilidade mundial e, consequentemente, uma ameaça para a saúde pública das populações (Couceiro *et al.*, 2009).

O envelhecimento parece surgir cada vez mais associado ao declínio funcional e aparecimento de incapacidades físicas, psíquicas e sociais entre as pessoas idosas, em consequência de processos relacionados com determinadas doenças crónicas. Nas últimas décadas, a dependência, enquanto factor de risco associado a este processo, transformou-se num desafio para às sociedades desenvolvidas.

Contudo e, como aponta Fernandes (1997), “por si só, o aumento proporcional das pessoas idosas poderia não vir a constituir um problema social, apesar de a velhice representar a fase da vida em que as capacidades e as resistências físicas vão gradualmente diminuindo, mas uma vez que se desenvolve num contexto desfavorável em que operam um conjunto de outros factores, como a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade das formas familiares, pouca disponibilidade da família para dar apoio às pessoas idosas (sobretudo às dependentes), a crise dos sistemas de protecção social, a despersonalização das relações sociais, estes factores vêm agravar as condições de vida das pessoas idosas, que ficam numa posição social desfavorável”.

Em 1974, a OMS, reconhecendo esta preocupação e desafio, reuniu um painel de peritos para discutir o planeamento e a organização dos serviços geriátricos, sendo que as recomendações elaboradas apontam no sentido dos países desenvolverem um conjunto alargado de serviços de qualidade para pessoas idosas que incluam a prevenção na área da saúde e social, avaliação multidisciplinar, prestação de cuidados integrados de saúde e apoio social e de reabilitação desenvolvidos em ambiente de internamento, ambulatório e no domicílio, acessíveis a todos os que deles necessitem (Barker, 2008).

Perante os novos padrões demográficos, epidemiológicos, situações de dependência e de fragilidade com necessidade de apoio social e familiar, isolamento das pessoas idosas e novas formas de organização familiar, na perspectiva da saúde pública e sociológica, esta realidade resulta em desafios incontestáveis para todos os interventores, particularmente, para os sistemas sociais e de saúde, que devem garantir a acessibilidade, a equidade e a qualidade na prestação de cuidados de saúde e apoio social de forma sustentada. Sendo um fenómeno que se reveste de várias dimensões,

passou a estar presente na agenda política e na definição de medidas de política adequadas às lacunas entretanto emergentes.

Simultaneamente, outros agentes como as famílias, instituições sociais de solidariedade social e associações têm trazido para o fórum de discussão as suas preocupações crescentes e desenvolvido e alargado o leque das respostas sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, residências assistidas). Contudo, face à grande diversidade e ocorrência crescente de situações, as respostas criadas, traduzem-se em recursos insuficientes e, em determinados casos, desadequados às exigências e necessidades que o envelhecimento envolve.

Em 2006, surge em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, incorporando um novo paradigma baseado nos princípios da intersectorialidade de parceiros (Estado como principal incentivador, representado pelo Ministério da Saúde e Trabalho e Solidariedade Social, e sector social e privado) com a finalidade de aumentar o grau de autonomia de pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada, e que necessitem de cuidados de saúde e/ou de apoio social, garantindo a prestação de cuidados continuados integrados e de ajustar a oferta de cuidados de saúde e de apoio social às necessidades dos utentes.

Face aos desafios actuais e considerando o perfil de necessidades, o modelo de intervenção dos cuidados continuados integrados preconizado defende uma abordagem assente no planeamento holístico e na intervenção multidisciplinar do cuidar, ou seja, na prestação de cuidados centrados na pessoa, na definição de planos de cuidados individuais, mais centrados naquilo que as pessoas ainda podem fazer e menos nas suas incapacidades e a constituição de equipas multidisciplinares.

Apesar de na opinião de vários autores (Costa-Font, J. *et al.*, 2008 ; Comas-Herrera, A. *et al.*, 2003, citados por Nogueira, 2009) existir um amplo grau de incerteza acerca do volume e do tipo de procura futura de serviços de cuidados continuados integrados, o seu planeamento e desenvolvimento baseados nos princípios do acesso, equidade, qualidade e sustentabilidade, surgem como inquestionáveis.

Assim, entende-se como pertinente desenvolver este estudo que com base no perfil das necessidades auto-referidas pelas pessoas com 65 ou mais anos, com alguma independência/ dependência nas actividades de vida diária e/ ou com pelo menos uma doença crónica (INS 2005/2006), permite elaborar cenários que contribuam para o planeamento do número de camas em ULDM a alocar ao internamento de carácter permanente.

1.3.Finalidade e objectivos do estudo

O presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento de quem são os potenciais utentes da RNCCI, na tipologia de ULDM, por forma a apoiar os decisores no planeamento do número de lugares e da sua localização, garantindo o princípio da proximidade da prestação dos cuidados de saúde e apoio social a quem deles necessita.

Para alcançar esta finalidade fixaram-se três objectivos gerais:

1. Construir um índice de independência/ dependência que possibilite caracterizar a população com 65 ou mais anos quanto à realização das actividades de vida diárias e evidenciar potenciais utentes das ULDM.
2. Perspectivar cenários que contemplem, dentro das metas previstas da RNCCI para 2013, um rácio específico para o internamento com carácter permanente nas ULDM.
3. Questionar a pertinência do SIG como instrumento de planeamento de serviços de saúde e apoio social e comunicação, aplicado ao um contexto específico da RNCCI.

Decorrentes destes objectivos gerais, construíram-se vários objectivos específicos.

Para responder ao primeiro, consideraram-se as necessidades auto-avaliadas pela população com 65 ou mais anos - *Como as pessoas dizem que se sentem...* - no 4º INS (2005/2006), designadamente do grupo 4 – Incapacidade de Longa Duração e grupo 5 – Doenças Crónicas e definiu-se:

- Analisar a população face aos níveis de dependência e doença crónica;
- Caracterizar a população com 65 e mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ ou com pelo menos uma doença crónica, em termos demográficos, socioeconómicos e auto-percepção do estado de saúde.
- Discutir a viabilidade da auto-avaliação do estado de saúde enquanto indicador do nível de dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica.

Quanto ao segundo objectivo geral e, após a análise dos perfis de necessidades com base nos resultados do INS, estabeleceu-se:

- Definir as sub-populações em que se baseiam os cenários;
- Analisar e descrever as características das sub-populações;
- Projectar dois cenários por sub-população, segundo o rácio definido pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

Relativamente ao terceiro objectivo, importa referir que no desenho inicial do estudo considerou-se fazer uma ampla discussão sobre a introdução de uma ferramenta específica como o SIG no contexto da RNCCI. Contudo, os dados do INS não possibilitam uma análise geográfica para além das Regiões o que limitou o desenvolvimento na íntegra deste objectivo. Não obstante, fixou-se:

- Cartografar os dados;
- Discutir as vantagens e desvantagens da utilização de um SIG ao nível do planeamento de serviços de saúde e apoio social e comunicação de resultados;

Tendo como base o objectivo presente no Dec-Lei 101/2006, de 6 de Junho (anexo 1), Artigo 4.º, alínea g) “a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos” e o princípio descrito no Artigo 6.º, alínea d) “proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade”, espera-se com o desenvolvimento destes cenários contribuir para:

- adequar as respostas já existentes à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade;
- a distribuição equitativa das respostas a nível territorial;
- o processo de tomada de decisão, ou seja, contribuir para que os decisores políticos e técnicos privilegiem a promoção de determinado tipo de respostas de cuidados continuados integrados, em detrimento de outras, em territórios específicos, bem como a imputação de verbas/ financiamento provenientes quer do sector da saúde, quer da segurança social.

2. Enquadramento teórico

2.1. Envelhecimento

“O envelhecimento é importante, normal e inevitável. É das coisas boas que só acontece a quem está vivo.” (Veloso, C., 2009)

O envelhecimento é uma temática que se reveste de dimensões de carácter filosófico e científico. Se encontrar uma definição suficientemente abrangente para o envelhecimento é uma tarefa complexa, visto tratar-se de um conceito multidimensional e multifactorial, é inquestionável o seu entendimento enquanto processo¹ inevitável e irreversível. De facto, trata-se de um processo que constitui uma experiência e uma fase que devem ser consideradas como parte integrante do ciclo de vida, podendo ser abordado segundo aspectos demográficos, biológicos, psicológicos e sociais. Considerando os objectivos deste estudo optou-se por privilegiar as questões do envelhecimento demográfico.

2.1.1. Envelhecimento Demográfico

O crescimento da proporção de gerações mais velhas na população total ou envelhecimento demográfico é apontado por vários autores como o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera pública (necessidade de criação de novas medidas de política) e privada (adopção de novos estilos de vida).

De acordo com a definição do Instituto Nacional de Estatística (INE), o envelhecimento demográfico traduz-se no aumento da população com mais de 65 anos na população total, em detrimento da população jovem e/ ou da população activa.

Ao longo do século XX, a estrutura etária da população portuguesa sofreu grandes alterações. Por um lado, verificou-se uma diminuição da mortalidade e um aumento contínuo da longevidade. Por outro lado, observou-se um declínio da natalidade com efeitos directos na dimensão dos efectivos mais jovens.

Para além destas variáveis demográficas, reconhece-se actualmente que os fluxos migratórios, internos e externos, com consequência directa e imediata na estrutura etária da população, sobretudo em idade activa, e indirecta, pelas transferências de nascimentos que originam, contribuíram para a alteração da estrutura demográfica e para o aceleração do envelhecimento

¹ Importa salientar que o envelhecimento não é sinónimo de velhice. A velhice é entendida como um estado que caracteriza um grupo de determinada idade.

demográfico. Esta tendência dominante das populações dos países desenvolvidos corresponde a uma pirâmide de idades com um estreitamento na base devido à diminuição da população jovem e um alargamento do topo, em consequência do aumento da população idosa, traduzindo um desequilíbrio crescente entre gerações. “A tendência, que se tem manifestado de forma crescente, é para um desequilíbrio considerável entre as gerações, ou seja, o aumento dos mais velhos é relativamente empolado pela redução dos mais novos, contribuindo desse modo, para o agravamento do desequilíbrio intergeracional” (Fernandes, 2001).

De acordo com a análise realizada por Gil (2010), enquanto que em 1960 a população portuguesa com mais de 65 anos representava 8%, em 2001 o número de idosos correspondia a 16,4% da população total, ultrapassando, pela primeira vez, a dos jovens (16%). Utilizando como referência os valores relativos ao Censo de 1991 e de 2001, concluiu que a população jovem diminuiu cerca de 4% e que a população idosa aumentou 2,8%. No mesmo período, em consequência do declínio da natalidade que se acentuou na década de 80, a população jovem em idade activa (dos 15 aos 24 anos) diminuiu 2% e, em contrapartida, o grupo dos 25 aos 64 anos aumentou 3,2%.

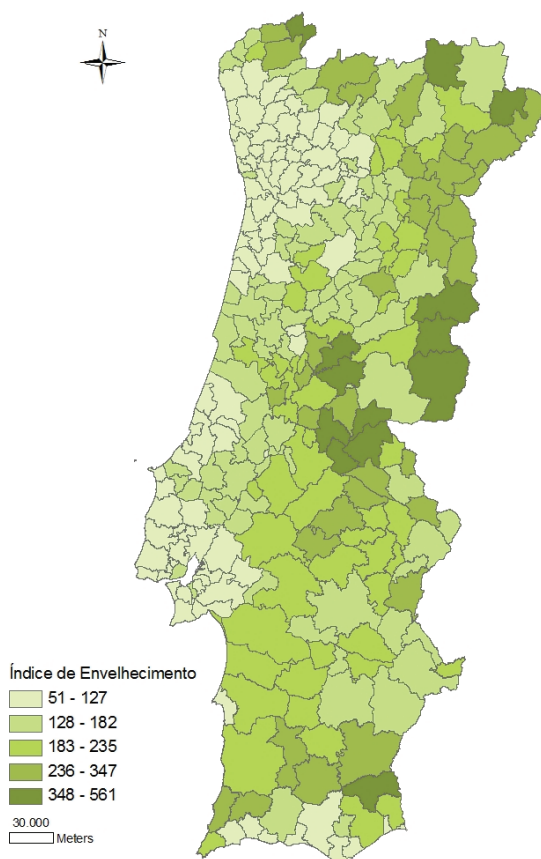
Segundo Santana (2008a), nos últimos 16 anos a população residente em Portugal Continental aumentou 6,9%, sendo que o crescimento no grupo etário com 65 e mais anos foi de 34,6%, tendo passado de 14,0% (1.328.036) para 17,6% (1.787.344). Se o aumento da população neste grupo etário constitui um traço do envelhecimento demográfico, também assume especial expressão o grupo dos indivíduos com mais de 75 anos, espelhando um envelhecimento da própria população idosa.

Gil (2010) considera na sua análise o marco dos 75 anos e refere que em 1981 as pessoas com mais de 75 anos representavam 3,9% do total da população, em 1991 o valor sobe para 5,4% e em 1998 corresponde a 7% da população total. Por sua vez, Santana (2008a) valoriza a população com 85 e mais anos e salienta que em 1991 representavam 1,0% (91.058), estimando-se que correspondam em 2007 a 1,7% do total da população (173.164 indivíduos), ou seja, assiste-se a uma quase duplicação da população neste grupo etário. Acrescenta, ainda, que as projecções elaboradas pelo INE prevêem que em 2040 os grupos populacionais com 65 e mais anos e 85 e mais anos serão, respectivamente de 28,8% e 3,8% do total de residentes.

Os dados apresentados retratam, inegavelmente, o envelhecimento da própria população idosa, que se fará sentir a um ritmo excepcional, sobretudo no grupo dos mais idosos, independentemente de se estabelecer o marco nos 75 ou 85 anos. Como indica Fernandes (2007) existe uma proporção cada vez maior de indivíduos da mesma geração que atinge idades mais elevadas, estando-se a assistir a um processo de “explosão sénior” que irá, progressivamente, acentuar-se nas próximas décadas.

O índice de envelhecimento², entre 1991 e 2001, aumentou de 68 para 102 idosos para cada 100 jovens, resultando num acréscimo de 34 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos. De acordo com a estimativa realizada pelo INE para 2007, regista-se um índice de envelhecimento de 116 indivíduos com 65 e mais anos por cada 100 jovens, prevendo-se que atinja 224/100 em 2040 e 243/100 em 2050, de acordo com o cenário base das projecções da população residente.

Figura 1 - Índice de Envelhecimento por Concelho – 2007



Fonte: Elaborado a partir das Estimativas do INE, 2007

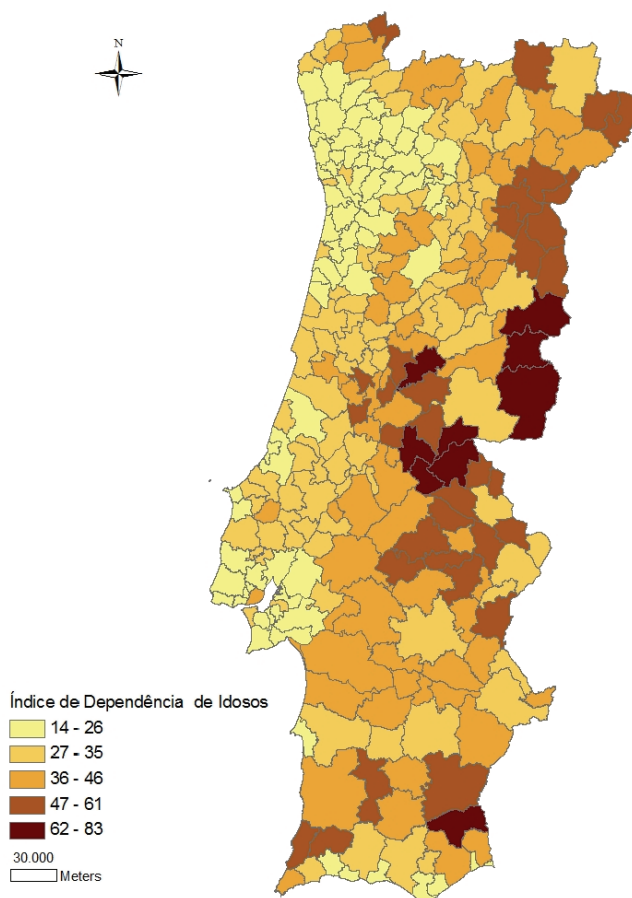
O processo de envelhecimento demográfico estende-se a todo o território nacional, persistindo alguma heterogeneidade na geografia do fenómeno. A análise geográfica do envelhecimento demográfico, segundo o índice de envelhecimento, expressa essas assimetrias (figura 1). O concelho de Vila Velha de Ródão é aquele que apresenta um índice de envelhecimento mais elevado, 561 idosos por cada 100 jovens, e o concelho de Lousada o mais baixo, 51 idosos por 100 jovens. Da observação da figura 1 é notório a mancha gráfica em torno de Vila Velha de Ródão (distrito de

² Entende-se por índice de envelhecimento a relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com mais de 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Carrilho ; Gonçalves, 2004).

Castelo Branco) que engloba ainda os concelhos de Mação (distrito de Santarém), Nisa e Gavião (distrito de Portalegre), bem como o *continuum* constituído pelos concelhos fronteiriços desde Idanha-a-Nova (distrito de Castelo Branco) até Vimioso (Distrito de Bragança). Por outro lado, em torno do concelho do Porto (com um índice de dependência de 157 pessoas idosas por 100 jovens) expande-se uma mancha homogénea constituída pelos concelhos que apresentam índices de envelhecimento mais baixos, tendência verificada também para Lisboa (com um índice de dependência de 177 idosos por 100 jovens), contudo com um raio menor de abrangência.

Em suma, se em torno destas duas cidades portuguesas observam-se índices de envelhecimento entre os 51 e os 127 por 100 jovens, sendo uma tendência que se estende a todo o litoral, atingindo em alguns concelhos valores considerados na classe que compreende os índices de 128 a 182, à excepção do sudoeste alentejano e algarvio, no interior das regiões do centro e norte verificam-se os valores mais elevados do índice de envelhecimento. A tendência aponta para uma manutenção das assimetrias entre o litoral, com uma população mais jovem e o interior com uma população mais idosa.

Figura 2 - Índice de Dependência de Idosos por Concelho – 2007



Fonte: Elaborado a partir das Estimativas do INE, 2007

Relativamente ao índice de dependência de idosos³, a estimativa realizada pelo INE para 2007 indica que existem 26 pessoas em idade não activa para 100 indivíduos em idade activa, prevendo-se que aumente para 49/100 em 2040 se as hipóteses do cenário base das projecções se verificarem.

Da análise da figura 2, ressaltam as profundas assimetrias ao nível geográfico expressas pelo índice de dependência de idosos. Idanha-a-Nova é o concelho com o índice mais elevado (83) e Paredes aquele que apresenta o valor mais baixo (14). Ao comparar-se as duas representações cartográficas (figura 1 e 2), ressalta a quase coincidência entre manchas gráficas, o que poderá indiciar que nos concelhos assinalados pelas classes mais escuras é o fenómeno do envelhecimento que contribui para o nível de dependência nestes concelhos.

Factores como a melhoria das condições de vida (sociais e económicas) e da qualidade dos serviços de saúde (melhoria do acesso aos cuidados de saúde, evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica) contribuíram para o declínio da mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil e, consequentemente para o aumento da esperança de vida à nascença “que se aproxima do limite máximo possível da sobrevivência média de uma geração” (Fernandes, 2007).

Segundo Santana (2008a) a esperança de vida à nascença⁴ aumentou 4,5 anos em 15 anos, passando de 74,2 anos, em 1991, para 78,7 anos, em 2006. Contudo, este indicador comporta-se distintamente face ao género, devido à sobremortalidade masculina, apresentando valores mais elevados nas mulheres. Em 2006 a esperança de vida para as mulheres portuguesas situava-se em 81,9 e para os homens era de 75,4. Embora a esperança de vida à nascença das mulheres seja superior à dos homens, esta tem sido mais acentuada no sexo masculino. Entre 1991 e 2006, a esperança de vida à nascença para indivíduos do sexo masculino aumentou 4,7 anos, ou seja, 6,6%, tendo-se verificado para o sexo feminino um aumento um pouco menos acentuado de 4,2 anos que corresponde a um crescimento relativo de 5,4%.

Na perspectiva de Fernandes (2001) o facto das mulheres sobreviverem mais do que os homens faz com que a velhice seja essencialmente uma velhice no feminino, apontando para esta sobrevivência desigual entre género, alguns aspectos diferenciais de teor biológico e social. No caso das mulheres, aponta a vantagem biológica do organismo genético feminino conjugada com a evolução e melhoria das condições da saúde reprodutiva das mulheres (gravidez e parto), bem como a maior habilidade das mulheres para tirarem proveito do progresso sanitário. No domínio social são referidas as

³ Entende-se por índice de dependência de idosos a relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Carrilho ; Gonçalves, 2004).

⁴ A esperança de vida à nascença traduz o número de anos que um indivíduo à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade observadas no momento.

vantagens da sociabilidade feminina, mesmo em idades mais avançadas. Tendencialmente as mulheres estabelecem uma rede de relações mais alargada (familiares, amigos, vizinhos), onde os relacionamentos revestem-se de carácter mais intenso e de contacto frequente, para além de receberem apoio de várias origens. Esta sociabilidade feminina, emocionalmente mais intensa e diversificada, actua como factor protector, oferecendo melhores condições de adaptabilidade a situações traumáticas que sucedem ao longo do ciclo de vida. Quanto aos homens, permanecem mais expostos a riscos e a uma mortalidade violenta e prematura, o que afecta sobretudo a esperança de vida à nascença (Fernandes, 2007).

Outro indicador importante na análise do envelhecimento demográfico é aquele que traduz os ganhos em esperança de vida aos 65 anos⁵. Estima-se que os indivíduos que atingem os 65 anos vivam ainda, em média, mais 18,3 anos. Entre 1991 e 2006, o aumento da esperança de vida aos 65 anos foi de 2,2 anos para os homens e de 2,6 anos para as mulheres. Relativamente aos valores de 1991, a variação foi de 15,6% para os homens e de 14,9% para as mulheres, representando um crescimento três vezes maior do que a variação relativa na esperança de vida à nascença no mesmo período. Os ganhos devem-se ao decréscimo da mortalidade prematura de causa evitável, com maior expressão nas mulheres (Santana *et al.*, 2008a).

Outra variável demográfica importante para o estudo da mortalidade e, conseqüentemente para a compreensão do fenómeno do envelhecimento, é o estado matrimonial. O suporte ou apoio familiar inerente à situação conjugal é considerado como um factor protector do risco de mortalidade, ou seja entende-se que o casamento é favorável a uma maior longevidade. De acordo com Fernandes (2007) estudos recentes evidenciam a importância do estatuto matrimonial de homens e mulheres na ocorrência de risco mais acentuado em certas patologias. O estudo comparativo realizado por esta investigadora sobre determinantes da mortalidade e longevidade (2007) demonstra que os homens solteiros e viúvos têm uma maior vulnerabilidade ao risco de morte relativamente aos casados e divorciados, ao longo de todas as idades. Para os homens casados verifica-se uma menor probabilidade de mortalidade ao longo dos anos, sendo apenas ultrapassados pelos homens divorciados com idades mais avançadas. A literatura indica que o divórcio é menos traumatizante para os homens em idades avançadas do que para as mulheres na mesma faixa etária, devido ao facto do estatuto social da mulher ser determinado pelo do marido e a independência económica e a autonomia da mulher serem excepções.

Relativamente às mulheres, verifica-se que até aos 55 anos a mortalidade é baixa não se detectando grandes diferenças entre os vários estados matrimoniais. À medida que a idade avança, observa-se

⁵ A esperança de vida aos 65 anos é o número de anos de vida esperados que uma pessoa com 65 e mais anos pode viver.

que as mulheres casadas apresentam menor propensão para morrer e as divorciadas uma maior probabilidade de morte. Para as mulheres solteiras e viúvas nota-se um comportamento intermédio idêntico.

Importa, por último, referir outra dinâmica relacionada com o aumento da longevidade e consequente envelhecimento da população – a existência de pessoas a viverem sós. De acordo com Guerreiro (2003) vivendo-se mais tempo, os percursos de vida dos indivíduos podem terminar numa situação de vida a sós e de não conjugalidade, principalmente para aqueles indivíduos com uma vivência conjugal mais ou menos prolongada, acompanhada muitas vezes da experiência de parentalidade e saída dos filhos do contexto residencial nuclear, a quem sucede a morte do cônjuge e consequente situação de viuvez.

As estatísticas demonstram que no conjunto das pessoas sós se inscreve um número significativo de idosos. Segundo Guerreiro (2003), as pessoas acima dos 65 anos representam 51% do total de pessoas mono-residentes, representando 20% da respectiva faixa etária. Observa-se que o contingente de idosos sós é sobretudo constituído por mulheres, resultado da sobremortalidade masculina. Quando se desagrega o grupo de idosos em 65 – 74 anos e em 75 ou mais anos, verifica-se uma maior concentração de pessoas na última faixa etária (52,3% dos idosos sós), em consequência da actual maior longevidade da população.

Este isolamento residencial nas gerações mais idosas torna premente uma intervenção mais cuidada na forma de olhar para as pessoas idosas e para o seu contexto familiar, socioeconómico e cultural e estado de saúde.

2.1.2. Incapacidade de Longa Duração

Face ao aumento da longevidade alguns estudos têm-se debruçado sobre a esperança de vida sem incapacidade (EVS), indicador que permite avaliar o número médio de anos de vida com saúde, que restam a um indivíduo de uma determinada idade, sem contrair incapacidades.

Santana (2008a) salienta que os indivíduos entre os 45 e os 49 anos, podem esperar viver, em média, mais 35,6 anos, dos quais 25,4 anos sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração, ou seja 71% da esperança de vida neste grupo etário. Apesar dos ganhos em anos de vida, a proporção de anos que se pode esperar viver sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração vai diminuindo com a idade. Os indivíduos que atinjam os 85 anos de idade têm uma esperança de vida de 5,6 anos. Destes, em média, 1,6 anos serão passados sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração (29% da respectiva esperança de vida).

Os resultados referem que, apesar dos homens apresentarem um limiar de esperança de vida à nascença inferior ao das mulheres, usufruem de uma maior esperança de vida sem incapacidade, aumentando esta diferença com a idade. Aos 65 anos, a esperança de vida dos homens é 16,4 anos, estimando-se que 9,6 anos poderão ser passados sem incapacidade de longa duração (58% da sua esperança de vida). As mulheres da mesma idade vivem em média mais 19,9 anos, dos quais 10,8 anos sem qualquer tipo de incapacidade de longa duração (54% da esperança de vida). Já para os indivíduos que atingem os 80 anos, as proporções são de 43% da esperança de vida para os homens e 34% da esperança de vida para as mulheres (Santana *et al.*, 2008a).

Segundo os dados do *Eurobarometer* (2007) referidos por Nogueira (2009), a percentagem de pessoas sem limitações é de 80% e com limitações de 19% (4% apresentam limitações severas e 15% algumas limitações). A média europeia é de 23%, sendo que os idosos têm limitações nas suas actividades devido a problemas físicos ou de saúde mental. Dos respondentes com 85 e mais anos, apenas 25% não tinham limitações nas suas actividades (pelo menos nos últimos 6 meses).

A partir dos dados do INS 1998/99 e do Censo de 2001, Gil (2010) refere que a prevalência de pelo menos um tipo de incapacidade aumenta ao longo da vida em ambos os sexos, sendo sempre predominante no sexo feminino. No entanto, salienta que se as incapacidades de curta duração, associadas à permanência na cama, surgem de forma mais acentuada entre as mulheres, sobretudo com mais de 55 anos, as incapacidades de longa duração⁶ têm maior peso entre a população feminina com idade igual ou superior a 85 anos.

Na perspectiva de Gil a prevalência da incapacidade também pode ser analisada a partir da taxa de institucionalização. Em 2001, no total da população residente em Portugal com 65 ou mais anos, 3,6% vivia em famílias institucionais⁷, correspondendo a 50.607. Este valor vai de encontro ao estimado no estudo realizado pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade em 2001, que refere 51.054 pessoas a residir em alojamentos colectivos. Esta população apresenta uma idade média de 80 anos, sendo que a institucionalização é maior entre as mulheres, acentuando-se no grupo dos 85 e mais anos. Quanto às necessidades de apoio reportadas, estas variam desde o ligeiro apoio na higiene pessoal até à necessidade de apoio em todas as actividades de vida diária, sendo que as mulheres apresentam um grau de dependência mais elevado. Como principais motivos para o recurso a estruturas sociais para pessoas idosas são mencionados a incapacidade e a doença, associados a um conjunto de razões de ordem familiar (Gil, 2010). Assim, verifica-se que o retrato

⁶A noção de incapacidade de longa duração presente no INS é utilizada para caracterizar os indivíduos face ao grau de dependência de terceiros para a realização de algumas das suas necessidades básicas, em resultado de doenças ou problemas de saúde permanentes.

⁷Famílias institucionais são definidas como o conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ou grupo. http://metaweb.ine.pt/sim/CONCEITOS/Detail.aspx?cnc_cod=178&cnc_ini=24-05-1994

social da população institucionalizada traduz o referido anteriormente, isto é, as mulheres vivem mais tempo, mas com maiores níveis de incapacidade.

2.1.3. Modelo de Incapacidade

Conforme referido anteriormente no contexto da Europa ocidental tem-se verificado um declínio global da mortalidade e, nas décadas mais recentes, com uma incidência nas idades mais avançadas. Consequentemente, observa-se um aumento da esperança de vida das pessoas idosas. Os dados que traduzem informação sobre os fenómenos como a mortalidade e a longevidade são indicadores “clássicos” de resultados de saúde em epidemiologia e centrais para a análise do envelhecimento demográfico.

Contudo, estes indicadores não são suficientes para compreender o estado de saúde dos idosos e a sua evolução. Segundo Almeida (2009) a saúde reveste-se de uma multidimensionalidade e complexidade que devem ser consideradas já que “viver mais tempo não significa necessariamente viver com mais saúde, sobretudo atendendo à importância nesta etapa da vida de doenças crónicas e/ ou incapacitantes que podem não ter relação directa com o risco de mortalidade”. Importa pois acompanhar as relações complexas entre aspectos como a mortalidade/ longevidade, morbilidade e incapacidade e como estas contribuem para a forma como são vivenciados os anos adicionais.

De acordo com o modelo de incapacidade/ *disablement* referido por esta investigadora as doenças são o principal determinante das deficiências e perdas funcionais que conduzem à incapacidade. Na revisão da literatura efectuada por Almeida (2009) é evidenciado que a co-morbilidade e a depressão potenciam o declínio do status funcional e que em termos de importância da associação as perturbações cardiovasculares, fracturas/ traumas, perdas de visão, diabetes, osteoporose e artrite são factores que conduzem à incapacidade (*disability*). É ainda mencionado que as doenças e em particular a multi-patologia crónica são factores de risco para as incapacidades nas idades avançadas.

De facto, a incapacidade funcional pode surgir em consequência de uma doença crónica associada à idade ou ser reflexo de uma perda de funções fisiológicas associadas à idade avançada. No entanto, não se verifica uma causalidade linear entre ambas, já que a idade avançada pode ser vivenciada sem incapacidade.

Assim, segundo este modelo a incapacidade decorre de um processo iniciado na patologia que provoca deficiências, que por sua vez acarretam, inicialmente, limitações nas acções básicas (como por exemplo, falar, andar, etc.) e, posteriormente, nas actividades de vida diária (AVD) e actividades instrumentais de vida diária (AIVD).

De acordo com o relatório WHO-HEN (2003) referido por Almeida (2009), “no processo de incapacidade / *disablement* estará em causa uma progressão em que, a partir da patologia, pode surgir a deficiência/ disfunção, seguida de limitações funcionais/ restrições em acções básicas, resultando finalmente em incapacidades na vida quotidiana. O declínio funcional, em particular, é apontado como um dos principais factores de risco para níveis acrescidos de incapacidade, ou seja, para a ocorrência de limitações e restrições às actividades e participação dos idosos, e para necessidades de apoio na respectiva execução”.

2.1.4. Independência *versus* dependência

Para G. Fillenbaum (1986), citado por Botelho (2005) a capacidade funcional corresponde a um indivíduo poder cuidar de si próprio e desempenhar as tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive.

Almeida (2009) distingue entre os factores determinantes da capacidade funcional, aqueles não passíveis de modificação (como é o caso do património genético, da idade cronológica, ou, eventualmente, do sexo) e os que exercem a sua influência ao longo do ciclo de vida do indivíduo, incluindo desde condições socioeconómicas e factores ambientais, a experiências do desenvolvimento fetal e infantil, passando por estilos de vida (inactividade física, consumo de tabaco e álcool), doenças e outros aspectos da vida adulta. Assim, por exemplo as doenças, e especialmente quando crónicas e conjugadas, representam um dos principais determinantes da incapacidade. No entanto, alguns destes factores podem ser alterados ainda nesta fase de vida. Santana (2008a) acrescenta, ainda, a esta interacção de factores, a iniquidade de acesso aos serviços de saúde e os acidentes.

A noção de independência/ dependência, num sentido mais elementar pode ser definida em função da necessidade ou não de apoio de terceiros para a realização de tarefas vitais e deve ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência nesse desempenho. Em termos dicotómicos pode manifestar-se como independência quando há total independência ou há necessidade de recorrer a auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas ou dependência, quando há necessidade de apoio frequente de terceiros na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade (Botelho, 2005). Note-se que a definição da independência e dependência de acordo com estes parâmetros tem implicações relevantes para a prestação de cuidados.

A operacionalização mais comum neste domínio é a avaliação das AVD e AIVD. Assim, têm sido desenvolvidos uma série de sistemas/ instrumentos de medida que para além de contribuírem para o diagnóstico e planeamento dos cuidados a nível individual, tornam-se úteis para descrever o estado de dependência das pessoas idosas, estimar necessidades a nível dos serviços comunitários e institucionais e avaliar os resultados das intervenções (Barker, 2008).

As AVD incluem as actividades de auto-cuidado que englobam tarefas como vestir-se, lavar-se ou tomar banho, comer, utilizar a casa de banho, transferir-se de posição ou andar em casa, etc.

As AIVD traduzem as actividades de integração dos indivíduos no meio ambiente, como fazer compras, realizar tarefas domésticas, utilizar o telefone, tomar medicação, gerir dinheiro, usar meios de transportes.

Existe ainda um conjunto de actividades que podem ser úteis avaliar em pessoas idosas ainda independentes, denominadas por actividades avançadas de vida diária⁸ que incluem sair para actividades sociais ou praticar exercício físico. A avaliação destas actividades tem como objectivo detectar precocemente a existência de alguma diminuição da funcionalidade física na qual se poderá intervir atempadamente.

Conforme referido, a capacidade funcional pode ser limitada por funções físicas, sensoriais ou mentais do organismo. Contudo, o impacte dessas limitações nas actividades quotidianas do indivíduo são passíveis de modificação através dos factores do meio envolvente, dos recursos pessoais e inter-pessoais ou ajudas técnicas. Assim, segundo E. Cambois e J. Robine (2004) citados por Romão e colaboradores (2008) a relação entre limitações funcionais e restrições à actividade diária não se reveste de uma forma linear e automática. Entre ambas perfila-se um conjunto diverso de recursos individuais e colectivos que permanecem diferencialmente distribuídos, contribuindo para que as limitações funcionais possam implicar mais ou menos independência/ dependência na realização das actividades diárias.

Apesar da maioria dos idosos manter a sua independência e permanecer activo e satisfeito com o seu envolvimento nas actividades quotidianas, é também inquestionável que uma parte significativa das pessoas idosas experimenta dificuldades na realização das AVD e AIVD.

O Estudo SHARE (Mackenbach *et al.*, 2005, citado por Almeida, 2009) salienta que entre a população europeia abrangida com 50 e mais anos a residirem na comunidade, cerca de 10% tinha uma ou mais limitações em AVD e 17% em AIVD e que uma proporção ainda maior teria algum tipo de problemas

⁸ *Advanced activities of daily living.*

de mobilidade. No entanto, na perspectiva de G. Ostir e colaboradores (1999), referidos por Almeida (2009), é de assinalar que nem sempre a incapacidade evolui de forma linear, havendo vários estudos longitudinais que referem a possibilidade de parte dos indivíduos recuperarem.

Outra perspectiva aponta, ainda, no sentido do retardamento da incapacidade para as idades mais avançadas. A este propósito Gil (2010) refere a proposta apresentada por J. F. Fries (1998), segundo a qual a adopção de estilos de vida mais saudáveis e o avanço da medicina provocam quer uma redução da taxa de mortalidade, como permitem que as doenças crónicas e as incapacidades funcionais sofram um “processo de compressão” e se venham a manifestar, durante períodos cada vez mais curtos, no final da vida. No estudo longitudinal de P. Barberger-Gateau e K. Peres (2001, citado por Gil, 2010), concluiu-se que, no decurso de 10 anos, ocorreu uma importante progressão da autonomia e um aumento da esperança de vida em duas gerações de indivíduos entre os 75 e os 84 anos.

Segundo o Estudo Europeu BURDIS (2004, citado por Almeida, 2009) a esperança de vida pode ser afectada de forma negativa pelas situações de menor capacidade funcional. Por um lado, níveis funcionais muito baixos correspondem a reduzidas reservas de capacidade, comprometendo a margem de segurança “vital”. Esta condição, na opinião de Almeida (2009) pode ser definida como de “fragilidade” quando associada às idades muito avançadas. Por outro lado, esta situação coloca os indivíduos numa situação de vulnerabilidade em que qualquer ocorrência, externa ou interna, poderá contribuir, mais facilmente, para desencadear incapacidade, morbilidade e, ao limite, morte. De acordo com Bortz (2005) a maioria das intervenções médicas e das despesas em saúde sucede quando as pessoas se encontram nessa “zona de fragilidade”, ou seja, tende a verificar-se, concomitantemente, um aumento da incapacidade e do uso dos serviços de saúde e sociais.

O Estudo *Global Burden of Disease* da OMS, baseando-se apenas nas alterações populacionais estima que “a prevalência do que classificam como as 3 mais graves categorias de incapacidade aumentará, no conjunto dos países desenvolvidos, 31% entre 2000 e 2050 (na faixa etária 60 e mais anos passar-se-ia de cerca de 25 milhões de pessoas nesta situação em 2000, para 45 milhões em 2050). Para Portugal os mesmos cálculos apontam um pico máximo da prevalência total em 2040, representando 15% de aumento face a 2000, com ligeiro decréscimo na década seguinte (cerca de 331 milhares de pessoas de 60 e mais anos em 2040, contra os 209 milhares de 2000)” (Harwood *et al.*, 2002, 2004 citado por Almeida, 2009).

A situação de dependência aumenta a sobrecarga dos sistemas de cuidados informais, a par da utilização dos serviços de saúde e de apoio domiciliário, da hospitalização e do internamento em

lares, reduzindo progressivamente a autonomia e liberdade de escolha, o bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas.

As implicações da capacidade funcional são múltiplas e a complexidade é de resto nota dominante nesta área, com uma multiplicidade de factores implicados, actuais e do passado, interagindo com frequência entre si e envolvendo relações causais muitas vezes bidireccionais, justificando a importância da intervenção neste domínio.

2.1.5.Auto-avaliação do Estado de Saúde

A opinião que os indivíduos possuem do seu estado de saúde é um indicador recomendado pela OMS, para avaliar o estado de saúde das populações.

A avaliação do estado de saúde pelo próprio é um indicador cada vez mais utilizado em inquéritos de saúde ou em outros de âmbito mais geral, sendo considerado como um indicador que abrange um conjunto alargado de dimensões da saúde, que vão desde aspectos objectivos relacionados com a morbilidade, mortalidade e funcionalidade até áreas subjectivas de bem-estar físico, mental e social. Conforme aponta Almeida (2009) na revisão da literatura efectuada, este indicador constitui, face à população idosa, uma fonte fiável do seu estado de saúde, um preditor robusto da mortalidade e do declínio funcional, podendo mesmo ser utilizado para prever a utilização dos serviços de saúde.

Gil (2010) apresenta alguns dados sobre a auto-avaliação do estado de saúde para o contexto português (INS 1998/99). Por um lado, a percepção da população portuguesa face ao seu estado de saúde é mais negativa (19,4% auto-avalia como mau ou muito mau) do que a média europeia (11,4%). Por outro lado, esta percepção agudiza-se à medida que a idade avança, existindo uma forte representação das categorias negativas entre as mulheres.

Contudo, é de realçar que nem sempre a auto-avaliação do estado de saúde coincide, necessariamente, com os diagnósticos clínicos efectuados. São vários os estudos que apontam nesta direcção, principalmente no que concerne às pessoas idosas. Por um lado, verifica-se que uma percentagem elevada de pessoas com doença crónica e algum nível de dependência considera o seu estado de saúde como bom/ excelente. Por outro lado, observa-se que a apreciação ao longo do tempo tende a manter-se relativamente estável, sendo que esta percepção “envolvendo um certo desfasamento face ao declínio do estado de saúde, é em geral vista como sugestiva do papel das expectativas e normas implícitas associadas ao envelhecimento e das comparações e ajustamentos progressivos subjacentes à auto-avaliação efectuada pelas pessoas idosas” (Henchoz *et al.*, 2008, citado por Almeida, M. F., 2009).

É ainda de referir que apesar das suas vantagens, como proporcionar informação adicional aos indicadores mais objectivos, englobar a multidimensionalidade da saúde e a perspectiva da própria pessoa, a auto-avaliação do estado de saúde também levanta algumas questões. Têm sido apontadas como potenciais dificuldades inerentes à sua aplicação as diferenças culturais e sociais, sendo recomendado alguma reserva, nomeadamente, ao nível das interpretações comparativas, por exemplo entre pessoas, grupos de idade, sexo, estatuto socioeconómico ou país distintos. Esta limitação surge patente no documento “Saúde na Europa”. A partir da comparação dos dados europeus sobre a auto-avaliação da saúde, Portugal apresenta a mais baixa percepção global de saúde, a maior diferença entre géneros e o segundo mais acentuado efeito da idade e da escolaridade (2003, citado por Almeida, 2009). Outra limitação prende-se com a dificuldade em identificar quais os factores predominantes subjacentes (como por exemplo, género, condição socioeconómica, suporte social, acesso a cuidados, etc.) à auto-avaliação e do seu *continuum*, já que a interacção entre factores pode fazer alterar a sua relevância em certos grupos e/ou circunstâncias.

2.2.Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados⁹

2.2.1.Contextualização e objectivos da RNCCI

“A RNCCI constitui um dos mais ousados projectos de políticas sociais e desenvolvimento intersectorial alguma vez iniciado em Portugal desde a fundação do SNS” (OPSS, 2009)

Em Portugal como em toda a Europa verifica-se um progressivo envelhecimento da população, consequência do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade. Esta realidade associada ao aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes tem vindo a causar insuficiências ao nível dos Sistemas Social e de Saúde no que se refere à adequação dos cuidados necessários nas situações de dependência.

Nesta sociedade em mudança sobressai um conjunto de necessidades que exigem respostas novas, diversificadas e adequadas, as quais requerem, simultaneamente, a reorganização do sistema de saúde e novas políticas sociais. Assim, face aos novos desafios presentes no actual contexto sociodemográfico europeu, tornou-se prioritário garantir a continuidade e a adequação das intervenções ao nível da saúde e do apoio social.

Para concretizar esta prioridade, o Programa do XVII Governo Constitucional definiu como objectivo o estabelecimento de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de

⁹ Doravante designada por RNCCI ou Rede.

segurança social que possibilitem: (i) desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; (ii) investir no desenvolvimento de cuidados de saúde e de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; (iii) qualificar e humanizar a prestação de cuidados; e (iv) potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade (Decreto-Lei n.º 101/2006 ; Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2009).

Assim, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (anexo 1), no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), que tem como objectivo estratégico garantir a prestação de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem deste tipo de cuidados, contribuindo para a sua recuperação, reabilitação e reintegração.

Para implementar e coordenar a RNCCI, foi criada pela RCM n.º 168/2006, de 18 de Dezembro a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), que tem como responsabilidades assumir, a nível nacional, a articulação entre os diversos intervenientes e parceiros, bem como elaborar propostas de planos e normativos, acompanhar, monitorizar e avaliar o seu desenvolvimento e funcionamento, por forma a introduzir melhorias contínuas que conduzam à obtenção de ganhos adicionais em saúde para os cidadãos.

A RNCCI trata-se de um sistema de nível intermédio, centrado no doente, que visa preencher o hiato existente entre o internamento e tratamento hospitalar e o regresso ao domicílio. Tal como apontado no Relatório de Primavera “a natureza inovadora da RNCCI incide na criação de respostas pós-agudas, de reabilitação e de longa duração de base não hospitalar e inseridas nas comunidades locais” (OPSS, 2009).

Segundo Raak *et al.* (2003) citados por Dias e Santana (2009) entende-se por cuidados integrados “iniciativas de cooperação intersectoriais, entre prestadores de cuidados tanto na área social como da saúde, com vista à disponibilização de cuidados de forma contínua, sem interrupções, a pessoas vulneráveis e com múltiplas necessidades”. Trata-se de um conceito amplo, envolvendo para além da perspectiva do utente, áreas como a economia e gestão dos serviços.

Com o objectivo de encontrar algum consenso sobre a definição de cuidados continuados integrados (CCI), Nogueira (2009) na revisão da literatura internacional efectuada, conclui que, apesar das diferenças encontradas e da terminologia utilizada, o desenvolvimento internacional deste tipo de

cuidados assenta em respostas mais adequadas às necessidades, em melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar, tendo, ainda como objectivo aumentar a capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia.

Face às características dos potenciais utentes da Rede que apresentam, regra geral, doenças crónicas e/ou pluripatologias, com possibilidade de continuar a sua recuperação após a alta hospitalar através da implementação deste tipo de resposta, procurou-se criar uma lógica de serviços que passe pela adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção das funções básicas, após a ocorrência de um episódio de doença agudo ou agudização de uma doença crónica que conduzam ou agravem situações de dependência.

Promover a reabilitação e o nível de autonomia dos utentes internados é uma das finalidades da Rede, sendo que este resultado em saúde é medido através da aplicação do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) no momento da admissão e, posteriormente, na alta. Esta ferramenta central à monitorização permite avaliar a eficácia dos cuidados prestados pelas Unidades, medindo os ganhos médios em autonomia obtidos pelos utentes que tiveram alta da RNCCI. Trata-se de uma avaliação multidimensional, baseada no modelo biopsicosocial, de rastreio de adultos em situação de dependência, o que facilita a comparabilidade entre avaliações. Permite avaliar vários domínios, entre os quais se destacam a locomoção, autonomia física, autonomia instrumental, estado de nutrição, as queixas de saúde, o estado cognitivo e o estado emocional, possibilitando a identificação personalizada de necessidades de cuidados e proceder ao seu planeamento. A utilização do IAI revela-se vantajoso devido ao seu carácter abrangente, sintético e uniformizado e por fornecer evidências necessárias à intervenção, bem como monitorizar a sua evolução.

O alargamento da Rede foi perspectivado de forma faseada, por forma a garantir que as necessidades em CCI fossem progressivamente satisfeitas pela oferta criada através de parcerias públicas, sociais e privadas, colmatando os desfasamentos, quer ao nível das tipologias, quer ao nível geográfico, e assim contribuir para a redução do tempo médio de internamento hospitalar, para o *continuum* dos cuidados e para uma mais completa reabilitação dos utentes. Segundo o Relatório da UMCCI referente a 2009 (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b), no final desse ano a RNCCI incluía 37 unidades privadas, 100 Misericórdias, 29 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e 23

unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em hospitais, dedicadas às tipologias de convalescença e paliativos, perfazendo um total de 189 unidades prestadoras de cuidados continuados integrados¹⁰.

A implementação de políticas de cuidados continuados integrados visa melhorar a prestação de cuidados de saúde e apoio social a populações com necessidades específicas, promovendo a melhoria ou manutenção da sua qualidade de vida. Por outro lado, pretende-se contribuir para a eficiência dos gastos na saúde, quer através de soluções menos dispendiosas, como as unidades de convalescença que permitem encurtar o tempo de estadia em unidades hospitalares (situações que geram elevados custos financeiros), quer combatendo o aumento “natural” da despesa neste sector por via do envelhecimento da população (Portugal. MFAP, 2009 ; Dias ; Santana, 2009).

Em suma, os CCI não são um fim em si mesmo, contribuem para a redução das redundâncias, para a promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados e o aumento da autonomia dos utentes, traduzindo-se numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador (Dias ; Santana, 2009).

2.2.2. Expansão e gestão da RNCCI – Um compromisso político

A expansão e gestão da Rede visam dinamizar a implementação de unidades e equipas de CCI, procurando que a actuação dos diversos intervenientes seja coordenada, de forma a alcançar os objectivos definidos. A oferta de tipologias de resposta adequada ao nível do território continental deverá ir de encontro às necessidades de saúde e de apoio social da população-alvo, sendo que tal implica equilibrar a cobertura territorial e populacional.

Inicialmente a expansão da Rede foi perspectivada como um processo de evolução gradual com três fases predefinidas, a concluir até 2016, isto é, previa-se um crescimento da sua capacidade a dez anos, sendo o ano de 2016 o marco que antecipava a sua plena concretização.

Em 2009 e, conforme é referido nas Grandes Opções do Plano (Portugal. MFAP, 2008), um dos pilares centrais da Política de Saúde e da Política de Protecção Social do Governo, cujo fim é a obtenção de ganhos adicionais em saúde para os cidadãos, continuará a ser a implementação da RNCCI. Contudo, no quadro da legislatura 2009-2013, o Governo compromete-se a concluir a cobertura nacional da Rede antecipando em três anos a data de conclusão anteriormente prevista. Para alcançar esta meta, será necessário duplicar o número de lugares de internamento da RNCCI, o que corresponde a cerca de mais 8.000 lugares (Portugal. Governo, 2009).

¹⁰ Estes dados referem-se aos acordos celebrados até 31 de Dezembro de 2009 por titularidade da entidade prestadora, sendo que a mesma entidade pode desenvolver mais do que uma tipologia de CCI.

Figura 3 - Taxa de Execução do total de camas de internamento (31-12-2009) face às metas de 2013

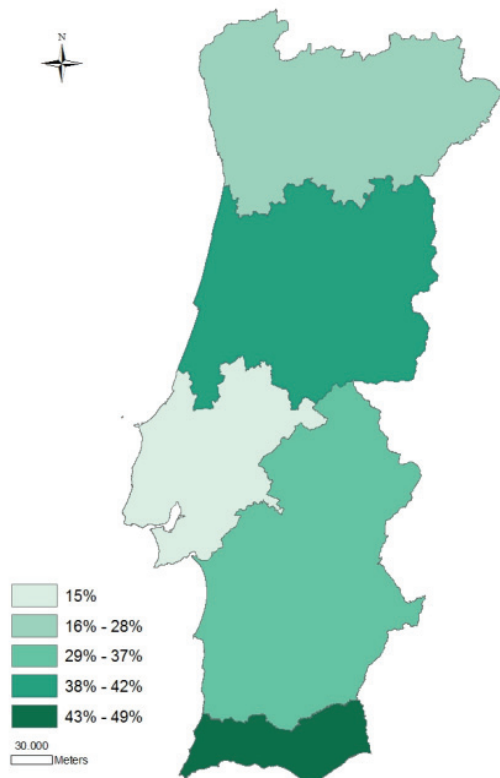
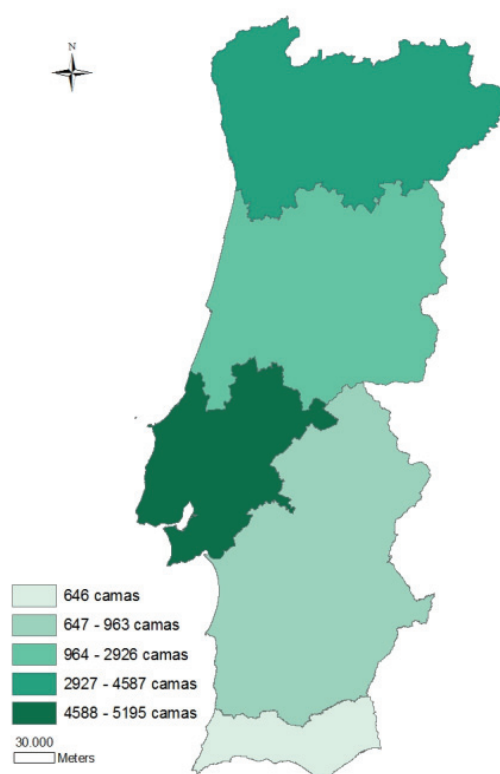


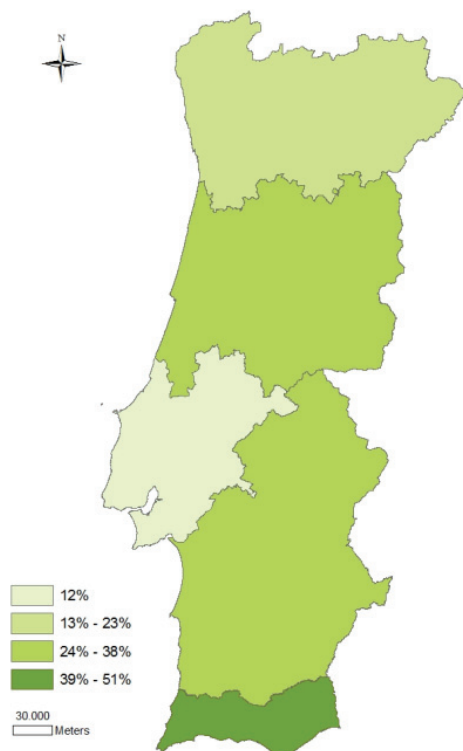
Figura 4 - Metas para 2013 referentes ao total de camas de internamento



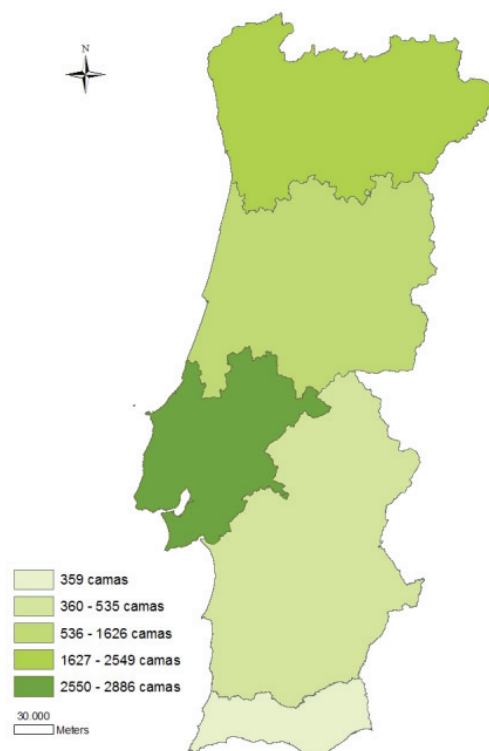
Fonte: Elaborado a partir do documento de Planeamento da Implementação Física da RNCCI no Quadriénio 2010/2013.

A figura 3 demonstra a execução regional da implementação de camas para todas as tipologias de internamento. No final de 2009, verifica-se que a região do Algarve apresenta uma taxa de execução que ronda os 50%, seguida do Centro (42%) e do Alentejo (37%). As regiões do Norte e Lisboa e Vale do Tejo (LVT) são aquelas onde se observam taxas mais baixas, 28% e 15%, respectivamente. A figura 4 dá a conhecer as metas para 2013, sendo o valor máximo dos intervalos o que está inscrito no planeamento da implementação física da RNCCI no quadriénio 2010/2013 (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010a).

**Figura 5 - Taxa de Execução das camas em ULDM
(31-12-2009) face às metas de 2013**



**Figura 6 - Metas para 2013 referentes
às camas em ULDR**



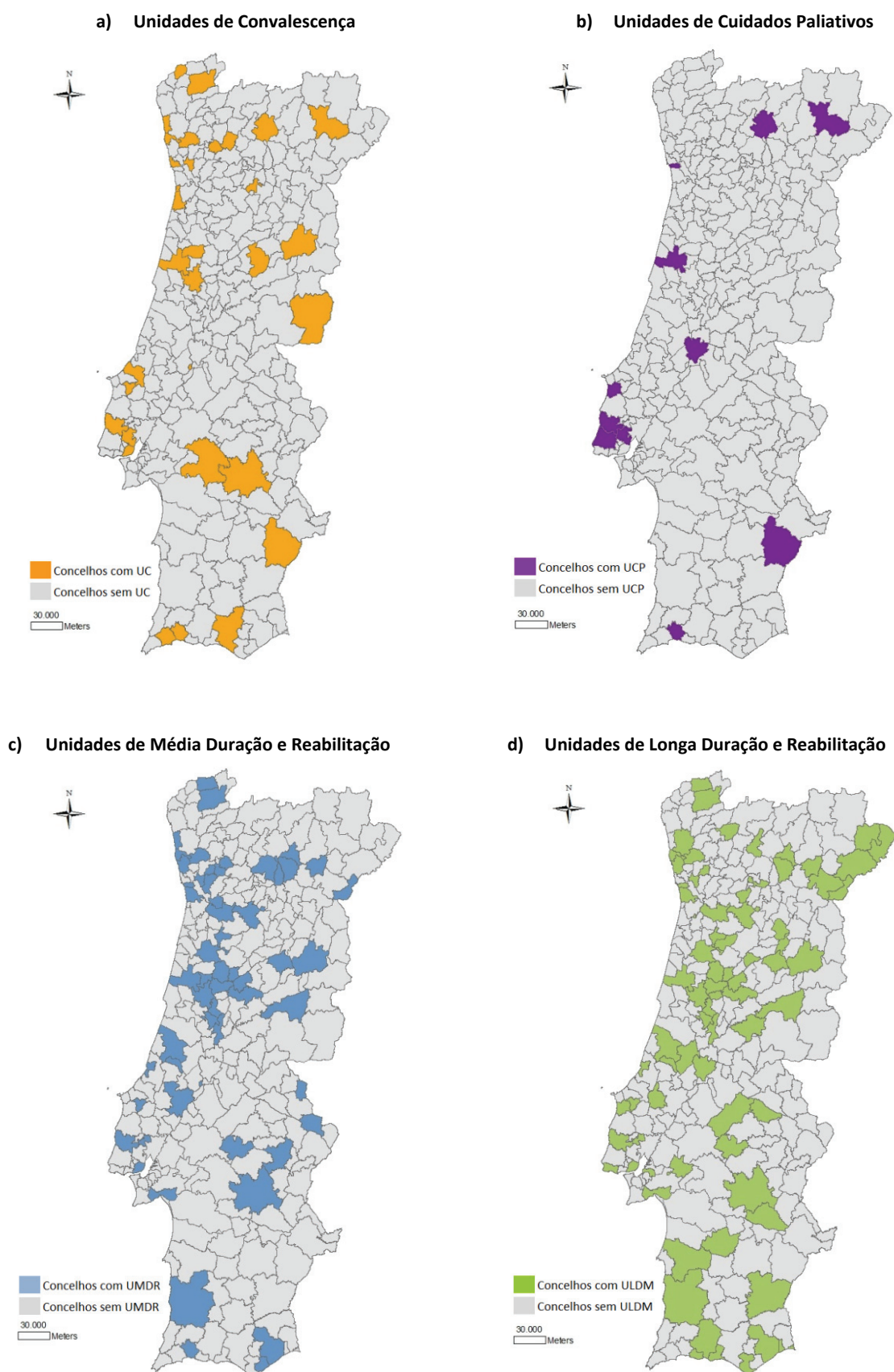
Fonte: Elaborado a partir da base de dados das Unidades de Internamento da RNCCI a 31 de Dezembro de 2009. ISS, IP, 2009.

Optou-se por apresentar os dados relativos às camas de internamento em ULDM visto ser esta a tipologia objecto de análise posterior. Através da figura 5 observa-se a execução regional da implementação de camas nesta tipologia, verificando-se que no final de 2009 a região do Algarve apresenta a taxa de execução mais elevada (51%). As regiões do Centro e Alentejo situam-se em isequo lugar com uma taxa de 38%. Também nesta análise são as regiões do Norte e LVT aquelas onde se observam taxas mais baixas, 23% e 12%, respectivamente. A figura 6 representa as metas referentes às camas em ULDM para 2013, sendo o valor máximo dos intervalos o que está inscrito no planeamento da implementação física da RNCCI no quadriénio 2010/2013 (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010a).

De forma a antecipar para 2013 a concretização das metas previstas para 2016, o Governo comprometeu-se a reforçar os incentivos à criação de mais unidades, quer pela reconversão de hospitais, quer através de parcerias com o sector social e sector privado. Deste modo, surge o Programa Modelar¹¹, com o objectivo de apoiar a participação directa das Pessoas Colectivas Privadas sem Fins Lucrativos, com projectos que respondam a necessidades identificadas no desenvolvimento e consolidação da Rede.

¹¹ Regulamentado pela Portaria n.º 376/2008 de 23 de Maio e alterado pela Portaria nº 578/2009, de 1 de Junho.

Figura 7 - Concelhos com Unidades de Internamento a 31 de Dezembro de 2009



Fonte: Elaborado a partir da base de dados das Unidades de Internamento da RNCCI a 31 de Dezembro de 2009. ISS, IP, 2009.

O trabalho desenvolvido, na primeira fase de implementação, demonstrou que a RNCCI tem uma posição intermédia e complementar ao nível da prestação de cuidados primários e hospitalares e, corresponde a uma resposta adequada às necessidades dos mais carenciados e dependentes, num esforço de solidariedade e respeito pela dignidade humana, cumprindo e modernizando o SNS. Trata-se de garantir um *continuum* de cuidados no sistema de saúde, articulado entre si e envolvendo o apoio social adequado, na falta de familiares ou outros cuidadores.

A figura 7 (a, b, c, e d) põe a descoberto os concelhos que a 31 de Dezembro de 2009, tinham disponíveis tipologias, sobressaindo que, de facto, a Rede ainda se encontra numa fase inicial de implementação. São ainda muitos os concelhos sem qualquer tipo de oferta em CCI. No entanto, reforça-se que a expansão da Rede foi perspectivada como um processo de evolução gradual.

2.2.3. Modelo de Referenciação de Utentes

Uma boa gestão da Rede implica uma correcta referenciação dos utentes, isto é, garantir o internamento tecnicamente adequado à situação de cada utente. Tendo em conta a sua organização e considerando aquilo que é o percurso natural do utente na Rede, é importante compreender todas as actividades, desde a identificação do utente até à sua referenciação e consequente admissão numa das tipologias de internamento existentes, nomeadamente, unidades de convalescença (UC), de média duração e reabilitação (UMDR); de longa duração e manutenção (ULDM) e de cuidados paliativos (UCP), ou de apoio domiciliário, prestadas pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Figura 8 – Modelo de referenciação centrado no utente



De acordo com Dias e Santana (2009) a ideia-chave de um sistema integrado reside na existência de uma “porta de entrada única” que possa ser acedida pelos potenciais utilizadores em iguais

circunstâncias, sem que necessitem de entender a estrutura que está por detrás, assente no diagnóstico integral das necessidades do utente.

Para garantir a uniformização da referenciação dos utentes para e na Rede, foi concebido um modelo de referenciação universal, com circuitos e fluxos próprios¹², assente em níveis operacionais e com critérios específicos¹³, que se inicia nos Hospitais do SNS, através das Equipas de Gestão de Alta (EGA)¹⁴ ou nos Centros de Saúde (CS). Segundo Costa (2009) “o circuito de referenciação iniciado no hospital, deve decorrer do processo assistencial de prestação de cuidados (...), atempada e conter a informação suficiente, completa e fiável, de modo a permitir encontrar o nível e a tipologia de serviços que vá ao encontro das necessidades e expectativas do doente e da família, considerados como os agentes principais do processo”. Salienta-se, assim, a importância de centrar a abordagem nos utentes e nos seus familiares, pelo que se deve partir das suas perspectivas, experiências e expectativas (Dias ; Santana, 2009).

Posteriormente, cabe às Equipas de Coordenação Local (ECL)¹⁵ procederem à avaliação das necessidades de saúde e social do utente e verificarem o cumprimento dos critérios de referenciação. Para além de validarem a referenciação, fazem a pesquisa local de vaga e admissão na unidade, assim como a obtenção, junto do doente ou seu representante, do consentimento informado¹⁶ e, no caso das UMDR e ULDM, do termo de aceitação de internamento¹⁷ (TAI), onde constam as respectivas condições de comparticipação. As Equipas Coordenadoras Regionais (ECR)¹⁸ são a estrutura regional responsável por todo o processo de referenciação, competindo-lhes proceder à pesquisa regional de vaga, quando esta não existe na área de domicílio do utente.

De acordo com os dados da UMCCI (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b), em 2009, dos 24.928 utentes referenciados a nível nacional para a Rede, 69% foram efectuados pelos hospitais e 31% pelos CS, verificando-se, relativamente a 2008, uma variação de mais 10% dos utentes referenciados pelos CS e uma diminuição de 4% por parte dos hospitais. Contudo, quando se analisa o número de utentes referenciados por entidade referenciadora a nível regional, denotam-se práticas distintas, sendo que os CS das regiões do Centro, Alentejo e Algarve apresentam cerca de 40% das

¹² Para informação detalhado sobre os circuitos e fluxos, consultar o “Modelo de Referenciação de Utesntes” (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009d).

¹³ Trata-se de um conjunto de requisitos pré-estabelecidos identificadores de problemas ou necessidades de um utente, com vista à adequação da resposta a prestar (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009a).

¹⁴ No final de 2009, existe uma cobertura total dos hospitais existentes (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b).

¹⁵ Em 2009 existem 85 ECL, distribuídas pelo território continental, compostas por 3 profissionais, médico, enfermeiro e técnico de serviço social (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b).

¹⁶ Autorização expressa, livre e esclarecida do utente, com plena capacidade legal ou do representante legal, devidamente informados pelos serviços competentes dos direitos, obrigações, efeitos e consequências do acto queira consentir, bem como das condições em que se irá realizar o mesmo, por forma a uma tomada de decisão baseada na compreensão, reflexão/ ponderação e conhecimento amplo (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009a).

¹⁷ Documento que visa obter autorização expressa do utente ou do seu representante legal devidamente informado, para a admissão, livre e esclarecida, sempre que haja lugar a co-pagamento do utente (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009a).

¹⁸ Desde o início da Rede existem 5 equipas, uma em cada região (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

referenciações (contra cerca de 60% por parte dos hospitais), enquanto que os CS das regiões do Norte (22% e 78% - hospitais) e LVT (25% e 75% - hospitais) referenciam menos utentes.

A mobilidade na Rede é garantida pelo processo de transferência entre tipologias, seja por necessidade de adequação e sequência de cuidados (entre tipologias diferentes) ou para proporcionar maior proximidade ao domicílio do doente (entre respostas da mesma tipologia). O pedido de mobilidade é efectuado, através de proposta fundamentada apresentada pelo responsável da Unidade/ Equipa onde o utente está admitido. Contudo e, independentemente do motivo da transferência, o factor grau de cobertura geográfica pode influenciar a concretização desta acção. Durante o ano de 2009, foram efectivados, a nível nacional, 69% dos pedidos de transferência (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b).

A reavaliação ocorre quando, após o internamento do utente numa das tipologias, os profissionais que o acompanham verificam que a sua situação clínica não se adequa à tipologia onde se encontra. Neste caso será necessária a transferência do utente para a tipologia mais adequada. A validação da reavaliação é efectuada pela ECL sob proposta recebida da unidade prestadora de cuidados. A avaliação destes pedidos, efectuados nas primeiras 48 horas¹⁹, permite inferir indirectamente a adequação da referenciação dos utentes que reúnem condições de ingresso. Em 2009, foram solicitadas reavaliações em 5,9% dos utentes, o que representa um valor baixo e reflecte uma referenciação tecnicamente adequada na RNCCI (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b).

A alta da rede tem implícito que o seu planeamento deva ser iniciado precocemente, preferencialmente, desde o momento em que o utente é admitido na Unidade/ Equipa. As necessidades biopsicossociais do utente devem ser consideradas e analisadas a partir de uma abordagem holística multiprofissional, por forma a assegurar que estas tenham resposta no momento da alta. Neste sentido, o recurso a metodologias como as reuniões de equipa multidisciplinares, discussão de casos ou gestão de caso²⁰ podem ser vantajosas e facilitadoras face à complexidade e diversidade das situações que cada pessoa e sua família apresenta em concreto.

A proposta de alta/ mobilidade do utente é acordada em articulação com a ECL da área da Unidade e, quando aplicável, com a ECL da área de domicílio do utente. Por outro lado, e quando se justifica deverá ser feita a articulação com outras entidades (da saúde, rede solidária, autarquias) para garantir a continuidade de cuidados após alta da Unidade, em colaboração com a ECL. A Unidade é

¹⁹ A definição do período de 48 horas corresponde ao intervalo de tempo medicamente aceitável para efectuar reavaliações (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009d).

²⁰ Trata-se de um processo orientado para o utente, no âmbito do qual se executa avaliação, coordenação, implementação e reavaliação de opções e serviços, com vista a responder, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo. Pressupõe uma abordagem de equipa multidisciplinar e a designação de um gestor de caso (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009a).

ainda responsável por facultar a informação necessária, consubstanciada em nota de alta, de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados no pós-alta.

A definição de um modelo uniforme de referenciação é considerado como um requisito estruturante para uma rede nacional de resposta de cuidados adequados e de proximidade, sendo que a homogeneidade de procedimentos é entendida como factor facilitador do acesso aos serviços.

A par do modelo de referenciação surge o modelo de natureza interdisciplinar preconizado como paradigma de intervenção em cuidados continuados integrados, expresso nos princípios da Rede em consonância com as melhores práticas internacionais.

O trabalho de equipa deve ser considerado como um instrumento cujo valor é indiscutível no processo de intervenção e na procura de soluções através de respostas mais coordenadas, coerentes, eficazes e eficientes perante as necessidades. A existência de um modelo deste tipo tem expressão na concretização e no funcionamento de equipas capazes de garantirem a avaliação, planeamento e tomada de decisão sobre o acompanhamento dos utentes. Trata-se de uma equipa multidisciplinar, com os ganhos de uma dinâmica interdisciplinar.

A este propósito importa distinguir estes dois conceitos. Por um lado, a multidisciplinaridade implica a justaposição de áreas de conhecimento, que podem cooperar mas sem compromisso, sem afectar a sua dinâmica própria. Por outro lado, a interdisciplinaridade remete necessariamente para a cooperação estreita entre profissionais de diferentes disciplinas, com diferentes saberes e contributos, perante uma tarefa comum ou cumprimento de objectivos, num contexto institucional.

De acordo com Gomes (2009) “uma equipa multidisciplinar pode ser um ponto de partida, mas não é suficiente para constituir uma equipa interdisciplinar. O intercâmbio entre disciplinas implica necessariamente cooperação, interacção complementaridade e circularidade. O importante é conceber a equipa como um sistema dotado de uma mente colectiva, o qual implica uma colaboração estável e prolongada”.

2.2.4. Prestação de cuidados continuados integrados – alguns dados

Para conhecer quem são os utentes da Rede, importa perceber quais foram os motivos que os levaram a recorrer a esta resposta de nível intermédio, bem como o seu perfil sociodemográfico²¹. De acordo com o Relatório de 2009 (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b), dos 24.928 utentes

²¹ Todos os dados apresentados constam do Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI – 2009, produzido pela UMCCI (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b).

referenciados, 20.313 reuniam critérios de ingresso na Rede²², dos quais 17.156 foram admitidos²³.

Quanto aos motivos das propostas de referência de utentes para a RNCCI²⁴, na tipologia de UC destaca-se a vigilância e tratamentos complexos (87%) e a necessidade de continuidade de cuidados (86%). Nas UMDR destaca-se a dependência em actividades da vida diária (72%), a necessidade de continuidade de cuidados (63%) e vigilância e tratamentos complexos (62%) com valores idênticos. Nas ULDM sobressaem os motivos de dependência em actividades da vida diária (92%) e a necessidade de continuidade de cuidados (58%). De uma forma geral os valores dos vários motivos apresentados por tipologia cresceram em relação a 2008.

Aos motivos surge associada uma patologia, sendo que a cardiovascular, em particular a doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC) constitui o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados (40%). A fractura do colo do fémur é o segundo diagnóstico mais frequente (15%).

A caracterização do perfil dos utentes da RNCCI pretende explicitar a distribuição percentual de utentes referenciados relativamente ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de convivência, proveniência e tipo de apoio recebido. Relativamente ao género dos utentes referenciados, 53% são mulheres e 47% homens, denotando-se um leve decréscimo nas referências de utentes do género feminino comparando com os dados de 2008. Quanto ao grupo etário destes utentes, 80,5% tem mais de 65 anos, assinalando-se que 42% dos utentes de ambos os sexos representa o grupo etário com idade superior a 80 anos, valor que aumentou relativamente a 2008 (39%) o que pressupõe situações de menor autonomia e de maior dificuldade de recuperação.

No que se refere ao estado civil, 45% dos utentes referenciados são casados, sendo que os solteiros e viúvos apresentam valores similares, 22% e 21%, respectivamente. Sobre a escolaridade destes utentes 35% corresponde a 0 anos/ analfabeto e 55% possui de 1 a 6 anos de escolaridade.

Relativamente à situação de convivência 21% das pessoas referenciadas vivem sós, o que poderá evidenciar o papel da RNCCI na resposta a situações de isolamento que, simultaneamente, têm necessidades de saúde e sociais, sendo que 75% vive com família natural e apenas 3,1% em instituição. Segundo Gil (2010), em 2001 a proporção das pessoas idosas a viver em famílias institucionais em Portugal era de 3,6%, no total da população residente com 65 ou mais anos.

²² O diferencial entre os utentes referenciados e os utentes que reúnem critérios de ingresso deve-se aos 2.978 utentes referenciados que não reuniam critérios e aos 1.673 utentes que se encontravam em avaliação.

²³ Em relação aos restantes, note-se que 226 recusaram, 1.522 foram cancelados, 239 são óbitos e 1.170 encontravam-se em espera.

²⁴ Cada um dos utentes referenciados pode apresentar mais do que um motivo de referência.

Importa ainda perceber a origem e tipo de apoio²⁵ que as pessoas recebem no momento da referenciação. Os familiares (52%) constituem o principal suporte dos utentes em (67% em 2008), seguido da ajuda de técnicos de saúde (11%) e de ajuda domiciliária (11%). Os principais tipos de apoio referem-se à alimentação (20%), higiene pessoal (19%), roupa (19%), de casa (17%), medicamentos (16%) e ajudas técnicas (5%).

2.2.5. Monitorização da RNCCI – A importância do aplicativo informático

Para a coordenação e desenvolvimento de toda a Rede, assim como articulação entre os seus diversos intervenientes e a sua monitorização, foi criado um aplicativo informático centralizado, acessível via Web, denominado GestCareCCI.

Esta plataforma permite à UMCCI acompanhar a cada momento o desenvolvimento da actividade da Rede, no que respeita às vertentes de referenciação de utentes, registo da actividade assistencial e monitorização dos resultados, para além do *reporting* e da possibilidade de produzir estatísticas a partir do histórico. Proporciona, ainda, a partilha de informação entre os vários intervenientes da Rede, para os quais foram definidos diferentes níveis de acesso.

O funcionamento do aplicativo informático de registo e monitorização entrou em funcionamento em Janeiro de 2008 em fase de teste, sem que existisse obrigatoriedade de preenchimento de todos os itens disponíveis. De referir que, por exemplo, em Julho de 2008 os dados disponíveis no aplicativo, com avaliação válida de entrada e saída através do Instrumento de Avaliação Biopsicossocial, para se aferir da evolução do grau de autonomia, apenas abrangiam 15% dos utentes (Portugal. MFAP, 2009). Esta situação também é referida num estudo realizado por Rato e colaboradores (2009) sobre a caracterização dos utentes assistidos em 2008, sendo referido que a base de dados inicial continha 46,6% destes registos vazios.

Desde então foram avaliados os registos e identificados os campos a serem preenchidos obrigatoriamente, o que permitiu uma melhoria da qualidade da informação recolhida. Por outro lado, tem-se vindo a desenvolver novos campos de registo, permitindo ter dados em tempo real a nível dos prestadores locais, gerando informação regional e nacional e, assim, gerir, monitorizar e controlar a RNCCI.

Uma das muitas funcionalidades é possibilitar um *follow-up* permanente da situação da Rede e de cada unidade prestadora, nomeadamente se tem vagas ou não, quantos doentes estão para entrar,

²⁵ Um utente pode receber mais do que um tipo de apoio.

quantos estão a ser avaliados, bem como conhecer as informações sobre cada doente, por forma a orientar e adequar a melhor prestação de cuidados. Outro factor de sucesso é a existência de um sistema de *help-desk*, responsável por esclarecer todas as dúvidas e dificuldades que surjam em tempo útil.

Deste modo, a monitorização da actividade desenvolvida e dos principais resultados obtidos nas várias estruturas organizativas e de internamento é passível de monitorização contínua, facilitando e agilizando a introdução de medidas correctivas necessárias baseadas na evidência obtida.

Contudo, segundo o Relatório da Primavera (2009) “a natureza interministerial do projecto parece requerer a existência de um Sistema de Informação distinto ou pelo menos com níveis de acesso diferenciados”, por forma a que a “ACSS concretize as competências que lhe estão atribuídas, no que respeita a assegurar o desenvolvimento dos sistemas de avaliação de serviços no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, coordenar e controlar a sua aplicação e estudar e propor modelos de financiamento do sistema de saúde. (...) O sistema de informação deverá ser estrategicamente pensado, pois o seu actual “isolamento” dificulta o acesso aos dados globais pelas entidades do SNS ou do MTSS, inviabilizando a sua sustentabilidade e desenvolvimento futuros” (OPSS, 2009).

Costa (2009) refere que no caso específico da área clínica deveriam ser desenvolvidas plataformas de informação transversais às diferentes unidades produtoras de cuidados. A criação deste tipo de plataforma de informação seria um mecanismo facilitador da comunicação clínica efectiva bidireccional, contribuindo para a melhoria do interface entre hospital e cuidados continuados integrados.

2.2.6. Qualidade nas unidades e equipas da RNCCI

Na área da qualidade a UMCCI, enquanto estrutura organizadora e reguladora, definiu uma “Política e Estratégia da Qualidade da RNCCI” assente no cumprimento de objectivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos.

Para que a Rede cumpra os seus objectivos estratégicos, ainda que incluam programas e acções com implicações e impactes transversais, devem ser eficientes, eficazes e com a aposta na melhoria contínua da qualidade e perspectivados como um compromisso interno (qualidade que visa a consolidação e, simultaneamente a sua sustentabilidade) e um desafio orientado para os utentes (qualidade no acesso e prestação de CCI). “Feita de pessoas, para as pessoas e com as pessoas, a

política da qualidade na RNCCI é uma estratégia para a qualidade de vida das cidadãs e dos cidadãos” (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009e).

Neste âmbito foram definidos três processos-chave, nomeadamente o acesso à Rede (circuito de referência de utentes), a prestação de CCI nas unidades e equipas (impacte dos cuidados e serviços na qualidade de vida dos utentes e familiares/ cuidadores informais) e a consolidação da Rede (planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos).

Os processos-chave referidos não são estanques e enquadram-se em dimensões mais abrangentes – estratégica, técnica, cultural e estrutural – que apesar de distintas, interligam-se ao nível da execução e resultados. Estas dimensões facilitadoras da qualidade na RNCC surgem descritas no documento enquadrador da “Política e Estratégia da Qualidade na RNCCI” (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009e).

Em relação à dimensão estratégica têm sido desenvolvidas várias acções como a disseminação da filosofia e modelo de cuidados junto dos vários parceiros e diversas instâncias da Rede, a implementação progressiva da Rede e a definição de instrumentos de monitorização. A dimensão técnica tem envolvido a constituição de unidades prestadoras de referência, dinâmicas de planeamento participativo através de *focus groups* e o investimento na formação contínua dos vários profissionais interventores.

Quanto à dimensão cultural têm sido dinamizadas acções (sessões de esclarecimento presenciais e disponibilização de orientações e directivas técnicas no sítio/portal da RNCCI) com vista à sistematização e disseminação da filosofia da Rede e respectivas ideias-chave para a acção, designadamente a centralidade do utente (quer na prestação dos cuidados, quer enquanto interveniente no processo de decisão – participação na admissão numa Unidade ou Equipa através da assinatura do Consentimento Informado e na elaboração do plano individual de intervenção), o trabalho em equipa (melhoria das competências interdisciplinares nas equipas), o estabelecimento de parcerias intra e extra Rede e a cultura do registo – “O que não se regista, não existe. Se não está registado, não se avalia, logo não se melhora” – que tem permitido a monitorização e avaliação. Importa, ainda, destacar a abordagem educativa e orientada para a melhoria contínua no acompanhamento técnico às Unidades e Equipas Prestadoras e na realização de auditorias externas com metodologias próprias. Por último, a dimensão estrutural está evidenciada na estrutura organizativa da coordenação²⁶, bem como, e respeitando a sua independência institucional, nas

²⁶ Esta é composta por uma entidade coordenadora de âmbito nacional, cinco entidades coordenadoras de abrangência regional e várias equipas locais de coordenação que asseguram uma maior proximidade às/aos cidadãs/cidadãos e aos parceiros.

outras instâncias da Rede, isto é, entidades referenciadoras (EGA e CS) e Unidades ou Equipas prestadoras de CCI.

Na estratégia para a qualidade, a avaliação rigorosa e isenta surge como uma área transversal, presente quer na monitorização de resultados, quer nos processos de melhoria contínua²⁷. Contudo, é de reforçar que a qualidade de um sistema extravasa a gestão de processos, devendo contemplar, intrinsecamente, o capital humano. Neste âmbito, têm vindo a ser implementadas e desenvolvidas acções como as visitas de acompanhamento realizadas pelas ECL às Unidades, que visam a avaliação do cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades. Estas visitas são efectuadas com base numa grelha de acompanhamento pré-definida, sendo que a informação recolhida é sistematizada e analisada e os resultados da avaliação expressos numa escala de 0% a 100%.

A grelha contempla um conjunto de requisitos, que incluem acesso e continuidade de cuidados, informação e direitos dos utentes, recursos humanos afectos à unidade, promoção da autonomia e cuidados, segurança e instalações, controlo de infecções e gestão dos resíduos, registo dos acidentes e avaliação da satisfação dos utentes e familiares. De acordo com o Relatório de 2009 (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b) “os resultados da avaliação do grau de cumprimento dos referenciais da grelha de acompanhamento aplicada revelam uma média de cumprimento dos requisitos de 88,4% em 2009, comparada com 80,25% do ano de 2008, mostrando melhoria contínua.”

As auditorias devem ser entendidas como um mecanismo fundamental à realização de análises críticas da actividade, com repercussão positiva da sua aplicabilidade já que possibilitam a introdução de factores e acções correctivas, desempenhando ainda um papel imprescindível no processo de eliminação de desperdícios através da simplificação de tarefas e promoção da redução dos custos tangíveis.

Na perspectiva da melhoria contínua e da qualidade na prestação de CCI de saúde e de apoio social foram contratualizadas auditorias externas com metodologias próprias, baseadas em métodos e ferramentas que implicam uma identificação conjunta de desajustes ou grau de incumprimento de requisitos por item e grupo temático presentes num referencial pré-definido. A partir dos resultados desta avaliação, em cada unidade prestadora, junto da equipa profissional são criadas e acordadas ou sugeridas metas de melhoria exequíveis. (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009e).

Segundo dados do Relatório (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b) foram criadas 17 Equipas de

²⁷ Este processo engloba conceitos como a visão sistémica e a optimização dos processos, ferramentas de controlo e melhoria da qualidade, avaliação da satisfação dos utentes, o *benchmarking* e a reengenharia dos processos.

Melhoria Contínua da Rede, de constituição multidisciplinar (enfermeiro, médico e assistente social), contando no total com cerca de 43 auditores, externos e independentes face à rede, aos quais foi dada formação específica sobre a Rede, a sua filosofia e princípios, sobre qualidade e técnicas de auditoria. Durante 2009 foram realizadas 174 visitas de avaliação da qualidade às Unidades prestadoras.

Quanto às auditorias externas aos processos e procedimentos clínicos, incidiram sobre o processo clínico, plano de cuidados e de enfermagem, reabilitação e práticas farmacêuticas, em uso nas Unidades e foram realizadas por médico, farmacêutico e enfermeiro, em todo o país. Em 2009, da avaliação das 33 Unidades auditadas ressalva-se que, em geral, apresentam boas instalações, limpas e agradáveis, as equipas de profissionais encontram-se motivadas e empenhadas no tratamento dos utentes. Contudo, são também apontadas algumas áreas onde é necessário investir no sentido da melhoria contínua da qualidade, designadamente no que diz respeito à abordagem multidisciplinar na definição dos Planos Individuais de Intervenção (PII)²⁸, à sua reavaliação periódica e aos registos efectuados, bem como ao nível das práticas farmacêuticas²⁹.

2.3.Sistema de Informação Geográfica

“GIS provide a digital lens for exploring the dynamic connections between people, their health and well-being, and changing physical and social environments.” (Cromley ; McLafferty, 2002)

Relativamente ao Sistema de Informação Geográfica (SIG), importa referir que no desenho inicial do estudo considerou-se fazer uma ampla discussão sobre a introdução de uma ferramenta específica como o SIG no contexto da RNCCI. Contudo, os dados do INS não possibilitam uma análise geográfica para além das Regiões o que limitou o desenvolvimento na íntegra deste objectivo. Não obstante, definiu-se que seria importante utilizar este instrumento para cartografar os dados, bem como apresentar uma breve reflexão sobre as vantagens e desvantagens da utilização de um SIG ao nível do planeamento de serviços de saúde e apoio social e comunicação de resultados. Para o cumprimento deste objectivo foi necessário realizar uma revisão da literatura, da qual sobressaem alguns aspectos considerados como pertinentes no âmbito deste estudo e que a seguir se apresentam.

²⁸ Pretende-se que o plano de intervenção seja multidisciplinar e abranja as vertentes social, de enfermagem, médica e de reabilitação, com definição do motivo de internamento, problemas major, etapas e resultados a atingir. Para além do estabelecimento de objectivos comuns, devem ser programadas reavaliações periódicas, adequadas às patologias e à situação individual de cada utente.

²⁹ São referidas que as condições ambientais do armazenamento, os aspectos relacionados com o prazo de validade e princípio da rastreabilidade do medicamento carecem de atenção.

2.3.1.O espaço como categoria de análise na investigação em saúde

Segundo Barcellos e Bastos (1996) a utilização da categoria espaço é mais do que a simples localização de eventos de saúde, uma vez que o lugar atribui a cada elemento constituinte do espaço um valor particular.

Em primeira instância, o espaço resulta da acção da sociedade sobre a natureza e, deste modo, a sua configuração incorpora a dinâmica heterogénea da estrutura social.

Em segundo lugar, o espaço produzido socialmente exerce pressões económicas e políticas sobre a sociedade, criando condições diferenciadas de utilização.

A conjugação destas duas componentes do espaço gera um mecanismo de causalidade circular, no qual o espaço é, simultaneamente, produto e produtor de desigualdades sociais, com impacte na saúde dos grupos sociais envolvidos.

Em terceiro lugar, o espaço “acumula” as transformações ocorridas na sociedade, introduzindo a dimensão tempo nos estudos das relações entre espaço e saúde e em quarto lugar, o espaço possui valor em si resultante da sua localização.

Desta forma, incorporar a categoria espaço na investigação em saúde, significa analisar as diferenças entre regiões, de acordo com as características que as distinguem e a sua relação com a estrutura espacial na qual estão inseridas, a partir da introdução da variável localização.

Num artigo mais recente, Barcellos e colaboradores (2002) destacam o significado do espaço enquanto espaço-lugar, entendido como um conjunto de lugares que resultam da interacção singular dos grupos sociais com o ambiente e, que apesar de compartilharem o mesmo espaço, possuem modos de vida diferentes e relações de trabalho e com o ambiente específicas. Esta forma de entender o espaço permite planear intervenções para cada grupo sócio-espacial, sendo que o espaço entendido como localização é substituído pelo lugar revestido de um sentido de experiência, com padrão de troca e significados próprios.

A utilização de um SIG permite incorporar estas dimensões, bem como um conjunto mais vasto de outras variáveis, demográficas, sociais, económicas e de tempo.

Em suma, considerando que o espaço é socialmente construído, adoptar esta categoria de análise e operacionalizá-la nos territórios possibilita que se evidenciem as relações entre a saúde e a estrutura social. Estudos neste âmbito podem contribuir para orientar políticas públicas no sentido da equidade de acesso aos serviços de saúde, perspectivar intervenções capazes de melhorar as

condições de vida das populações, e orientar os modelos assistenciais no que se refere à organização integrada das várias redes de cuidados de saúde e apoio social, diminuindo e contrariando as desigualdades no acesso e uso dos serviços.

2.3.2. Evolução histórica da utilização dos Sistemas de Informação Geográfica na área da saúde

De acordo com Boulos *et al.* (2001), a noção de que a localização geográfica pode influenciar a saúde é bastante antiga, ou seja, a noção de que certas doenças tendem a ocorrer em alguns lugares em detrimento de outros remonta à época de Hipócrates (século terceiro antes de Cristo).

São vários os autores (Boulos *et al.*, 2001 ; MacKian *et al.*, 2003 ; Hino *et al.*, 2006), que referem o estudo levado a cabo pelo médico inglês John Snow como uma das primeiras abordagens às aplicações actuais da análise espacial.

Durante a epidemia de cólera de 1854, em Londres, Snow recorreu ao mapeamento dos casos para investigar as causas das mortes ocorridas naquele lugar. Assim, após assinalar manualmente a localização das habitações das pessoas declaradas com cólera num mapa das ruas do bairro (*Soho district*) onde se declarou o surto, observou uma concentração de ocorrências nas proximidades de uma determinada bomba de água (*Broad street water pump* da responsabilidade da *Southwark and Vauxhall Water Company*)), encanada no baixo Tamisa. Verificou ainda que as pessoas que viviam em habitações na mesma zona, mas abastecidas com água de outra companhia (*Lamberth Water Company*), cuja fonte se localizava no alto Tamisa, não tinham sido afectadas. Estes resultados levaram John Snow a recomendar o encerramento do ponto de água que suspeitava estar contaminado, sendo que esta decisão travou a epidemia.

Apesar desta investigação não poder ser considerada uma aplicação *tout court* de um SIG, na medida em que não foram utilizados a maioria dos elementos que definem actualmente um sistema desta natureza, é uma referência pioneira sobre a importância de mapear os eventos em saúde, já que os resultados obtidos dependeram da disposição espacial das variáveis em estudo.

A cronologia da utilização do SIG remonta aos finais dos anos 60 (Rojas *et al.*, 1999 ; Mullner *et al.*, 2004) quando ainda eram necessários computadores *mainframe*. Contudo, os exemplos da aplicação do SIG à Saúde Pública, epidemiologia ou planeamento em saúde apenas datam dos anos 80 e, de uma forma embrionária. A grande expansão da utilização destas tecnologias deu-se nos anos 90, tendo crescido constantemente para o século XXI.

De acordo com McLafferty (2003) o SIG tem proporcionado novas formas de investigar as necessidades de cuidados em saúde para pequenas áreas geográficas, o acesso geográfico aos serviços de saúde e desenvolver novas abordagens de análise, planeamento e avaliação dos mesmos.

2.3.3. Sistema de Informação Geográfica e Saúde Pública

Todos os eventos e fenómenos que acontecem na superfície terrestre que podem ser referenciados espacialmente podem ser representados num SIG. O que significa que é possível construir mapas de quase tudo. Devido ao seu poder visual, os mapas SIG podem tornar-se metáforas das condições sociais e ambientais contidas no espaço geográfico (Cromley ; Mclafferty, 2002).

A Saúde Pública e o ambiente são intrinsecamente influenciados pelos padrões de ocupação do espaço, ou seja, não basta descrever as características das populações, torna-se necessário localizar, com rigor, onde estão a acontecer os eventos, quais os serviços que a população procura, os lugares passíveis de potenciais riscos ambientais e as áreas onde se concentram situações sociais vulneráveis.

De acordo com vários autores (Gordon ; Womersley, 1997 ; Boulos *et al.*, 2001 ; Higgs ; Gould, 2001; Santos ; Barcellos, 2006; Dummer, 2008), as aplicações do SIG na área da saúde destacam-se nos seguintes campos:

(i) Vigilância Epidemiológica - A análise da distribuição espacial de eventos em saúde possibilita conhecer padrões da situação de saúde de uma população numa determinada área e evidenciar disparidades espaciais que levam à delimitação das áreas de risco. Este tipo de abordagem, para além de possibilitar a concepção e análise de hipóteses de investigação, permite mapear indicadores básicos de saúde (como por exemplo, mortalidade, doenças de notificação obrigatória, acidentes de trabalho, etc.), planear e programar actividades de prevenção e controle de doenças em grupos homogéneos segundo determinado risco e monitorizar e avaliar intervenções direccionadas.

Uma das principais aplicações dos mapas na epidemiologia é facilitar a identificação de áreas geográficas e grupos da população que apresentam maior risco de adoecer ou morrer prematuramente. Assim, epidemiologia espacial permite conhecer a frequência, a distribuição e a importância dos diversos factores que influenciam o aumento de determinados riscos para a saúde. Esta abordagem, ao contribuir para a identificação de grupos com determinantes de risco similares, objectiva a elaboração de intervenções sociais e de saúde específicas, que vão para além das

existentes e centradas na procura de cuidados, ou seja, possibilita a focagem nas necessidades de saúde não atendidas.

(ii) Planeamento e Avaliação dos Serviços de Saúde – A investigação desenvolvida neste campo inclui análise da distribuição espacial dos serviços de saúde, planeamento e optimização de recursos de saúde (modelos de *location-allocation*), estudo de acessibilidade (física, económica, social, étnica, psicológica) e análise da utilização de serviços de saúde (análise de fluxos).

(iii) Urbanização e Ambiente - A urbanização tem sido um factor predominante na fixação da população à escala mundial e objecto de estudo da ecologia urbana. Nas cidades, particularmente nos países em desenvolvimento, a população urbana vive em diferentes condições ambientais, económicas, habitacionais, de emprego, estilo de vida, dieta, o que influencia e condiciona a forma como o espaço, produzido socialmente, é utilizado.

Por outro lado, as relações entre saúde e ambiente podem ser evidenciadas através da análise das características epidemiológicas das áreas próximas a fontes de contaminação, pela identificação dos factores ambientais adversos em locais onde há concentração de eventos prejudiciais à saúde e pela monitorização das acções de saneamento e tendências das doenças preveníveis após acções com vista à melhoria da qualidade de vida.

Planeamento, monitorização e avaliação de programas, estudos sobre o contexto socioeconómico, vigilância epidemiológica e outras actividades essenciais ao desenvolvimento do sector da saúde são beneficiados pela incorporação da distribuição espacial dos eventos. O recurso aos SIG nestes campos tem possibilitado análises complexas de um conjunto cada vez maior de problemas, bem como a visualização dos resultados através de mapas, facilitando a comunicação da informação.

2.3.3.1. Sistemas de Informação Geográfica e planeamento em saúde

O estado de saúde é um conjunto detalhado de problemas e de necessidades de uma população num determinado território, referenciado a um período temporal específico. Deste modo, o estado de saúde revela as condições de vida e o perfil de saúde, doença e morte de uma população, evidenciando os seus determinantes. Conhecer a situação de saúde da população constitui-se como essencial para o processo de planeamento de medidas de política e acções que visem fazer face aos problemas identificados.

Segundo Santos e Barcellos (2006) para se entender este conceito, na sua globalidade, é necessário considerar que (i) saúde não pode ser entendida como ausência de doença, dado que não existe nenhuma população independente de qualquer processo patológico, a não ser transitoriamente; (ii) é inerente aos indivíduos o confronto com o risco, quer pela idade, sexo, ou outros atributos individuais, pela sua localização geográfica e ecológica, cultura, nível educacional ou ainda pela sua situação económica e social, aspectos estes que se traduzem em perfis de problemas de saúde, afectando em maior ou menor grau as suas possibilidades de realização pessoal e colectiva; (iii) a situação de saúde é um atributo colectivo, isto é, das populações humanas; (iv) a análise da situação de saúde implica a identificação dos perfis de necessidades e problemas hierarquizados pelos diferentes actores sociais que interagem quotidianamente.

É também necessário conhecer os recursos de saúde e sociais existentes, quer formais, quer informais, visto que é da sua articulação e integração que resultam as respostas aos problemas vivenciados pelas populações.

Cromley e McLafferty (2002) corroboram esta perspectiva e definem serviços/ cuidados de saúde *como* aqueles que têm como objectivo contribuir para melhorar a saúde das populações, subdividindo-se em informais (quando os cuidados são prestados pela família/ cuidadores informais ou comunidade onde a pessoa está inserida) ou formais (quando os cuidados são prestados por instituições públicas, privadas ou voluntárias, cuja acção se desenvolve num conjunto de *settings* que incluem hospitais, clínicas, locais de trabalho, escolas e mesmo o domicílio). Contudo, salientam que a relação existente não é inócua, ou seja, alterações na intensidade e estruturas dos serviços de saúde formais podem afectar a necessidade de incrementar cuidados de saúde informais e vice-versa. O impacte para o estado de saúde das populações, em consequência desta transferência de cuidados entre prestadores pode ser analisado geograficamente.

A disponibilização de informação sobre a localização dos serviços de saúde pode ser particularmente útil quando analisada em conjunto com os dados sobre necessidades em saúde.

Segundo Pereira (2004) necessidade é uma noção instrumental, utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar de consumir cuidados para melhorar o seu estado de saúde. Apesar de não haver uma definição consensual na literatura sobre este conceito, é comum distinguirem-se três tipos de necessidades: as necessidades sentidas — identificadas como tal pelos indivíduos; as necessidades expressas — aquelas apresentadas pela população aos serviços de saúde e que são usualmente tomadas como sinónimas da procura de cuidados; e as necessidades normativas — definidas e identificadas pelos profissionais de saúde.

Normalmente, na área do planeamento da saúde na definição de necessidade são utilizados indicadores demográficos, socioeconómicos, de resultados em saúde, quer qualitativos, quer quantitativos. Quando se analisam necessidades para certos cuidados de saúde, as características dos serviços podem ser relevantes, dado que o seu planeamento pode estar a ser direccionado para determinados grupos da população ou para indivíduos que reúnam os critérios de elegibilidade estabelecidos.

As “necessidades sentidas” podem também ser uma dimensão importante de análise. Quando disponíveis os inquéritos de saúde são uma fonte importante de dados onde a população expressa o seu ponto de vista sobre as suas necessidades em saúde.

A variação geográfica da população e a sua necessidade de cuidados de saúde fundamenta e é utilizada como base para a análise e planeamento dos serviços de saúde.

De facto a distribuição da população no território não é uniforme e difere em várias dimensões, como a idade, género, cultura e situação económica, que afectam a necessidade de cuidados de saúde, a capacidade de viajar para obter cuidados de saúde e os tipos de serviços que a população está disposta e capaz de utilizar. A noção de necessidade é um conceito multidimensional que traduz as características das pessoas, os seus comportamentos e os ambientes em que vivem e trabalham.

Cada vez mais, o SIG está a ser usado para mapear e estudar a variação geográfica da necessidade de serviços de saúde e para desenvolver indicadores inovadores que meçam essa necessidade. No entanto, na perspectiva de McLafferty (2003) definir indicadores de necessidade que incorporem padrões de utilização dos cuidados de saúde é uma tarefa complexa, uma vez que não há uma correspondência directa entre a utilização e a necessidade. A utilização reflecte a necessidade, mas também espelha factores relacionados com o contexto dos próprios serviços, tais como a disponibilidade, a acessibilidade e padrões de prática subjacentes aos próprios serviços.

Questionar sobre se os serviços se encontram localizados em áreas com necessidades elevadas ou se existem grupos da população que os serviços não cobrem, são centrais para o planeamento de respostas em saúde e requerem uma compreensão conjunta das necessidades em saúde da população e da adequação dos recursos, sendo cada vez mais comum a utilização do SIG nesta área como instrumento de visualização da sua cobertura e distribuição geográfica (Cromley ; McLafferty, 2002).

2.3.3.2. Alguns exemplos da utilização dos Sistemas de Informação Geográfica no contexto da Saúde em Portugal

Conforme referido a aplicação do SIG ao nível da saúde pública permite o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planeamento em saúde e a avaliação das redes de cuidados de saúde, entre outros.

Estudos, que evidenciam a importância da aplicação do SIG ao planeamento urbano saudável, têm sido desenvolvidos por Santana *et al.* (2008a ; 2009) no concelho da Amadora. Segundo estes investigadores, o SIG tornou-se numa ferramenta importante nesta área, devido à sua capacidade de cruzamento de informação, ao facto de considerar diferentes escalas, assim como por permitir análises espaciais e temporais fundamentais tanto na avaliação como na explicação de padrões e tendências de procura/ utilização.

Na investigação “Os sistemas de informação geográfica no planeamento e gestão da saúde. A avaliação da qualidade ambiental dos espaços urbanos no bem-estar e na saúde” (Santana *et al.*, 2009), os autores utilizaram as metodologias SIG para avaliar a qualidade dos espaços verdes e identificar os factores de contexto relativos ao acesso e utilização dos espaços verdes que têm influencia tanto no bem-estar como na saúde individual e comunitária, para além da sua medição, avaliação e monitorização. As conclusões deste trabalho apontam para valores elevados de utilização (com carácter de proximidade) dos espaços verdes urbanos, independentemente do género, idade ou factores socioeconómicos, apesar da oferta deste tipo de espaços não ser adequada à dimensão populacional. Foi ainda identificado um conjunto de aspectos relevantes para a utilização dos espaços verdes – a actividade física da população apresenta fortes inter-relações com o estado emocional e com o estado de saúde auto-avaliado – que permite fundamentar o desenvolvimento e introdução de melhorias nestas infra-estruturas, e concomitantemente melhorar a qualidade de vida da população.

Este tipo de estudo demonstra as potencialidades da aplicação de metodologias SIG no âmbito das questões relativas à necessidade de espaços verdes e à sua influência na saúde urbana (Santana *et al.*, 2008b), quer como suporte ao planeamento quer à tomada de decisão.

Costa e Costa (2007), no projecto “Sistema de Referenciação Geográfica aplicado à carta de equipamentos de Cuidados de Saúde Primários”, desenvolveram um SIG como auxiliar à análise e planeamento em saúde, incluindo os equipamentos. Para além deste objectivo pretenderam integrar informações de fontes diversas, que servissem de suporte a projectos desenvolvidos pelo Ministério

da Saúde e que permitissem a construção de variáveis indirectas e a sua visualização no espaço e no tempo.

Noutro estudo sobre planeamento de redes, Rodrigues e colegas (2008) apresentaram uma proposta de reorganização da Rede de Urgência 24h, através de cenários alternativos ao existente, com recurso ao SIG. Para operacionalizarem o objectivo – contribuir para a adequação da oferta (com reforço da qualidade das instalações, equipamentos e recursos humanos) às necessidades da população, com base em critérios de maior eficiência e equidade em situação de urgência 24h – foram determinadas as áreas de influência das unidades pertencentes à Rede Hospitalar Urgências-Emergência (RHUE), analisadas as características da população potencialmente utilizadora e seleccionadas as unidades de saúde onde serão instaladas Urgência 24h.

De acordo com os autores, a metodologia empregue (modelo *raster*, algoritmos de optimização, modelo econométrico, entre outros) possibilitou a obtenção de resultados robustos em relação à componente geográfica da função de acessibilidade aos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Contudo, dada a complexidade do estudo, os cenários obtidos deverão ser aprofundados e consideradas estratégias ao nível das condições técnicas e dos recursos humanos e materiais, aquando da sua implementação.

2.3.4.Noções Gerais sobre Sistema de Informação Geográfica

Antes de se definir SIG, importa esclarecer o conceito de “geoprocessamento”, peça-chave na operacionalização deste tipo de sistema. O “geoprocessamento” pode ser definido como um conjunto de técnicas computacionais necessárias para a manipulação de dados e informações espacialmente referenciadas. Neste conjunto incluem-se a detecção remota, a digitalização de dados, a cartografia digital, a estatística espacial, a utilização de Sistemas de Posicionamento Global – GPS, sendo que o Sistema de Informação Geográfica – SIG se inclui nesta vasta constelação de tecnologias (Santos ; Barcellos, 2006 ; Cromley ; McLafferty, 2002 ; Pina *et al.*, 2000).

Neste trabalho apenas será abordado o SIG que é considerado como uma das técnicas de geoprocessamento mais abrangentes, dado que poderá englobar todas as outras. Os SIG são sistemas informáticos, utilizados para a compreensão de eventos e fenómenos que ocorrem no espaço geográfico. Trata-se de uma ferramenta essencial para a manipulação das informações geográficas, potenciada pela sua capacidade em reunir um grande volume de dados de expressão espacial, estruturando-os e integrando-os adequadamente.

A tecnologia presente no SIG integra procedimentos e suportes para recolher, armazenar, pesquisar, analisar, representar e visualizar dados geográficos. A conjugação da análise de dados, com possibilidades de selecção e busca de informações (*Query*), análise estatística e espacial, com a possibilidade de visualização oferecida pelos mapas, distingue os SIG dos outros Sistemas de Informação, cuja utilidade pode ser experimentada e comprovada pelas organizações no processo de análise e compreensão da ocorrência de eventos, predição e simulação de situações, bem como no planeamento de estratégias (Santos ; Barcellos, 2006 ; Pina *et al.*, 2000).

As análises espaciais complexas realizadas através do SIG permitem a construção de vários cenários que servem de plataforma para a tomada de decisão. Assim, a opção por esta tecnologia justifica-se pela eficiência operacional (minimizar os custos operacionais) e por permitir uma eficaz gestão das informações estratégicas (agilizar o processo de decisão) (Pina *et al.*, 2000).

Importa, ainda, diferenciar os programas usualmente denominados por CAD (*Computer Aided Design*) dos SIG. Os primeiros são sistemas que contribuem, essencialmente, para a transformação de mapas em suporte papel em digital, permitindo a manipulação dos elementos da representação cartográfica. O SIG supera a simples manipulação de mapas digitais realizada pelo CAD, através da exploração das relações existentes entre dados gráficos e descritivos, da execução de funções de análise espacial complexas (como o reconhecimento de relações de proximidade, adjacência e conectividade), bem como análises de compatibilização de diversos mapas, provenientes de diversas fontes, escalas, sistemas de projecção, etc. (Santos ; Barcellos, 2006 ; Pina, F. *et al.*, 2000).

2.3.4.1.Objectivos de um Sistema de Informação Geográfica

Tentando conjugar as perspectivas de Santos e Barcellos (2006) e de Cromley e McLafferty (2002)³⁰, o SIG permite desenvolver quatro objectivos que requerem várias componentes de acordo com a finalidade da sua implementação.

O primeiro – aquisição de dados – refere-se à captura, importação, validação e edição, etapas necessárias à alimentação do sistema. Os dados podem ser adquiridos através da importação de dados já existentes ou serem produzidos especificamente através de várias técnicas. Por outro lado, durante este processo e, por forma a remover erros existentes nos dados originais ou introduzidos durante a captura procede-se à conferência, conversão, reformatação, correcção e edição. A qualidade dos dados é fundamental para que eventos e fenómenos sejam analisados correctamente. A avaliação da qualidade dos dados deve considerar aspectos como: a precisão, a exactidão, o

³⁰ Santos e Barcellos (2006) identificam os quatro primeiros, enquanto que Cromley e McLafferty (2002) referem apenas os três últimos.

período, a época, a actualidade, a integridade e a consistência, entre outros. Dados incorrectos originam informações não confiáveis, o que, consequentemente, ocasiona erros e desperdícios.

O segundo – gestão de base de dados – envolve o armazenamento, manuseamento e integração de uma colecção de dados referenciados espacialmente, de acordo com as suas características específicas. Um dado espacialmente referenciado pode ser concebido como contendo dois tipos de informações, dados de atributos e dados de localização. Por um lado, a componente gráfica (mapas) descreve a localização e a forma das configurações geográficas e o seu relacionamento espacial com outras configurações, através de coordenadas digitais, códigos e símbolos. Por outro lado, a componente não-gráfica fornece informações descritivas sobre factos e fenómenos, sociais e naturais, representados no mapa, ou seja, descreve as características, propriedades, qualidades e relacionamentos das configurações geográficas na representação cartográfica (Santos ; Barcellos, 2006 ; Boulos *et al.*, 2001 ; Pina *et al.*, 2000).

O terceiro – visualização, mapeamento e apresentação cartográfica – remete para a agilidade intrínseca ao SIG por forma a utilizar as diversas camadas de dados e exibir resultados através de mapas de síntese com boa qualidade gráfica. O SIG permite aos utilizadores visualizar os dados espaciais disponíveis de uma forma rápida, fácil e interactiva. É possível ainda gerar outras formas de apresentação dos dados (gráficos e tabelas) consoante os objectivos e completar, desta forma, a informação expressa nos mapas.

O quarto – consulta e análise espacial – é o objectivo que pode ser considerado como o principal do SIG, uma vez que possibilita a realização de operações, análises e produção de novas informações sobre o espaço geográfico, a partir de critérios especificados pelo utilizador. A análise espacial refere-se à capacidade geral de manipular dados espaciais em diferentes formas, extraindo-lhes significado adicional como resultado, permitindo que esta informação seja utilizada no processo de tomada de decisões.

Cromley e McLafferty (2002) identificam cinco funções para a análise espacial:

(i) cálculo de distâncias (*measurement*) – cálculo da distância em linha recta entre pontos, da distância ao longo de trajectórias curvas ou arcos, e áreas. Apesar de existirem poucas hipóteses para a função cálculo das distâncias, esta reveste-se de grande importância dado que a distância, como medida da separação no espaço, é uma variável chave utilizada noutras análises espaciais, para além de que a distância é um factor importante nas interacções entre pessoas e lugares;

(ii) análise topológica – descreve e analisa as relações espaciais entre as unidades de observação;

(iii) análise de redes (*network analysis*) – permite analisar o funcionamento, os fluxos, os percursos numa rede, entendida como um conjunto de nós e subjacentes relações que se estabelecem entre eles, sendo útil, por exemplo, para otimizar trajectórias em caso de situações de emergência;

(iv) análise da superfície (*surface analysis*) – possibilita a análise do terreno ou outros dados que representam uma superfície contínua;

(v) análise espacial dos dados (*spatial data analysis*) – envolve modelagem e análise de padrões espaciais.

De acordo com vários autores (Santos ; Barcellos, 2006 ; Pina, F. *et al.*, 2000) os métodos de análise espacial são particularmente úteis nas situações de mapeamento de doenças (construir mapas de indicadores epidemiológicos); estudos ecológicos (medir associação entre indicadores agregados); saúde e ambiente (relacionar camadas de dados sobre ambiente e saúde); detecção de aglomerados (identificar áreas de maior incidência); processos de difusão (avaliar a evolução da distribuição espacial de doenças no tempo) e estudo da trajectória entre localidades (analisar redes de cuidados de saúde).

2.3.4.2. Critérios para Escolha das Unidades Espaciais de Referência dos Dados

A escolha da unidade espacial mínima de agregação de dados influenciará a forma e a estrutura da base de atributos e da base cartográfica. Barcellos e Santos (1997; 2000; 2006) definiram como critérios para a selecção das unidades espaciais a disponibilidade e qualidade dos dados referentes à unidade espacial; o reconhecimento da unidade espacial por parte da população; a correspondência entre a unidade espacial e a delimitação do território com dados de interesse para a saúde; a existência na unidade espacial de grupos populacionais organizados e de entidades administrativas; presença de “homogeneidade interna” dos factores em análise (apesar de nenhuma unidade espacial ser completamente homogénea, a homogeneidade pretendida será sempre relativa aos critérios subjacentes à diferenciação das áreas); a presença de “heterogeneidade externa” dos dados de interesse, de modo a apontar gradientes de risco; a possibilidade de integração da unidade espacial nos níveis progressivos, ou seja, é imprescindível que os níveis mais desagregados estejam perfeitamente identificados e contidos nos níveis superiores.

A definição da unidade espacial de agregação de dados pressupõe também a definição da escala de observação dos fenómenos, segundo a natureza dos eventos, por forma a que as interacções em estudo possam ser captadas (Barcellos ; Bastos, 1996).

O SIG permite que se adoptem outras unidades espaciais que melhor traduzam a distribuição de um determinado fenómeno no espaço, através da agregação de dados contidos em diferentes camadas. Desta forma, podem-se, por exemplo, estimar indicadores para outros níveis de agregação, diferentes do original.

Importa referir ainda que, geralmente, a apresentação dos dados sociodemográficos e económicos é agregada em unidades administrativas territoriais, como bairros, municípios, distritos, etc. O mesmo sucede com os dados de saúde, como por exemplo as administrações regionais de saúde ou surgem também disponibilizados segundo áreas específicas de abrangência, como por exemplo, agrupamentos de centros de saúde, unidades locais de saúde, centros hospitalares, etc.

2.3.4.3. Mapas

Comunicar, transmitir e partilhar um conhecimento são acções quotidianas de todos aqueles que trabalham na área da Saúde. Esta não é, no entanto, uma tarefa simples e muitas vezes o discurso textual não é suficiente para a disseminação desse conhecimento. Gráficos, tabelas, análises estatísticas, diagramas e outros recursos de expressão são cada vez mais comuns à comunicação, independentemente do público-alvo ser uma comunidade especializada ou não.

Quando se trata do comportamento de um fenómeno no espaço geográfico, um dos meios mais adequados à comunicação desse conhecimento é o mapa. O mapa é, portanto, um meio de comunicação do conhecimento, que utiliza uma linguagem muito específica, a linguagem cartográfica, composta por um conjunto de símbolos e convenções. Com a evolução dos SIG, os mapas deixaram de ser apenas meios de comunicação e, juntamente com as técnicas de estatística espacial, passaram também a ser instrumentos essenciais para a análise geográfica.

Em suma, deixaram de ser meios passivos de comunicação do conhecimento e passaram a ter um papel activo na produção do conhecimento.

Contudo, a sua eficácia comunicacional depende da forma como é construído, ou seja, é necessário considerar alguns critérios cartográficos para padronizar quer a sua produção, quer a sua leitura. Segundo Santos e Barcellos (2006) o processo de produção de mapas envolve escolhas conscientes quanto à selecção das unidades espaciais que representem o lugar de ocorrência do evento ou fenómeno espacial; selecção de indicadores que representem o problema de saúde; adequação dos códigos e símbolos dos indicadores em análise à comunicação; selecção das camadas que coadjuvam

a explicação do contexto dos problemas de saúde em estudo. Não descurando a importância da convergência das equipas de trabalho.

Importa reforçar a importância da selecção da escala dado que na cartografia esta representa a relação entre o mapa e o mundo real. A escala é uma escolha intencional do técnico que proporciona níveis de detalhe diferentes, através dos quais é possível mostrar alguns processos e omitir outros. Quanto menor a escala, maior será a área abrangida pelo mapa e menores serão os detalhes que este mapa poderá conter. Nas análises espaciais de saúde, quanto menor a escala mais gerais serão os processos retratados. Deste modo, as escalas regionais e globais exigem a simplificação dos objectos geográficos.

Como produto recorrente da utilização do SIG surgem mapas temáticos³¹ destinados a diversas áreas do conhecimento, entre as quais a Saúde Pública. Os mapas temáticos podem ter diferentes níveis de leitura: desde o mais básico, em que o mapa é utilizado apenas para visualizar a localização de eventos, até ao mais complexo, em que o mapa é utilizado para comparar e identificar tendências e padrões espaciais, ou ainda para determinar a associação espacial das informações representadas.

De acordo com Cromley e McLafferty (2002), uma das áreas de aplicação do SIG é a preparação de mapas de localização dos serviços de saúde. Estes mapas podem ser utilizados para mostrar padrões de localização de serviços, fornecer informação à população sobre a sua localização e disponibilidade e para visualizar a correspondência espacial entre as necessidades e recursos.

2.3.5. Constrangimentos na Utilização dos Sistemas de Informação Geográfica

De acordo com Mullner e colaboradores (2004) o SIG não deve ser entendido como uma panaceia, já que a sua utilização levanta uma série de questões que requerem uma abordagem específica. Por um lado e, apesar do SIG não ser à partida um sistema com um custo de aquisição avultado, o seu acompanhamento e manutenção, bem como a aquisição de hardware, software e/ ou bases de dados adicionais, podem encarecer o sistema e dificultar a sua implementação e manutenção. Outra questão prende-se com os recursos humanos afectos ao SIG e à sua formação, por forma a assegurarem o desempenho de determinadas funções do sistema adquirido e dos objectivos pretendidos.

³¹ Existem outros tipos de mapas como os mapas gerais (contêm informações de aspecto geral, como planimetria ou altimetria) ou os mapas especiais (que como o nome indica representam situações técnicas específicas, como por exemplo, as cartas náuticas e aeronáuticas) que não serão aqui abordados.

Por outro lado, é necessário acautelar a construção dos mapas, dado que estes são simplificações da realidade e podem conduzir a uma interpretação errada desta, bem como a adequação das unidades espaciais utilizadas, uma vez que a cada tipo de unidade espacial correspondem determinadas características demográficas e socioeconómicas da população considerada.

Num estudo levado a cabo por Scotch e colaboradores (2006) concluíram que os profissionais de saúde pública utilizam conjuntamente software estatístico com o SIG. Contudo, parece que é o software estatístico que conduz/lidera a investigação, enquanto que o SIG é utilizado para a visualização espacial dos resultados em detrimento da sua aplicação em análises espaciais complexas. Uma das razões apontadas para esta subutilização do SIG refere-se à falta de competências dos profissionais nesta área, ao contrário do que se passa com os pacotes estatísticos, que surgem incluídos nos currículos académicos, utilizados na análise epidemiológica e na investigação em saúde pública.

McLafferty (2003) corrobora a ideia de que para muitos investigadores o SIG é entendido principalmente como uma ferramenta que possibilita o mapeamento dos eventos.

Esta autora refere, ainda, a dificuldade na obtenção de dados espaciais sobre recursos de saúde, população, utilização, tratamentos e resultados, que possibilitem o desenvolvimento de análises robustas. Muitas vezes estes dados são escassos ou prestados em diferentes períodos temporais e escalas espaciais. Santana *et al.* (2008b) reconhece também esta limitação, resultante quer da inexistência ou pouca qualidade da informação, quer da sua abrangência enquanto reais indicadores de medida para a área da saúde.

Por outro lado, as restrições subjacentes à privacidade e confidencialidade dos dados sobre o estado e resultados de saúde limitam a análise, particularmente, no caso dos dados individuais ou para pequenas áreas.

2.3.6.Desafios Futuros à utilização dos SIG Sistemas de Informação Geográfica

Segundo McLafferty, (2003) um dos desafios futuros à utilização do SIG é a integração de dados relacionados com a saúde noutros serviços. São muitas as organizações e instituições que prestam serviços n âmbito da saúde. Se algumas se dedicam à prestação de cuidados formais, outras prestam cuidados informais que podem contribuir para reduzir a necessidade de serviços de saúde formais. Relacionar todas estas fontes diferentes de dados pode proporcionar novas abordagens sobre as variações dos custos dos cuidados de saúde, utilização e resultados.

Santana *et al.* (2008b), também defende a necessidade de se desenvolverem sistemas integrados de recolha de informação que permitam, quer a análise e a avaliação da informação, quer verificar os ganhos temporais e espaciais em saúde.

Apesar dos recentes avanços nos métodos de análise espacial e SIG, a compreensão da “dimensão humana” da informação geográfica continua a ser limitada.

Compreender as necessidades e acesso aos cuidados de saúde requer outros tipos de informação geográfica, para além dos indicadores normalmente utilizados. Para colmatar esta limitação e, em áreas de estudo como as percepções sobre cuidados de saúde, os investigadores têm optado por utilizar dados qualitativos recolhidos a partir de entrevistas, estudos de caso, histórias de vida, incorporando-os, posteriormente, no SIG. Contudo, a análise espacial de dados qualitativos através do SIG ainda é uma área em desenvolvimento (McLafferty, 2003).

Outro contributo emergente do SIG, ao nível do planeamento e avaliação de cuidados de saúde, prende-se com a possibilidade de ser utilizado enquanto instrumento de apoio à tomada de decisão. Neste contexto, o SIG representa um conjunto de métodos analíticos sofisticados e variados que permitem aos decisores fazerem perguntas, explorarem alternativas e identificarem potenciais soluções num ambiente interactivo McLafferty (2003).

Contudo, importa compreender como é que os planeadores e os decisores utilizam estes sistemas e como é que os sistemas afectam os processos de decisão. Investigar a forma como são adquiridos os conhecimentos em SIG, como são interpretados os mapas e os resultados analíticos, torna-se essencial, considerando ainda que por vezes o SIG é utilizado como ferramenta de mapeamento dos dados e que a sua interpretação, sem uma compreensão efectiva dos conceitos espaciais, pode gerar representações e tomadas de decisão erradas.

Num contexto alargado, a divulgação generalizada pela internet e pelos média, de informações geográficas sobre a qualidade dos cuidados de saúde, resultados, custos e tipos de problemas de saúde existentes na comunidade pode interferir na forma como os utentes interagem com o sistema de saúde. Como é que essas informações afectam a tomada de decisão face aos cuidados de saúde e como é que os seus efeitos variam entre os grupos populacionais, são questões que carecem de resposta. Por outro lado, Santana *et al.* (2008b), sublinha a necessidade de se criar um sistema de difusão de informação e participação que utilize diferentes canais e chegue a diferentes actores (políticos, gestores, prestadores, sociedade civil e cidadãos).

Actualmente, o rápido crescimento dos serviços de ambulatório, da telemedicina, das redes de cuidados e de prestadores, veio alterar a forma de prestação dos cuidados de saúde, com efeitos concomitantes na organização espacial destes. Segundo McLafferty (2003), os modelos tradicionais que descrevem o comportamento espacial dos consumidores e dos prestadores de cuidados de saúde, já não são suficientes nem se encaixam nesta “nova paisagem digital dos cuidados de saúde”. Nesta perspectiva, os novos comportamentos espaciais devem ser alvo de investigações futuras, sendo que o SIG surge como um instrumento útil para o seu estudo e modelação.

3.Fontes de Informação e Metodologia

3.1.Definição da População

Este estudo pretende ser um contributo sobre quem são os potenciais utentes da RNCCI, na tipologia de ULDM, por forma a apoiar os decisores no planeamento do número de lugares e da sua localização, garantindo o princípio da proximidade da prestação dos cuidados de saúde e apoio social a quem deles necessita.

Para a definição da população, entendida como um conjunto de elementos que apresentam em comum determinada característica a partir da qual se pretende obter informações, teve-se em consideração os dados sociodemográficos evidenciados nos Relatórios de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI de 2008 e 2009.

De acordo com o Relatório de 2009 (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b), das pessoas referenciadas em 2009, 81% tem 65 ou mais anos, valor muito próximo ao de 2008 (80%). Considerando os objectivos do estudo e com base nestes valores, optou-se por utilizar a mesma faixa etária para definir a população, ou seja, pessoas com 65 ou mais anos.

Apesar da categoria – 65 ou mais anos – ser o denominador comum operacionalizado para o cálculo das metas referentes ao número de lugares a criar na RNCCI, considerou-se que não era suficiente no âmbito deste estudo. Deste modo e, partindo do modelo de incapacidade descrito no capítulo do enquadramento teórico, definiu-se outro critério que consubstanciasse a dependência.

Entre os 5 motivos referentes às propostas de referenciação para a RNCCI, necessidade de continuidade de cuidados, dependência em actividades de vida diária, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, necessidade de ensino ao utente e/ou cuidador informal e doença crónica com episódio de agudização, destaca-se que em 2009 foram referenciados para ULDM 92% de utentes por motivo de dependência em actividades de vida diária e 12% por doença crónica com agudização, sendo que ambos os valores subiram relativamente a 2008 (87% e 9%, respectivamente)³².

Baseado nestas evidências estabeleceu-se que a população em estudo seriam as pessoas com 65 ou mais anos, com algum nível de independência/ dependência nas actividades de vida diária e/ ou com pelo menos uma doença crónica.

³² Cada um dos utentes referenciados pode apresentar mais do que um motivo de referenciação.

3.2. Tipo de estudo

Para a concretização do trabalho de projecto e prossecução dos objectivos identificados optou-se por desenvolver uma metodologia quantitativa, uma vez que os dados disponibilizados pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde são de natureza numérica.

Realizou-se um estudo descritivo e observacional o qual permitiu identificar e classificar a população com 65 ou mais anos quanto à independência/ dependência na realização das AVD e caracterizá-la segundo variáveis demográficas, socioeconómicas e de auto-avaliação do estado de saúde. Para Last (1988) este tipo de estudo efectua-se em situações em que não existe interferência com o curso dos acontecimentos naturais, ou seja, estudam-se as diferenças de distribuição de uma característica ou atributo sem qualquer interferência do observador.

De acordo com Beaglehole, Bonita e Kjellstrom (2003) são vários os países onde são realizados regularmente estudos transversais em amostras representativas da população evidenciando características demográficas e socioeconómicas, doenças e hábitos relacionados com a saúde.

A fonte principal de dados utilizada neste estudo para a caracterização da população refere-se ao 4º INS (2005/2006) e, portanto, será de acrescentar que para além de observacional trata-se de um estudo transversal. De facto, os inquéritos de saúde são considerados estudos transversais que produzem “fotografias” do estado de saúde de uma determinada população, sendo que a sua aplicação refere-se a um único momento e não contempla período de acompanhamento. A observação foi realizada durante um corte transversal no tempo, em 2005/2006 e foi utilizado como instrumento um inquérito geral de saúde com recolha de dados por entrevista directa, no domicílio, a uma amostra probabilística, representativa da população residente em unidades de alojamento em Portugal³³.

Como é referido por vários autores (Mausner ; Kramer, 2007 ; Beaglehole *et al.*, 2003 ; Last, 1988) este tipo de estudo tem a vantagem de ser relativamente fácil de realizar e de execução rápida. Contudo, não é possível determinar a sequência temporal de acontecimentos necessários para estabelecer deduções de causalidade.

Importa, ainda, salientar que os estudos transversais são instrumentos úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde das populações, contribuindo para a adequação de medidas de política e acções de saúde (Beaglehole *et al.*, 2003).

³³ Não foram contempladas instituições.

3.3.Fontes de informação e variáveis em análise

A panóplia de informação actualmente disponível e os múltiplos canais por onde circula traduzem-se num desafio à investigação científica. Assim, seleccionar as fontes de informação adequadas ao cumprimento dos objectivos é uma tarefa e opção que o investigador deverá tomar consciente das suas implicações ao nível metodológico e dos resultados obtidos.

A garantia da disponibilização de dados fiáveis e de qualidade é condição essencial para a análise objectiva da situação de saúde, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para um planeamento na área da saúde.

No estudo foram utilizadas 3 bases de dados:

- Base de dados das Unidades de Internamento da RNCCI a 31 de Dezembro de 2009 (número de unidades de internamento disponíveis a 31 de Dezembro de 2009 por região, distrito, concelho, tipologia de cuidados, titularidade, número de lugares, ano de início de actividade);
- Base de dados com a proposta do plano de implementação para 2010-2013 (número de lugares por Região, ano de implementação e tipologia de cuidados)³⁴;
- Base de dados do 4º INS (Grupo 1 – Caracterização Sociodemográfica, Grupo 2 – Informações gerais de Saúde; Grupo 4 – Incapacidade de Longa Duração, Grupo 5 – Doenças Crónicas e Grupo 10 – Despesas e Rendimentos).

As duas primeiras fontes e respectivas variáveis foram utilizadas para o mapeamento dos recursos de saúde e apoio social e a terceira para a análise sociodemográfica da dependência.

No que se refere às questões do 4º INS, foram seleccionadas as variáveis que permitem caracterizar a população em termos demográficos, auto-percepção do estado de saúde, estado socioeconómico (tabela 1), da dependência (tabela 2 – pág.63) e das doenças crónicas (tabela 3 – pág.65).

³⁴ Ambas as bases de dados sobre a RNCCI foram disponibilizadas pela Unidade de Promoção de Autonomia do Instituto de Segurança Social,IP.

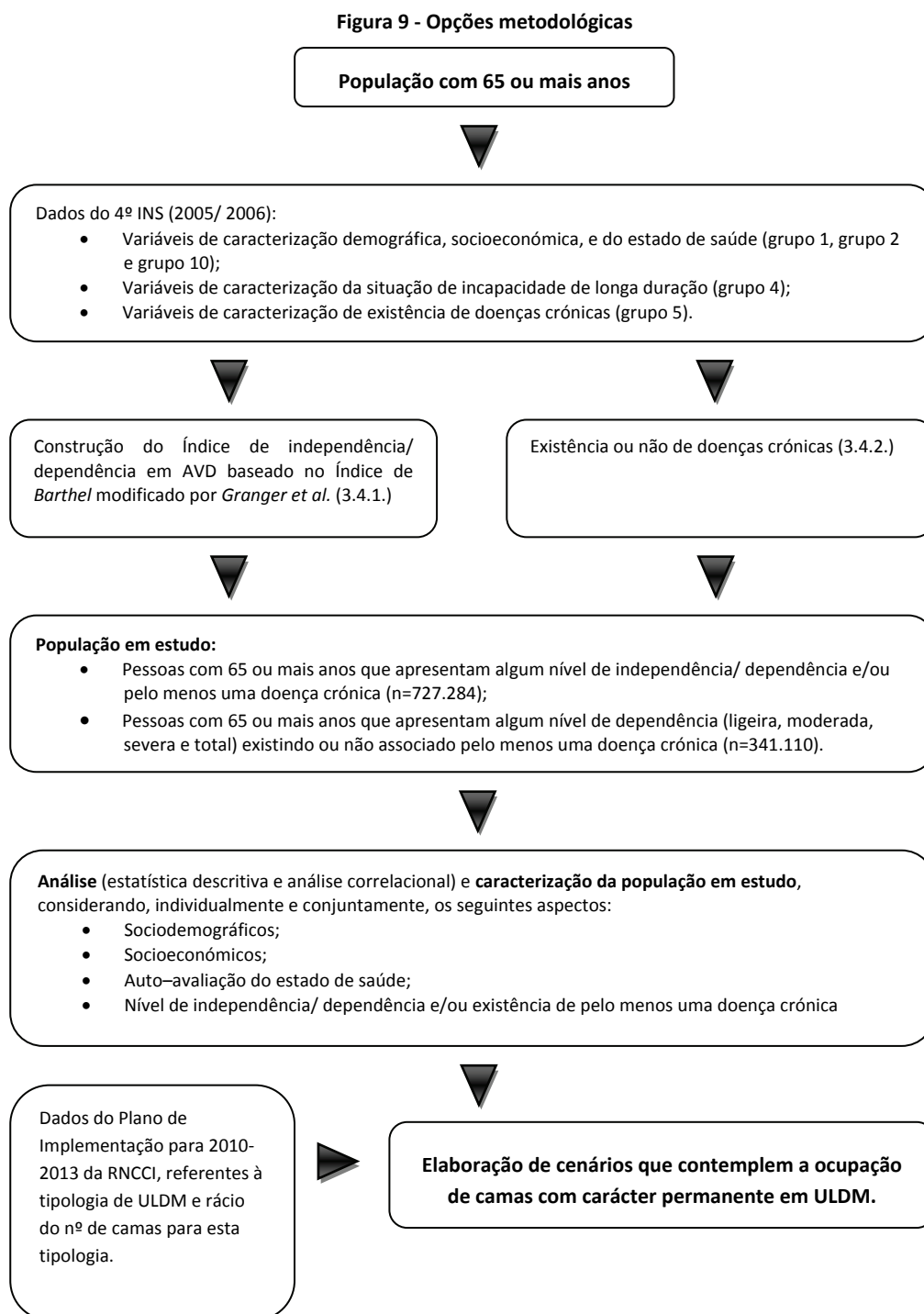
**Tabela 1 – Variáveis de caracterização demográfica, socioeconómica
e do estado de saúde da população em estudo**

4º INS
Grupo 1 - Caracterização Sociodemográfica
NUT II
Sexo
Idade
Estado civil legal
Vive conjugalmente com alguém
Nível de ensino mais elevado que frequentou
Ocupação principal, nas duas últimas semanas (situação perante o trabalho)
Grupo 2 - Informações Gerais de Saúde
De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde
Grupo 10 - Despesas e Rendimentos
Rendimento total da Família
Fonte: 4º INS (2005/2006)

Incluiu-se a variável auto-percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, dado tratar-se de um indicador bastante utilizado na investigação gerontológica. Este indicador prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional, reflectindo uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social, para além de que apresenta fiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas do estado de saúde (Lima-Costa *et al.*, 2004).

3.4. Metodologia

Neste capítulo será apresentado todo o processo metodológico e explanadas as várias opções metodológicas. Este processo, que se reveste de alguma complexidade, encontra-se esquematizado na figura 9.



Como já foi referido anteriormente, este processo centra-se na população com 65 e mais anos e utiliza como uma das principais fontes disponíveis de dados o 4º INS (2005/2006). Com base nestes

dados são, essencialmente, construídos dois tipos de indicadores: o índice de independência/dependência baseado no Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* (apresentado mais detalhadamente no sub-capítulo 3.4.1.) e a existência ou não de doenças crónicas (explicado com maior detalhe no sub-capítulo 3.4.2.).

Com base nestes indicadores definiu-se a população em estudo. Importa ressaltar que quanto à população em estudo e, apesar de serem mencionadas no esquema duas populações, considera-se existir apenas uma população, uma vez que estas não são mutuamente exclusivas, estando a população constituída pelas “pessoas com 65 ou mais anos que apresentam algum nível de dependência, existindo ou não associado pelo menos uma doença crónica” contida na população “pessoas com 65 ou mais anos que apresentam algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica”. Esta opção prende-se com a especificidade dos objectivos e análise desenvolvida.

Poder-se-ia questionar a razão subjacente à não inclusão de outro grupo da população também contido na mais abrangente, ou seja, das “pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência com pelo menos uma doença crónica”. A sua exclusão da análise deve-se à perda substancial de casos com algum nível de dependência e sem doenças crónicas que esta opção originaria. Contudo, no capítulo “apresentação comentada dos resultados”, será efectuada uma breve análise da distribuição do número de doenças crónicas por níveis de independência/dependência (tabela 5 – pág.74).

Sobre a população definida é efectuada, numa primeira fase, uma análise estatística, descritiva e correlacional considerando, individualmente e conjuntamente, as variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, auto-avaliação do estado de saúde, nível de independência/ dependência e/ou existência de pelo menos uma doença crónica. Posteriormente, incorporando os dados do Plano de Implementação da RNCCI para 2010-2013, são elaborados cenários que contemplem a ocupação de camas de internamento com carácter permanente em ULDM.

Dada a dimensão da informação em análise, representativa da população portuguesa, existe sempre evidência da significância estatística sobre a hipótese alternativa (existência de relação ou de dependência), não sendo aqui muito consequente em termos de interpretação. A análise exploratória (gráfica e analítica) mostra-se aqui mais enriquecedora das correlações em análise.

No entanto, sempre que aplicável, a independência entre variáveis (nominais e outras) será avaliada através do teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2).

3.4.1. Construção do Índice de independência/ dependência em actividades de vida diária baseado no Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*

Para a caracterização da independência/ dependência em actividades de vida diária, auto-avaliada pelas pessoas com 65 e mais anos, foi construído um índice de independência/ dependência de actividades de vida diária (doravante designado pela abreviatura IID)³⁵ com base no Índice de *Barthel* versão modificada por *Granger et al.*. De acordo com Araújo e colegas (2007) a avaliação do grau de dependência da população idosa é de extrema importância para se conhecer o seu estado de saúde e para o planeamento dos cuidados com base nas necessidades específicas diagnosticadas.

Almeida (2009) refere que a investigação no domínio da funcionalidade/ incapacidade em idosos adopta com frequência indicadores de AVD e AIVD, que permitem avaliar a relação das limitações/ restrições a este nível e relacioná-las com um maior risco de mortalidade e de morbilidade.

Os índices para medir a capacidade funcional, entendida como a “autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário” (Rebelatto, Morelli, 2004, citado por Araújo *et al.*, 2007), são cada vez mais utilizados no âmbito da prática clínica e na investigação (Paixão ; Reichenheim, 2005), especialmente na população idosa, cuja prevalência de incapacidades é maior relativamente à população em geral. Araújo *et al.* (2007) a partir do Relatório da OMS (WHO, 2002) mencionam que em Portugal e no Mundo e, apesar da idade biológica não ser um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, tem-se verificado um aumento das incapacidades físicas e cognitivas graves, sobretudo nas idades mais avançadas.

É ainda de referir e como aponta Rosa e colegas (2003) que a capacidade funcional é influenciada por factores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. Assim, a sua avaliação inclui para além dos factores físicos, os sociais e psicológicos que afectam as pessoas idosas. Este conjunto de factores constitui a dimensão base para a avaliação geriátrica.

Um dos instrumentos amplamente utilizado para avaliar a capacidade funcional é o Índice de *Barthel* (IB). Trata-se de uma medida genérica que avalia o nível de independência do sujeito no que concerne à realização de dez actividades básicas de vida diária (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas), onde são assinaladas diferentes pontuações e ponderações, de acordo com a capacidade do sujeito em desempenhar essas actividades (Araújo *et al.*, 2007; Cid-

³⁵ Optou-se por atribuir uma designação específica a este índice, por forma a não se confundir com o índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*.

Ruzafa ; Damián-Moreno, 1997). As actividades são pontuadas com diferentes ponderadores (0, 5, 10 ou 15 pontos) de acordo com uma escala ordinal que toma valores de 0 a 100, sendo que a obtenção mínima de 0 pontos significa máxima dependência e 100 corresponde a independência total para as AVD avaliadas. As actividades que compõem o IB foram seleccionadas a partir da experiência empírica de um conjunto de profissionais de saúde, ou seja, não existe um modelo teórico e conceptual concreto que justifique a selecção de determinadas actividades e a exclusão de outras (Araújo *et al.*, 2007; Cid-Ruzafa ; Damián-Moreno, 1997).

Algumas das características que fazem do IB um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o grau de independência das pessoas idosas no contexto de reabilitação e comunitário, prendem-se com a facilidade de aplicação (pode ser preenchida por um profissional de saúde a partir do processo clínico ou por observação directa) e interpretação dos resultados, o seu preenchimento consumir pouco tempo, poder ser repetido periodicamente e, ainda, o baixo custo de aplicação (Araújo *et al.*, 2007, Cid-Ruzafa ; Damián-Moreno, 1997).

A partir do resultado do IB é possível obter, quer informação geral sobre o nível de independência, quer informação detalhada sobre cada actividade avaliada, o que permite conhecer as dificuldades específicas de cada pessoa, permitindo adequar os cuidados às necessidades. “Dois indivíduos com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a(s) actividade(s) para as quais demonstra maior incapacidade” (Araújo *et al.*, 2007).

Por outro lado, a aplicação do IB em vários momentos facilita a avaliação da evolução da capacidade funcional ao longo do tempo. Para monitorizar a capacidade funcional dos idosos inseridos em programas de reabilitação em unidades de convalescença e de reabilitação, alguns autores (Diestre, Vilarmau, 2000; Ferrín, 2005; Vilarmau, Diestre e Guirao, 2000, citados por Araújo *et al.*, 2007) utilizam o valor resultante da diferença entre o valor do IB no momento da alta e o valor do IB obtido na avaliação inicial, sendo que o resultado positivo, corresponde a uma melhoria na capacidade funcional e o negativo indica uma deterioração funcional da pessoa idosa.

Este instrumento começou a ser utilizado em 1955 em pacientes com doença crónica (principalmente com perturbações neuro-musculares e musculo-esqueléticas) internados no Hospital de Maryland, com o objectivo de avaliar a sua capacidade funcional e o seu seguimento/acompanhamento em programas de reabilitação. As primeiras referências na literatura científica reportam-se a 1958 e 1964 e em 1965 surge a primeira publicação onde são explicitados os critérios que determinam a atribuição das pontuações (Cid-Ruzafa ; Damián-Moreno, 1997).

Paixão e Reichenheim (2005) num estudo de revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional da pessoa idosa corroboram que, entre os instrumentos para avaliar AVD, o IB é aquele que possui resultados de fiabilidade e validade mais consistentes. Vários aspectos psicométricos são reportados, tais como a fiabilidade intra e inter-observador, consistência interna, validade conceitual, validade de critério, preditiva e concorrente.

Contudo, Sainsbury *et al.* (2005) salientam que apesar da fiabilidade da aplicação do IB estar sobejamente documentado nos pacientes que tenham sofrido um AVC (Araújo *et al.*, 2007), a validade da sua utilização em pessoas idosas com outros diagnósticos carece de mais evidência. Na revisão efectuada sobre a fiabilidade do índice, destaca-se que este critério tem sido investigado nas principais situações clínicas relevantes para as pessoas idosas, que a sua utilização tende a ser segura quando aplicada directamente numa entrevista pessoal, por telefone ou em testes por diferentes observadores, mas com algum grau de imprecisão e que a fiabilidade teste-reteste não foi investigada em pessoas idosas com múltiplos diagnósticos.

Cid-Ruzafa e Damián-Moreno (1997) reconhecem que apesar do IB ter algumas limitações, optar por outros índices “alternativos” não demonstrou ser mais vantajoso. Guralnik *et al.* defendem que a selecção dos instrumentos de medida deve depender do tipo de população em estudo e do que se pretende avaliar, já que “não existe uma bateria de actividades de vida diária, de actividades instrumentais de vida diária ou de actividades de ordem superior ou alguma combinação das mesmas que seja mais adequada para definir dependência” (Guralnik *et al.*, 1993 citado por Cid-Ruzafa ; Damián-Moreno, 1997).

Actualmente, a versão original do IB continua a ser amplamente utilizada, assim como outras versões desenvolvidas com base nesta, que se distinguem da original essencialmente por aumentarem ou diminuírem as actividades avaliadas ou por alterarem o sistema de pontuação. Cid-Ruzafa e Damián-Moreno (1997) referem que, independentemente da versão, o IB é considerado por alguns autores como a escala mais adequada para avaliar as AVD.

Entre as versões modificadas do IB destaca-se a de Granger *et al.* (anexo 2) que inclui quinze actividades, em vez das dez originais. Esta versão, apesar de se manter fiel aos fundamentos da escala original, introduz uma maior capacidade discriminativa e alterações ao sistema de pontuação. Contudo, ambas são equivalentes e equiparáveis, mantendo-se o mesmo intervalo da escala, de 0 a 100 pontos. Importa ainda mencionar que através deste índice modificado é possível realizar dois tipos de interpretação, uma relativa ao índice de auto-cuidado (com uma pontuação máxima de 53

pontos) e outra respeitante ao índice de mobilidade (com um máximo de 47 pontos) (Cid-Ruzafa ; Damián-Moreno, 1997).

Na primeira fase analisaram-se as questões do 4º grupo do 4º INS – Incapacidade de Longa Duração³⁶ – e os indicadores avaliados pelo Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*, com o objectivo de estabelecer uma correspondência entre ambos, por forma a atribuir às respostas do INS a pontuação contemplada no neste Índice. Todas as outras questões deste grupo, para as quais não foi possível encontrar um paralelismo, foram excluídas, aplicando-se o mesmo pressuposto aos indicadores do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*.

Deste modo, foram consideradas 8 questões do INS, 10 indicadores dos 15 contemplados no Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*³⁷ e respectiva pontuação, conforme explicitado na tabela 2.

Tabela 2 – Correspondência entre as questões do grupo 4 do 4º INS e os indicadores do Índice de *Barthel* modificado

Questões e respostas do Grupo 4 do 4º INS		Variáveis e pontuação do Índice de <i>Barthel</i> (versão modificada por <i>Granger et al.</i>)	
5. Que distância consegue andar, em sítio plano, sem parar e sem grande desconforto (incómodo, mal-estar)?	200 metros ou mais	Andar 50 metros em sítio plano	15
	Mais que uns passos, mas menos do que 200 metros		15
	Apenas uns poucos passos		0
	Não consegue andar, mas desloca-se sozinho em cadeira de rodas	Se não consegue andar, desloca-se em cadeira de rodas	5
	Não consegue andar, mas desloca-se, com ajuda de outrem, em cadeira de rodas		0
10. Consegue subir e descer um lanço de escadas de 12 degraus (um 1º andar)?	Sem descansar	Subir e descer um lanço de escadas	10
	Parando para descansar		10
	Não consegue mesmo parando para descansar		0
11. Consegue deitar-se e levantar-se da cama? 12. Consegue sentar-se e levantar-se de uma cadeira?	Sozinho, sem dificuldade	Sentar-se/ levantar-se da cama/ cadeira	15
	Sozinho, mas com dificuldade		15
	Só com ajuda		0
13. Consegue ir à retrete e utilizá-la?	Sozinho, sem dificuldade	Utilização do WC	6
	Sozinho, mas com dificuldade		6
	Só com ajuda		0
17. Consegue vestir-se e despir-se?	Sozinho, sem dificuldade	Vestir-se e despir-se (parte sup. do corpo - 5 pontos) Vestir-se e despir-se (parte inf. do corpo - 7 pontos)	12
	Sozinho, mas com dificuldade		12
	Só com ajuda		0
19. Consegue lavar-se tomando banho?	Sozinho, sem dificuldade	Lavar-se e tomar banho	6
	Sozinho, mas com dificuldade		6
	Só com ajuda		0
21. Consegue comer (cortar a comida, levar os alimentos e bebidas à boca)?	Sozinho, sem dificuldade	Beber (4 pontos) Comer (6 pontos)	10
	Sozinho, mas com dificuldade		10
	Só com ajuda		0

Fonte: 4º INS e Índice de *Barthel* versão modificada por *Granger et al.*

³⁶ Entende-se por incapacidade de longa duração, a incapacidade que dura ou se prevê possa durar muito tempo, geralmente mais do que seis meses (Portugal. INE. DES, 2005).

³⁷ Foram excluídos os seguintes indicadores: colocar próteses ou dispositivos ortopédicos; higiene pessoal; controlo dos esfíncteres – urina; controlo dos esfíncteres – fezes; entrar e sair da banheira ou duche.

Por um lado, nem sempre foi possível atribuir uma correspondência unívoca entre as variáveis, optando-se por agrupar as questões 11 e 12 numa só, por forma a garantir que todas as respostas eram contempladas. Por outro lado, somaram-se os pontos de 4 itens do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* que estavam contidos em duas questões do INS (Q.17 e Q. 21).

A classificação do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* divide-se em “realiza, sem ajuda”, “realiza, com ajuda” e “não realiza” (anexo2), enquanto que, relativamente, às três possibilidades de resposta do INS duas centram-se na dificuldade de realizar autonomamente as AVD e apenas uma contempla expressamente a necessidade de apoio para a sua realização. Assim, optou-se por utilizar a pontuação do índice que melhor ilustrasse as respostas do INS, a partir dos seguintes pressupostos: sempre que a pessoa realiza as AVD “sozinho” foi considerado que a pessoa, independentemente de ter ou não dificuldade, realiza a AVD sem ajuda e atribuída a pontuação de “realiza, sem ajuda” e nos casos das pessoas responderem “só com ajuda” foi interpretado que depende de outro para a sua realização, sendo que na ausência deste a AVD não é efectuada e atribuída a pontuação de “não realiza”. A pontuação do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* relativa a “realiza, com ajuda” foi excluída.

Em seguida, as respostas foram recodificadas com a pontuação do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* contemplada e procedeu-se ao somatório das questões para encontrar o resultado do índice de independência/ dependência da população com 65 ou mais anos. Dado que o índice obtido varia entre 0 e 74³⁸ e para utilizar a mesma classificação do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* – Independente (100), Dependência Ligeira (61-99), Dependência Moderada (41-60), Dependência Severa (21-40) e Dependência Total (0-20) que varia entre 0 e 100, foi necessário reposicioná-lo utilizando a regra da proporcionalidade directa (anexo 3).

A este respeito importa salientar que “no âmbito da prática clínica, parece consensual a proposta de *Granger et al.* que refere que o *score* 60 corresponde ao ponto de viragem entre independência/ dependência. Segundo este autor, com um *score* acima dos 60, a maioria dos pacientes são independentes para cuidados pessoais essenciais (...) e com valores iguais ou superiores a 85, os indivíduos são habitualmente independentes necessitando apenas de uma ajuda mínima” (Araújo *et al.*, 2007). Ao longo do capítulo “Apresentação comentada dos resultados” algumas análises serão realizadas considerando esta classificação do ponto de viragem entre independência/ dependência, sendo que a independência contempla os independentes e a dependência ligeira (de 100 a 61

³⁸ Esta variação prende-se com o facto de não ter sido possível identificar nas questões do 4º grupo do INS correspondência para todos os itens contidos no Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*, conforme explicitado anteriormente.

pontos), e a dependência abrange a dependência moderada, dependência severa e dependência total (de 60 a 0 pontos).

3.4.2. Doenças Crónicas

Face ao aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas, abordar o estado de saúde da população idosa implica, necessariamente, incluí-las. As doenças crónicas neste grupo destacam-se quer pela frequência quer pelo seu impacto na vida das pessoas. Almeida (2009) destaca como problemas crónicos mais mencionados na literatura, as doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, hipertensão, hipercolesterolemia, cancro, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica, problemas osteomusculares e perturbações da saúde mental sobretudo depressão e demência.

Apesar da investigação na área da gerontologia referir que o surgimento de alguma doença crónica não é inerente ao processo de envelhecimento, a sua probabilidade aumenta com a idade.

Relativamente às doenças crónicas³⁹ foi considerado o Grupo 5 do INS, nomeadamente algumas das doenças incluídas na questão 24 (Tem ou já teve alguma ou algumas destas outras doenças crónicas que vou referir?), partindo do pressuposto de que é importante conhecer o diagnóstico principal (ICD9), subjacente à situação de dependência presente nos potenciais utentes da Rede, na medida em que este pode condicionar o processo de reabilitação.

Com base na distribuição percentual dos utentes referenciados para a RNCCI por Diagnóstico Principal (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009f; Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b) foram seleccionadas as doenças crónicas questionadas no INS, apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 – Correspondência entre os diagnósticos principais dos utentes referenciados para a RNCCI e as questões do grupo 5 do 4º INS

Diagnóstico Principal (ICD9) dos utentes referenciados para a RNCCI	2008	Questões do Grupo 5 do 4º INS
(436) Doença Vascular Cerebral Aguda, mas mal definida (AVC)	42%	24.11. AVC (Acidente Vascular Cerebral)
(438) Efeitos Tardios de Doenças Vasculares Cerebrais	6%	
(437) Doença Vascular Cerebral NCOP ou mal definida	5%	
(428) Insuficiência Cardíaca	9%	24.14. Enfarte do Miocárdio
(290) Quadros Psicóticos Orgânicos Senis e Pré-senis	9%	24.8. Ansiedade Crónica
		24.13. Depressão
(496) Obstrução Crónica de Vias Respiratórias	5%	24.10. Enfisema (doença pulmonar obstrutiva crónica), Bronquite Crónica
(491) Bronquite Crónica	4%	
(707) Úlcera Crónica da Pele	2%	24.9. Ferida Crónica (úlceras da perna, escaras)

Fonte: 4º INS, Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010b.

³⁹ Entende-se por doença crónica, a doença que dura, ou se prevê venha a durar um tempo longo, geralmente mais do que seis meses. Geralmente necessitam de intervenção médica para a sua cura ou controlo (Portugal. INE. DES, 2005).

No Relatório de 2009 é referido que a “patologia cardiovascular, em particular a doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC) constitui o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados, com um total de 40%. Se associada a efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais que representam 3%, e a doença vascular cerebral NCOP ou mal definida com 4%, então este grupo representa 47% dos diagnósticos dos utentes referenciados para a RNCCI” (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010). À excepção da fractura do colo do fémur (que não será incluída nesta análise, visto não se tratar de uma doença crónica), este relatório é omissivo quanto às outras patologias predominantes mencionadas no relatório de 2008.

Para determinar o número de doenças crónicas por pessoa com 65 ou mais anos, foram recodificadas as questões referentes às doenças crónicas seleccionadas (Q.24.8, Q.24.9, Q.24.10, Q.24.11, Q.24.13 e Q.24.14) em que 0 significa “não teve a doença crónica referida” e 1 “tem ou teve a doença crónica referida”. Posteriormente, com base nas variáveis binárias de presença/ ausência de doença crónica foi construída uma variável soma que representa o número de doenças crónicas por pessoa (variando entre 0 e 6 doenças crónicas). Para encontrar a variável que traduzisse o número de pessoas com 65 ou mais anos com pelo menos uma doença crónica, recodificou-se a variável doença crónica em “não tem doença crónica” e “tem ou já teve pelo menos uma doença crónica”.

A partir das duas novas variáveis criadas - número de pessoas com dependência para a realização das AVD e número de pessoas com 65 ou mais anos com pelo menos uma doença crónica – foi construída uma terceira para delimitar a população em estudo - pessoas com 65 ou mais anos, com algum nível de independência/ dependência nas actividades de vida diária e/ ou com pelo menos uma doença crónica.

3.4.3. Construção de Cenários

Para a elaboração de cenários, parte-se do reconhecimento de que a sociedade se encontra em acelerada e complexa mudança e que essa mudança é multidimensional. Segundo Guerra (2000) “o passado não pode ser considerado como um guia das decisões e da acção, dadas as discontinuidades e rupturas que o presente apresenta face ao passado.” A necessidade de controlar e orientar os efeitos dessas mudanças permitiu o desenvolvimento da construção de cenários que pressupõem um conjunto de técnicas mais ou menos sofisticadas e formalizadas, dependendo da intenção do investigador. Contudo, no âmbito deste estudo importa apenas salientar alguns aspectos desta metodologia.

Os cenários são configurações do futuro com base em jogos coerentes de hipóteses sobre o comportamento das variáveis centrais do objecto de análise e do seu contexto. Deste modo, o cenário construído sobre um determinado objecto de estudo, elenca possíveis variáveis centrais do mesmo, fornecendo assim hipóteses coerentes a partir do comportamento destas variáveis, sendo que o mesmo objecto de estudo possibilita a construção de vários cenários.

Enquanto metodologia de trabalho os cenários procuram responder às necessidades das variáveis ponderadas visando determinar “futuros prováveis” e “futuros possíveis”, considerando que as tendências passadas e presentes são um suporte à reflexão e não elementos fundadores de causalidades lineares (Guerra, 2000). Contudo, como apontam Santos e Barcellos (2006) e, seguindo um dos preceitos da estatística, a probabilidade de um evento no passado é semelhante ao risco deste evento no futuro.

Entenda-se que a construção de cenários não pretende fazer “futuurologia”, mas permitir construir um “referencial” para as decisões do planeamento e possibilitar a extrapolação sistemática das possíveis consequências da incerteza para as opções estratégicas. Assim, a elaboração de cenários fornece ao planeamento elementos alternativos de análise e escolha para a tomada de decisão.

Encarar as simulações resultantes dos cenários, na perspectiva do planeamento, será o resultado contingente da articulação de actividades de pesquisa e investigação, da definição de políticas públicas, de decisões de investimento público e privado e, naturalmente, da acção pública dos cidadãos e das suas organizações.

O desafio de construir cenários para determinar, dentro do rácio de 4 camas por 1000 habitantes com mais de 65 anos, quantas camas deveriam ser alocadas a internamento de carácter permanente em ULDM, levou à elaboração de uma série de simulações, a partir da análise dos perfis de necessidades com base nos resultados do INS da população com 65 ou mais anos com independência/ dependência e/ ou doença crónica.

Para a construção dos cenários consideraram-se os seguintes pressupostos:

- o postulado no ponto 1 e 2 do Artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho sobre a caracterização das Unidades de Longa Duração e Manutenção:
 - “A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de **carácter** temporário ou **permanente**, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com

diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio”.

- “A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos”.
- as características da população em estudo – pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ ou pelo menos uma doença crónica;
- o rácio definido pela UMCCI para a tipologia de ULDM que se traduz em 4 camas por 1.000 habitantes com mais de 65 anos, perfazendo um total de 7.955 camas para 2013 e a sua distribuição por Região (anexos 4 e 5) (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2009b) (Portugal. MS. MTSS. UMCCI, 2010a).

Foram seleccionadas como variáveis a sub-população com dependência total nas AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica e a sub-população com dependência total nas AVD com pelo menos uma doença crónica, resultante da aplicação do IID, por serem aquelas que devido ao seu estado de saúde, eventualmente, manifestem necessidade(s) de internamento numa ULDM. Por outro lado, recorreu-se às variáveis “vive conjugalmente com alguém” e “rendimento mensal familiar $\leq$ a 500 €” por poderem indiciar, face às sub-populações consideradas para a elaboração dos cenários, necessidade(s) de algum tipo de apoio social. Estabeleceu-se como limite da variável “rendimento mensal familiar” a quantia até 500€, uma vez que 51,6% da população em estudo auferia até este rendimento. Dadas as características demográficas da população em estudo, optou-se por excluir as variáveis género e idade. Do cruzamento das variáveis enunciadas obtiveram-se oito cenários, correspondendo cada um a uma sub-população, que a seguir se apresentam:

- Cenário 1 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica;
- Cenário 2 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém;
- Cenário 3 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica e que auferia um rendimento mensal familiar $\leq$ a 500 €;

- Cenário 4 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém e que aufer um rendimento mensal familiar $\leq$ a 500 €;
- Cenário 5 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica;
- Cenário 6 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém;
- Cenário 7 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica e que aufer um rendimento mensal familiar $\leq$ a 500 €;
- Cenário 8 - População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém e que aufer um rendimento mensal familiar $\leq$ a 500 €.

Como pressupostos base definiu-se incrementar as sub-populações encontradas com o valor (12,6%) verificado na estimativa da população para 2013, uma vez que é esta a base populacional utilizada para o cálculo das metas da RNCCI. Para o cálculo da necessidade de internamento permanente em Unidades de Longa Duração e Manutenção foram considerados, para cada cenário, dois valores percentuais, que apenas podem ser encarados num contexto exploratório.

Assim, para cada uma das sub-populações foram projectadas duas hipóteses, segundo as percentagens de necessidade de internamento permanente definidas, sendo que para cada hipótese foi determinado o número de pessoas com necessidade de internamento permanente, o valor percentual correspondente ao número de lugares previstos para 2013 e a sua tradução relativamente ao rácio definido para a tipologia. Os rácios encontrados para cada hipótese foram, posteriormente, aplicados às sub-populações correspondentes, segundo a sua distribuição por região.

Em suma, o objectivo desta fase é essencialmente contribuir para o desenvolvimento de uma metodologia que possa ser devidamente parametrizada pelos decisores políticos. Ressalva-se que as percentagens utilizadas para o cálculo das necessidades de internamento permanente em ULDM são apenas valores exemplificativos das hipóteses criadas, uma vez que não é possível, a este nível, definir de outra forma estes parâmetros. No entanto, estes valores foram seleccionados tendo em conta quatro pressupostos: (i) imputar percentagens diferentes entre as populações base consideradas, ou seja, entre a “população com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ou com pelo menos uma doença crónica” (cenários 1, 2, 3 e 4) e a “população

com 65 ou mais anos , dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica” (cenários 5, 6, 7 e 8) (ii) atribuir percentagens mais baixas aos cenários que contemplam as sub-populações com uma única variável (cenários 1 e 5); (iii) imputar percentagens iguais às sub-populações que incluem duas variáveis (cenários 2, 3, 6 e 7) e (iv) atribuir percentagens mais elevadas às sub-populações que compreendem as três variáveis (cenários 4 e 8).

3.4.4. Elaboração de mapas

A visualização dos dados e informação produzida é extremamente útil para gerar hipóteses, sustentar análises e transmitir resultados. Assim, ao longo do trabalho de investigação optou-se por utilizar como fonte de comunicação mapas temáticos qualitativos e quantitativos⁴⁰.

Os mapas quantitativos finais obedecem às regras cromáticas aplicadas à cartografia, ou seja, utilizou-se a gradação da mesma cor, onde a tonalidade mais clara representa os valores mais baixos e a tonalidade mais escura os mais elevados.

Tendo em consideração as características da distribuição das variáveis utilizadas e a amplitude dos seus valores, optou-se por apresentar os intervalos de classes, segundo o método *natural breaks – Jenks*, calculados a partir do software utilizado – ArcMap.

Importa ainda referir alguns princípios a considerar na construção de mapas. Construir mapas interessantes, atractivos e cientificamente correctos não é tão fácil como se possa pensar. Não basta ter os dados e saber usar os programas de Sistemas de Informação Geográfica (SIG). É preciso também ter conhecimento técnico sobre os princípios da representação gráfica, conhecer os fenómenos que se quer retratar e dispor de dados, além de ter criatividade e bom senso. Ao construir o mapa é necessário ainda considerar os objectivos da representação e o público-alvo. Se o mapa é um meio de comunicação, ao construí-lo é preciso saber como “contar a história”, ou seja, “saber como dizer, o quê, a quem” (Silva, 2006, citado por Santos ; Barcellos, 2006).

Um mapa é, necessariamente, uma abstracção da realidade. As variações geográficas do mundo real são infinitamente complexas e para conter com precisão todos os dados descritivos do mundo real, um SIG teria de possuir um banco de dados infinito. É preciso abstrair da realidade, ter em consideração as características dos dados disponíveis e seleccionar apenas as informações relevantes para cada estudo.

⁴⁰Santos e Barcellos (2006) classificam os mapas temáticos em qualitativos ou quantitativos. Os primeiros representam categorias (qualidades), ou seja, a distribuição espacial ou a localização de determinadas características da região mapeada. Neste tipo de mapa não é possível determinar quantidades, nem criar uma ordem hierárquica de classes, já que não existe nenhum valor numérico associado às diferentes categorias. Os segundos representam a distribuição espacial de uma determinada variável.

O mapa não é uma representação fotográfica da realidade, mas sim uma representação gráfica. Ao contrário da fotografia, onde todos os elementos visíveis estão presentes, num mapa é preciso encontrar uma solução equilibrada entre a quantidade, a complexidade e o tipo de informação que irá ser representada. Se existir muita informação importante, então o ideal é fazer vários mapas em vez de acumular informação numa única figura. É um erro tentar que um único mapa responda a diversas questões. A simplificação de uma imagem facilita a comunicação com o leitor do mapa (Silva, 2006, citado por Santos ; Barcellos, 2006).

3.5.Limitações e viéses

Neste estudo procurou-se caracterizar a população com algum nível de independência/ dependência e/ ou pelo menos uma doença crónica. Para tal foi utilizada a base de dados do 4º INS visto ter sido considerada como a fonte com dados mais actuais e adequados sobre este tipo de problemática.

O facto de terem sido utilizadas questões de avaliação da independência e morbilidade auto-referidas (questões do grupo 4 sobre incapacidade de longa duração e do grupo 5 sobre as doenças crónicas) podem subestimar ou sobrestimar a prevalência de níveis de independência/ dependência e a existência ou não de doenças crónicas, devido a problemas de memória dos respondentes e/ou ausência de diagnóstico, entre outros.

Na construção do IID foram excluídos alguns dos indicadores presentes no Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.* por não ser possível estabelecer uma correspondência com as questões contempladas no INS. Esta opção poderá enviesar alguns dos resultados, bem como o tipo de correspondências assumidas.

Outra limitação que poderá estar na origem de algum desvio nos resultados obtidos é o facto da base de dados do 4º INS pressupor a utilização de ponderadores distintos consoante o grupo de perguntas, tendo-se optado por utilizar sempre o mesmo ponderador (ponderador do grupo 4). Esta opção deve-se ao facto da análise se centrar neste grupo de questões – Incapacidade de Longa Duração, embora também tenham sido utilizadas perguntas de outros grupos, conforme explicitado anteriormente.

É ainda de referir que a base de dados do 4º INS não permite uma análise detalhada a nível geográfico que englobe a desagregação por distrito e concelho, sendo apenas possível uma análise macro que contempla as Regiões, nomeadamente Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve. Esta restrição prende-se com questões relacionadas com a representatividade

dos dados, ou seja, a sua representatividade em termos populacionais só é válida para o nível de agregação das Regiões.

Face à tipologia de cuidados continuados integrados considerada (ULDM), o número de lugares previstos para 2013 e os perfis das sub-populações descritas nos cenários, teria sido pertinente propor um mapeamento de recursos mais aprofundado. Contudo, a característica da base de dados do INS anteriormente referida, impossibilitou que fossem explorados outros cenários com repercussões ao nível da configuração territorial que corresponde à actuação dos Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, IP (distritos) ou da unidade territorial de proximidade (concelho).

Na construção dos cenários, provavelmente também teria sido importante conhecer o total de dias de internamento nas ULDM e as razões das altas para justificar, de forma mais consistente, a percentagem⁴¹ utilizada para o cálculo das necessidades de internamento permanente nesta tipologia.

⁴¹ Conforme referido anteriormente as percentagens utilizadas são apenas valores exemplificativos.

4. Apresentação comentada dos resultados

A análise dos dados foi realizada no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) – versão 17.0. Foram ainda utilizados outros softwares como o Excel e o ArcMap.

Tendo em conta as variáveis disponíveis do INS e os pressupostos metodológicos definidos no âmbito deste estudo, apresenta-se de seguida a análise comentada dos resultados obtidos.

4.1. Índice de independência/ dependência em actividades de vida diária

Da população com 65 ou mais anos (N=1.737.981) presente no 4º INS e, com base na metodologia anteriormente apresentada, verifica-se que 19,6% (n=341.110) apresenta algum nível de dependência (classificada neste estudo enquanto ligeira, moderada, severa e total) existindo ou não associada pelo menos uma doença crónica⁴², 31,2% (n=543.110) auto-declara ter pelo menos uma doença crónica e 41,8% apresenta algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica (n=727.284)⁴³.

Tabela 4 - Número de pessoas independentes/ dependentes na realização das AVD e/ ou pelo menos uma doença crónica, resultante da aplicação do índice de independência/ dependência (IID)

Níveis de Independência/ Dependência	Nº de pessoas	%
Dependência Total	102.423	14,1
Dependência Severa	16.279	2,2
Dependência Moderada	35.430	4,9
Dependência Ligeira	186.978	25,7
Independente para realizar as AVD	386.174	53,1
Total	727.284	100,0

Entre as pessoas com 65 ou mais anos englobadas no IID, destaca-se que 53,1% são independentes na realização das AVD, contudo tem ou já tiveram pelo menos uma doença crónica. Quanto ao nível de dependência, 25,7% das pessoas apresenta um nível ligeiro e 14,1% não realizam as AVD sozinhos, dependendo totalmente de outro para a sua concretização. Quando se aplica o ponto de viragem entre independência/ dependência, correspondendo à pontuação 60 conforme referido anteriormente, esta percentagem aumenta para 21,2%.

Apesar do grupo de “pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência com pelo menos uma doença crónica” (n=543.110) não ser por si só alvo da análise em curso,

⁴² Ao longo do capítulo, nem sempre é mencionada a existência ou não de pelo menos uma doença crónica.

⁴³ Aplica-se o mesmo pressuposto.

conforme referido no sub-capítulo referente à metodologia, importa salientar alguns aspectos já que estes indivíduos estão contidos na população em estudo.

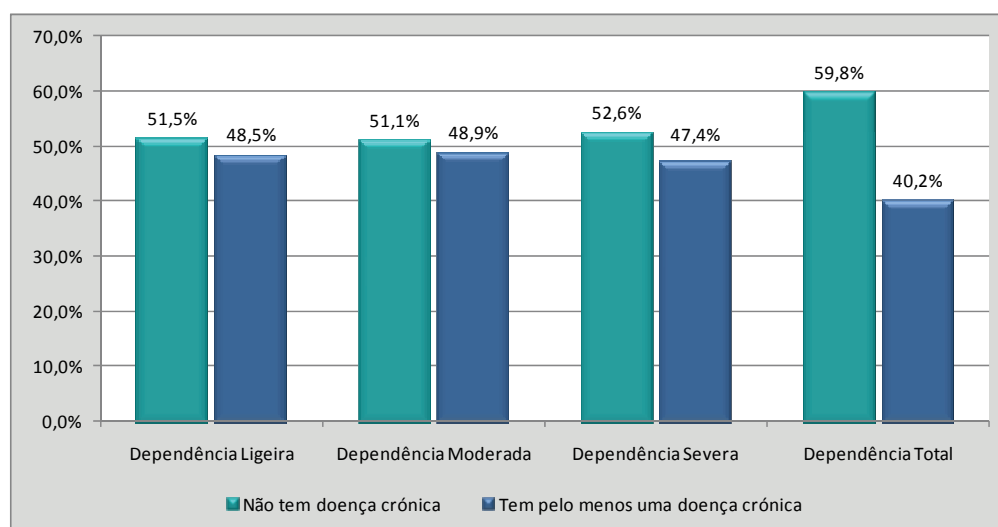
Assim, entre as pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência com pelo menos uma doença crónica, sobressai que 75,2% apenas referiu ter ou já ter tido uma doença crónica, verificando-se que à medida que aumenta o número de doenças crónicas diminui a sua percentagem (duas: 18,4%; três: 5,4%; quatro: 0,6%; cinco: 0,4%; seis: 0%).

Tabela 5 – Níveis de independência/ dependência e número de doenças crónicas (n=543.112)

Níveis de Dependência		Nº de doenças crónicas					
		1	2	3	4	5	Total
Dependência Total	Nº	33.483	3.099	1.685	2.895	0	41.162
	%	81,3	7,6	4,1	7,0	0,0	100,0
Dependência Severa	Nº	5.534	2.183	0	0	0	7.717
	%	71,7	28,3	0,0	0,0	0,0	100,0
Dependência Moderada	Nº	14.423	2.404	290	211	0	17.328
	%	83,2	13,9	1,7	1,2	0,0	100,0
Dependência Ligeira	Nº	65.709	18.007	7.014	0	0	90.730
	%	72,4	19,9	7,7	0,0	0,0	100,0
Independentes para realizar as AVD	Nº	289.590	74.457	20.069	0	2.058	386.174
	%	75,0	19,3	5,2	0,0	0,5	100,0
Total	Nº	408.739	100.151	29.057	3.107	2.058	543.112
	%	75,2	18,4	5,4	0,6	0,4	100,0

Contudo, quando se cruza esta variável com os níveis de independência/ dependência (tabela 5) e, apesar da tendência descrita se manter, destacam-se algumas especificidades, 11,1% das pessoas com dependência total têm entre três a quatro doenças crónicas, enquanto que as pessoas com dependência severa não ultrapassam as duas doenças crónicas (uma: 71,7% e duas: 28,3%). As pessoas com dependência moderada e, comparando com os outros níveis de dependência, são aquelas que apresentam um valor mais elevado para a existência de uma única doença crónica (83,2%). Relativamente às pessoas com dependência ligeira 27,6% têm mais do que uma doença crónica (duas: 19,9% e três: 7,7%). Por último, 75% das pessoas independentes na realização das AVD têm uma doença crónica e 25% mais do que uma, sendo que 0,5% auto-declarou no 4º INS ter ou já ter tido cinco doenças crónicas.

Figura 10 – Pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de dependência e existência ou não de doença crónica (%) (n=341.110)⁴⁴

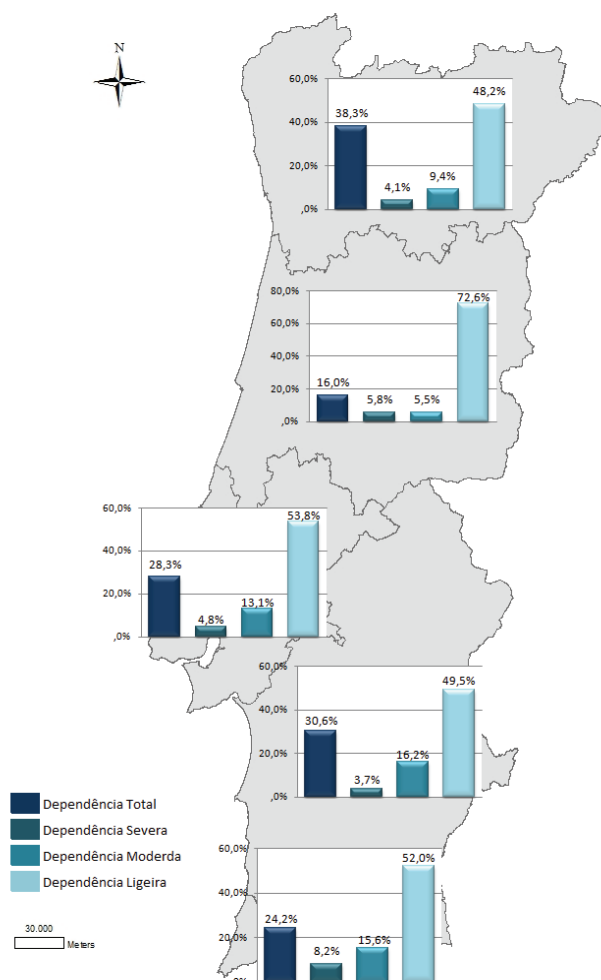


Relativamente às pessoas com algum nível de dependência e/ ou pelo menos uma doença crónica (n=341.110) constata-se a partir da análise da figura 10 que a distribuição do factor ter ou não pelo menos uma doença crónica entre as pessoas com níveis de dependência severa, moderada e ligeira é semelhante, sendo entre os indivíduos com nível de dependência total que a distribuição mais se distâcia, apenas 40,2% apresenta pelo menos uma doença crónica. Assim, poder-se-á afirmar que entre todos os indivíduos com algum nível de dependência, o grupo classificado com nível de dependência total é onde se verifica a maior inexistência de doenças crónicas (59,8%).

Existe evidência de que o nível de dependência (ligeira, moderada, severa e total) e existência ou não de doença crónica não são independentes ($\chi^2 = 2005,819$, $p = 0,000$).

⁴⁴ Não se justificou incluir no gráfico a percentagem referente às pessoas independentes na realização das AVD dado que a sua presença na variável nível de independência/ dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica, deve-se à existência de pelo menos uma doença crónica (100%).

Figura 11 – Níveis de dependência por região (%) (n=341.110)⁴⁵



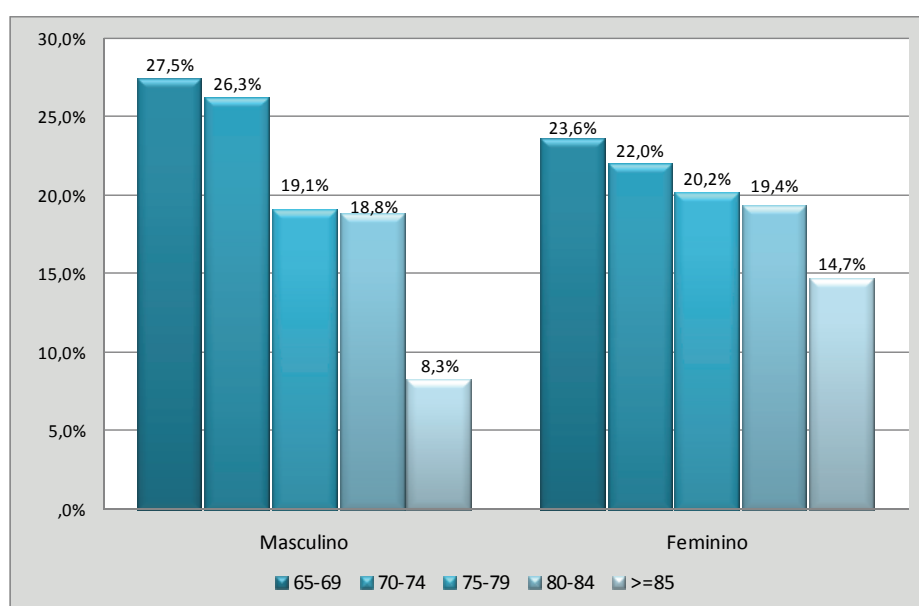
Através da figura 11 é possível aferir a distribuição das pessoas com algum nível de dependência e/ou pelo menos uma doença crónica, por região. O Norte e Alentejo são as regiões onde se verificam mais situações de dependência total para a realização das AVD, respectivamente 38,3% e 30,6%. O Centro é a região que apresenta o valor mais baixo para este grau de dependência (16%). Os valores referentes à dependência severa e moderada, quando analisados em conjunto, revelam uma maior prevalência de situações no Algarve (23,7%), seguindo-se o Alentejo (19,9%) e LVT (18%). O Norte (13,5%) e o Centro (11,4%), são as regiões com menor proporção de casos. Quando se introduz o ponto de viragem entre independência e dependência, à excepção do Centro (27,4%), todas as regiões apresentam valores relativamente similares (LVT: 46,2%, Algarve: 48%, Alentejo: 50,5% e Norte: 51,8%) para a situação de dependência.

⁴⁵ Apesar da análise centrar-se na variável onde foram contempladas as pessoas com nível de independência/ dependência e com pelo menos uma doença crónica não se justificou incluir na representação cartográfica a percentagem referente às pessoas independentes na realização das AVD, uma vez que se pretende conhecer a distribuição geográficas das pessoas com 65 ou mais anos que apresentam algum nível de dependência com ou sem pelo menos uma doença crónica.

Existe evidência de que o nível de dependência (ligeira, moderada, severa e total) e a sua distribuição pelas cinco regiões (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve) não são independentes ($\chi^2 = 16808,217$, $p = 0,000$).

Em relação às variáveis demográficas, observa-se que 37,9% das pessoas com 65 ou mais anos com independência/ dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica são do género masculino e 62,1 % do feminino. Quanto à distribuição por classe etária, verifica-se uma concentração de 48,7% até aos 74 anos, uma distribuição muito semelhante nas classes dos 75-79 (19,8%) e 80-84 (19,2%), sendo que se destaca o valor de 12,3% encontrado para a última faixa etária (≥ 85).

Figura 12 – Distribuição da população por género, segundo as classes etárias (%) (n=727.284)

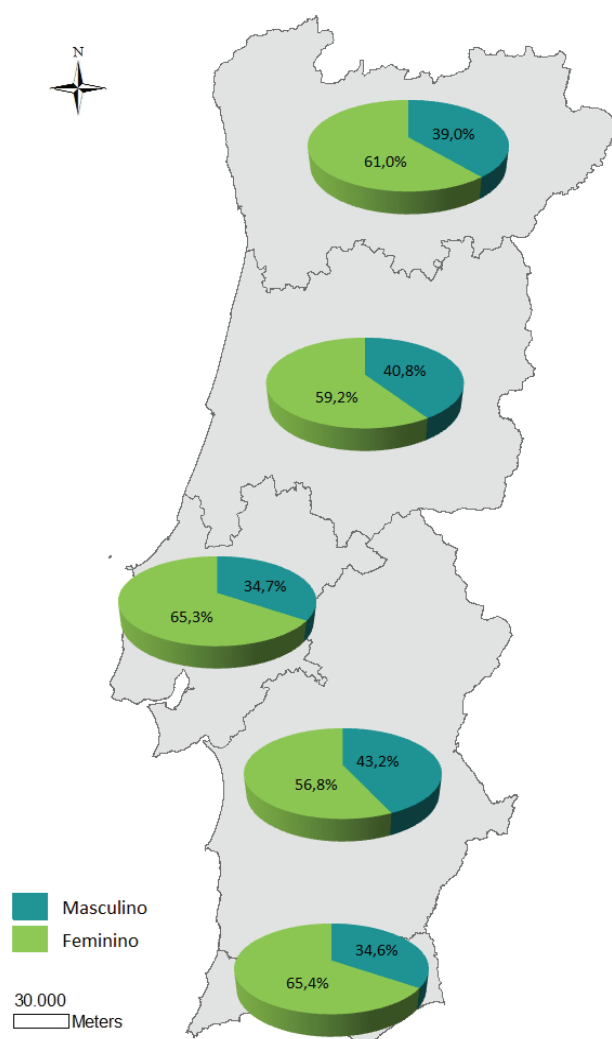


Verifica-se existir evidência de que o género e as classes etárias não são independentes ($\chi^2 = 8103,912$, $p = 0,000$).

Quando se comparam estas duas variáveis (figura 12), encontra-se um valor percentual mais elevado para as pessoas idosas do género masculino mais jovens (65-69), nomeadamente 27,5% contra 23,6% do género feminino. Esta situação inverte-se na classe que representa as pessoas mais idosas (≥ 85), onde o peso das mulheres (14,7%) é quase duas vezes maior do que o dos homens (8,3%).

O género surge na literatura como um dos factores demográficos com repercussões ao nível da prevalência da maioria dos problemas de saúde. No Estudo SHARE (Mackenbach *et al.*, 2005, citado por Almeida, 2009) são apontadas prevalências quase sempre 25 a 50% mais elevadas entre as mulheres.

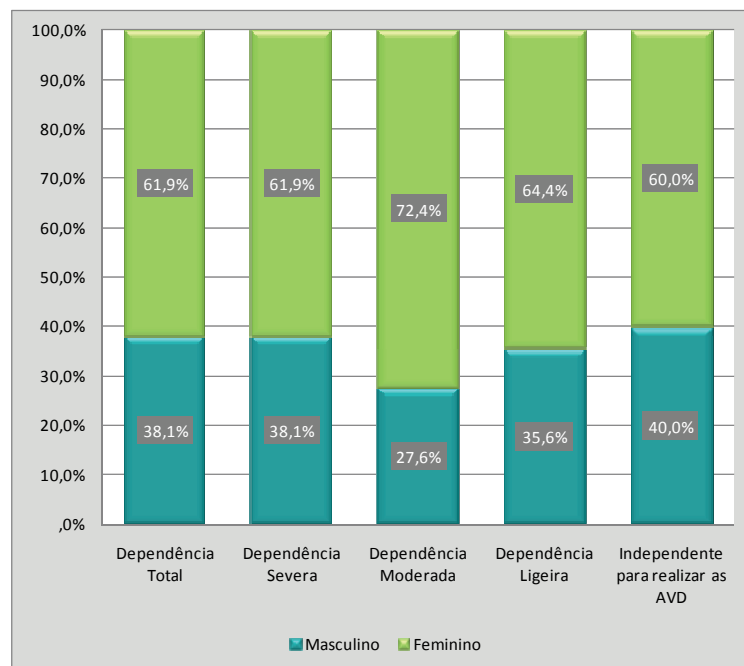
Figura 13 – Distribuição da população por região, segundo o género (%) (n=727.284)



Observa-se existir evidência de que o género e a sua distribuição pelas cinco regiões (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve) não são independentes ($\chi^2 = 2394,660$, $p = 0,000$).

Relativamente à análise da figura 13 salienta-se que a distribuição das pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ ou com pelo menos uma doença crónica, segundo o género é idêntica nas regiões do Norte e Centro, sendo que cerca de 40% da população é do género masculino e 60% no feminino. Situação semelhante é encontrada para as regiões de LVT e Algarve, onde cerca de 35% das pessoas são do género masculino e 65% do feminino. Destaca-se a região do Alentejo com o valor mais elevado para o género masculino (43,2%).

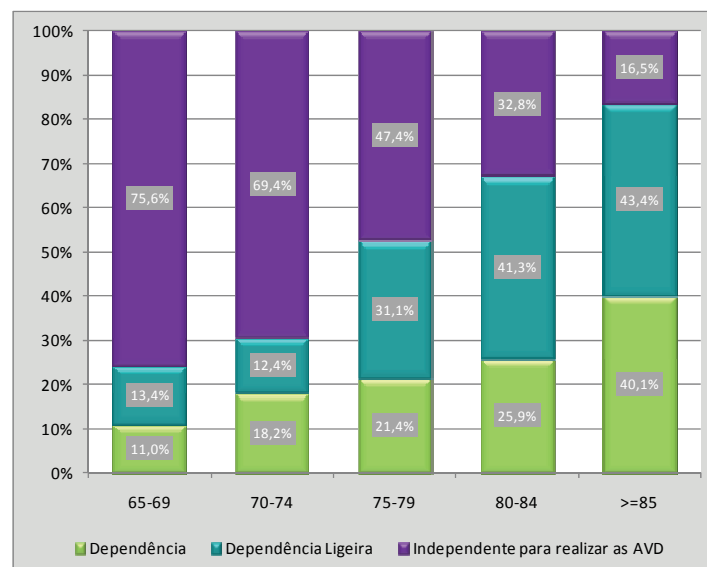
Figura 14 – Caracterização da população por nível de independência/ dependência, segundo o género (%) (n=727.284)



Existe evidência de que o nível de independência/ dependência e a variável género não são independentes ($\chi^2 = 2738,047$, $p = 0,000$).

Da análise da figura 14 destaca-se que, independentemente do nível de independência/ dependência, a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos do género feminino é igual ou superior a 60%, sendo o nível de dependência moderada o que apresenta um valor mais elevado (72,4%).

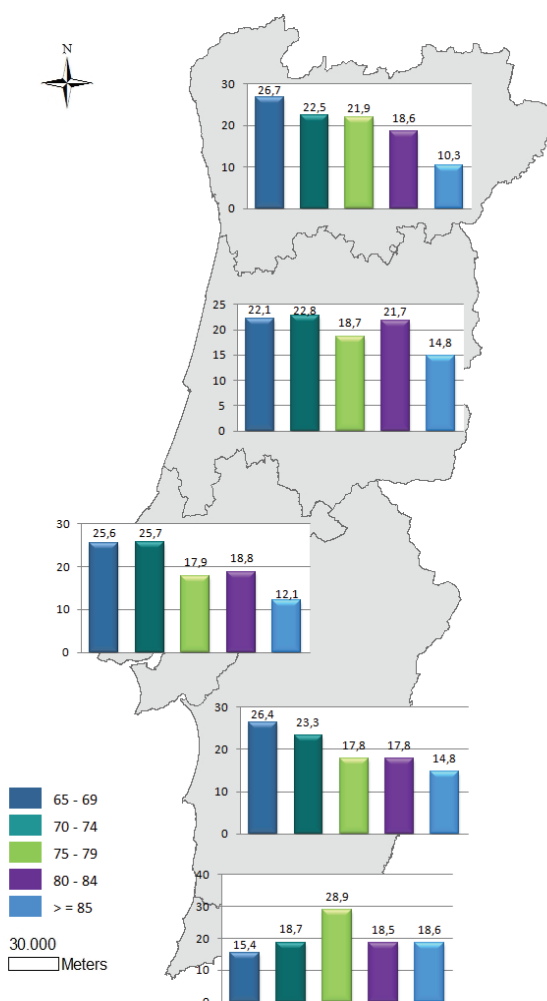
Figura 15 – Distribuição da população por classes etárias, segundo o nível de independência/ dependência (%) (n=727.284)



Para compreender a distribuição da independência/ dependência por classe etária e, dado os valores encontrados para a dependência severa e moderada, optou-se por utilizar o ponto de viragem entre independência/ dependência, agregando os níveis de dependência total, severa e moderada numa só variável, denominada dependência. Da análise da figura 15, evidencia-se que 75,6% da população entre os 65 e 69 anos, apesar de apresentar pelo menos uma doença crónica, é independente na realização das AVD. Por outro lado, 40,1% das pessoas com 85 ou mais anos apresenta uma condição de dependente e/ou tem pelo menos uma doença crónica. Estes dados traduzem com verosimilhança o que a literatura tem vindo a destacar a este respeito sobre a existência de uma relação directa entre o aumento da idade e a probabilidade crescente das pessoas virem a apresentar um nível de dependência mais elevado.

De acordo com o relatório HEN (Heikkinen, 2003), a prevalência de várias incapacidades aumenta com a idade, tendendo a agravar-se após os 70 anos e a implicar a necessidade de apoio a partir dos 80 anos. Depois dos 84 anos verifica-se que metade das pessoas apresenta ter dificuldades com AVD.

Figura 16 – Distribuição da população por região, segundo as classes etárias (%) (n=727.284)

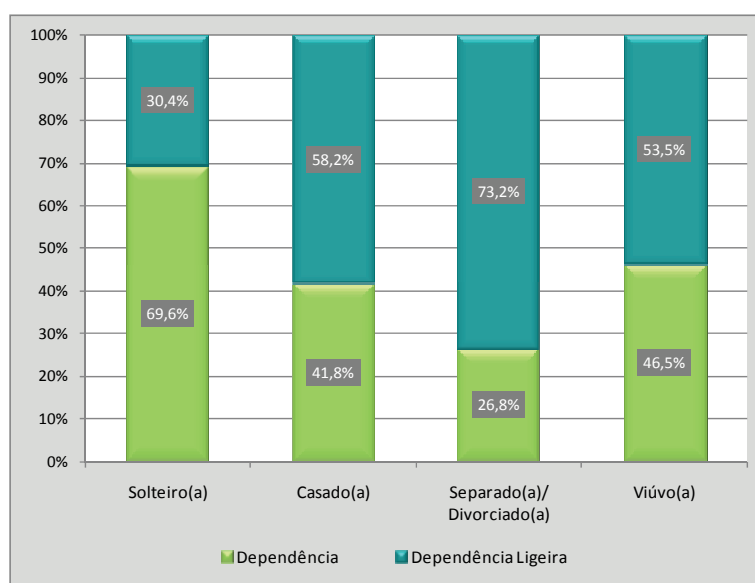


Existe evidência de que as classes etárias e a sua distribuição pelas cinco regiões (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve) não são independentes ($\chi^2 = 7818,590$, $p = 0,000$).

No que concerne à distribuição das classes etárias da população em estudo por região (figura 16), evidencia-se que as regiões do Norte, LVT e Alentejo são aquelas que apresentam valores mais elevados na faixa etária dos 65-69 anos (cerca de 26%) e o mais baixo (15,4%) encontra-se no Algarve. Na classe etária seguinte (70-74) é a região de LVT que possui o valor mais elevado (25,7%) e na classe dos 75-79 sobressai o Algarve com 28,9%. Na classe etária dos 80-84 é onde se denota a menor variação de valores entre regiões (cerca de 4%). Na faixa dos mais idosos (≥ 85) destaca-se o Algarve com o valor mais elevado (18,6%) e o norte com o mais baixo (10,3%).

Entre as pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de dependência e/ou pelo menos uma doença crónica e, de acordo com o seu estado civil legal, 54% são casadas, 36,8% viúvas, 6,4% solteiras e 2,8% separadas ou divorciadas.

Figura 17 - Situação de independência/ dependência, segundo o estado civil legal (%) (n=341.110)



Verifica-se existir evidência de que o ponto de viragem entre independência (dependência ligeira) / dependência (moderada, severa e total) e o estado civil legal não são independentes ($\chi^2 = 7385,953$, $p = 0,000$).

Considerando o ponto de viragem entre independência/ dependência, verifica-se que os indivíduos solteiros e viúvos apresentam uma maior prevalência de dependência para a realização das AVD, respectivamente 69,6% e 46,5% (figura 17). Contrariamente, para as pessoas idosas em situação de separado/ divorciado verifica-se uma maior proporção de indivíduos com dependência ligeira.

Quanto à situação de viverem conjugalmente com alguém, 54,9% afirma que sim e 45,1% responde negativamente. A análise conjunta destas duas variáveis pode trazer pistas para se conhecer as pessoas que eventualmente não têm cuidadores informais próximos. Assim, destaca-se que entre as pessoas que não vivem conjugalmente com alguém (n=327.790) 80,3% são viúvas, 13,6% solteiras, 4,9% separadas ou divorciadas e 1,2% casadas. Salienta-se ainda que 81,4% são mulheres e 18,6% são homens e que 47,3% tem 80 e mais anos. O nível de ensino destas pessoas é muito baixo, 91,8% detem até ao 1º ciclo do ensino básico. Na situação perante o trabalho ganha proeminência a categoria dos reformados (81,9%). Da aplicação do ponto de viragem entre independência/dependência, verifica-se que 26,6% são classificados enquanto dependentes e os restantes 73,4% como independentes (27,9% apresentam uma dependência ligeira e 45,5% são independentes para a realização das AVD).

Da revisão da literatura não se encontrou nenhum estudo específico sobre a situação de não viver conjugalmente com alguém, aplicada às pessoas idosas em situação de dependência. Contudo, são vários os autores que têm vindo a tratar a questão das unidades domésticas de mono-residentes e, apesar de serem conceitos diferentes, considerou-se pertinente apresentar alguns resultados dado retratarem uma realidade que se poderá aproximar à situação de não viver conjugalmente com alguém.

Fernandes (2001) constata a partir da comparação dos dados dos recenseamentos de 1981 e 1991 uma menor frequência quanto à coabitação dos pais idosos com os seus filhos adultos e, em contrapartida, uma maior proporção de idosos a viverem sós. Apesar da variação ser baixa – a percentagem de famílias onde não residem idosos baixou de 71% para 69%; a proporção das famílias com uma só pessoa, com idade superior a 65 anos, aumentou de 7% para 8% – indicia o sentido da mudança, para uma maior autonomia das pessoas idosas, mas, provavelmente, também maior isolamento face à família.

Guerreiro (2003) corroborando esta evidência assinala que “a integração de pessoas idosas nos agregados domésticos dos filhos adultos ou de outros parentes parece estar a ocorrer cada vez menos, sintoma de que tanto os próprios idosos como os seus familiares perspectivam de outro modo a sua privacidade e autonomia pessoal, de que as transformações no domínio da intimidade estão a ser cada vez mais transversalizadas, gerando efeitos com repercussões nas várias esferas do social e nas diferentes gerações”.

A este propósito, Santana (2008a) menciona que, de acordo com os dados do último recenseamento (2001), em cada 100 pessoas com 65 e mais anos, 10 homens e 26 mulheres, viviam sós, destacando-

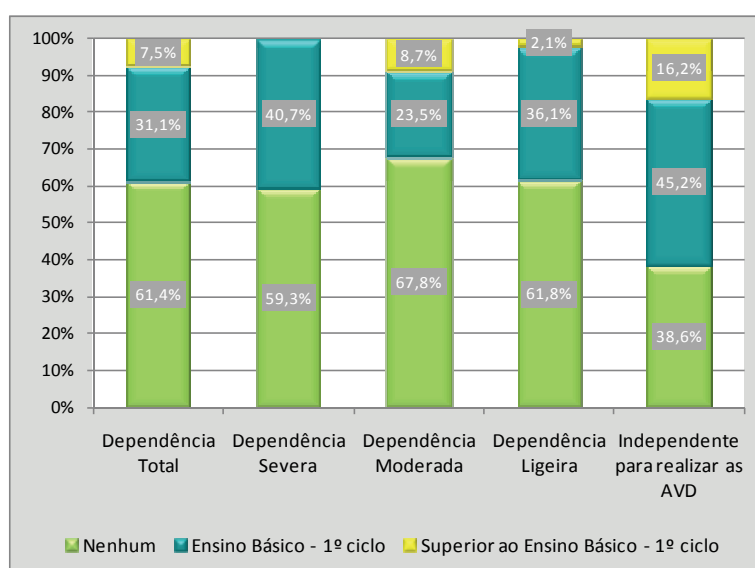
se Lisboa e Porto com valores elevados, quer para as mulheres (33,1% e 28,7%, respectivamente), quer para os homens (12,2% e 9,7%). Apesar destes dados não se referirem especificamente à população com algum tipo de dependência e em situação de não viverem conjugalmente com alguém, indicam o peso do factor “viver só” nesta faixa etária e principalmente nas mulheres.

Guerreiro (2003) no estudo realizado sobre “Pessoas sós” salienta que o nível de instrução das pessoas sós idosas se assemelha ao perfil de escolaridade dos seus pares na população total do país, tratando-se de uma população com um padrão muito baixo de escolaridade, progressivamente acentuado com o avanço da idade. Salienta ainda que este padrão é mais desfavorável no caso das mulheres, traduzindo aquelas gerações que eram afastadas da frequência da escola e “confinadas ao espaço doméstico e dos saberes não formais”.

Na conclusão do seu estudo, Guerreiro (2003) identifica um perfil de pessoas a viverem sós particularmente vulneráveis. Trata-se de uma população só e idosa, já em fase avançada do seu percurso de vida, basicamente constituída por mulheres viúvas, com fracos níveis de escolaridade e com estatuto de reformado ou pensionista. Importa destacar que este perfil assemelha-se ao encontrado aquando da análise das pessoas idosas dependentes a viverem em situação de não conjugalidade, descrita anteriormente.

Em relação às variáveis socioeconómicas, a análise mostrou que entre a população em estudo, 49,7% não apresenta nenhum nível de ensino e 39,7% possui como nível de ensino mais elevado o 1º ciclo do ensino básico, sendo, no seu conjunto, maioritariamente mulheres (64,1% de n=648.965).

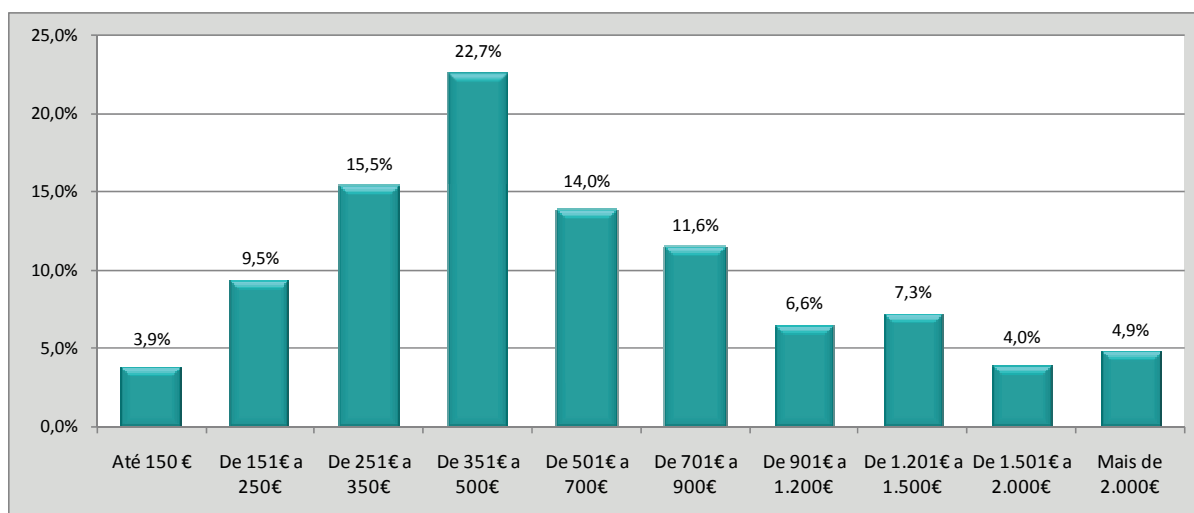
Figura 18 – Distribuição da população por nível de independência/ dependência, segundo a escolaridade (%) (n=727.284)



Quando se compara o perfil de escolaridade com o nível de independência/ dependência (figura 18), constata-se alguma homogeneidade no perfil de escolaridade da população com algum nível de dependência, traduzindo-se na inexistência ou baixa escolaridade. Relativamente às pessoas independentes para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica, destaca-se um peso menor de indivíduos com nenhum nível de ensino (38,6%) e um valor mais elevado para aqueles que possuem um nível de ensino superior ao ensino básico - 1º ciclo (16,2%).

Quanto à situação perante o trabalho, observa-se que 78,8% são reformados, 8,4% donas de casa, 8,1% trabalhadores activos, 4,1% encontram-se permanentemente incapacitados e 0,6% estão noutra situação. Dadas as características da população em estudo seria de esperar encontrar poucos trabalhadores activos. Numa análise mais pormenorizada desta categoria (n=59.129), destaca-se que na sua maioria são homens (64,4%) e que 51,7% concentra-se na faixa etária dos 65 aos 69 anos, sendo que 16% apresenta uma dependência ligeira e ou pelo menos uma doença crónica e 84% são independentes para a realização das AVD, contudo, têm pelo menos uma doença crónica. Por outro lado, e apesar de representarem apenas 4,1% da população, importa conhecer quem são as pessoas permanentemente incapacitadas (n=29.914). Trata-se na sua maioria de mulheres (69,2%) e 41,6% tem 80 ou mais anos, sendo que 59.9% apresenta um nível de dependência e/ou pelo menos uma doença crónica.

Figura 19 – Distribuição do rendimento mensal familiar das pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica (%) (n=715.599)⁴⁶



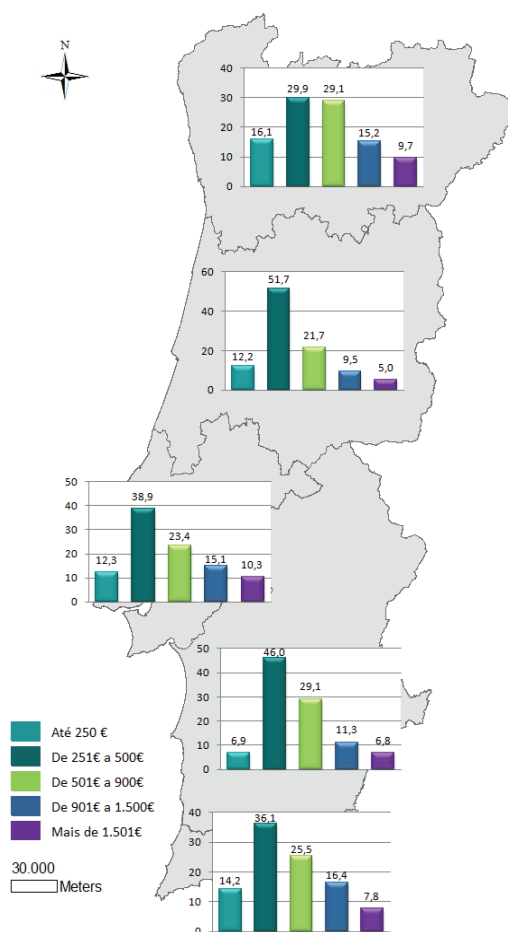
A partir da análise da figura 19 é possível verificar que o rendimento mensal familiar da população em estudo concentra-se nos primeiros 4 escalões de rendimento, ou seja, 51,6% auferem mensalmente até 500€.

⁴⁶ A variável rendimento familiar mensal na base de dados do 4º INS apresenta 1,6% de *missing*.

Entre aquelas pessoas que recebem até 250€ (n=95.793), 72,9% são do género feminino, 40% tem 80 ou mais anos, 42,3% são viúvas, 73,4% não possui algum nível de ensino, 80,7% são reformadas e 4,4% encontram-se permanentemente incapacitadas, 44,4% reside na região Norte. Utilizando o ponto de viragem entre independência/dependência, denota-se que 17,2% necessita de ajuda para realizar algum tipo de AVD, sendo que 30,4% possui uma dependência ligeira e 52,4% é independente na realização das AVD, mas apresenta pelo menos uma doença crónica.

De acordo com Almeida (2009) os factores socioeconómicos surgem associados a inúmeros indicadores de perda de funcionalidade/ incapacidade, que tendem a ser mais frequentes entre os que têm menor nível de rendimento e escolaridade. Aponta ainda para os estudos que têm evidenciado desigualdades socioeconómicas relacionadas com as doenças crónicas e que, apesar dos padrões variarem consoante as doenças e outros factores, são quase sempre desfavoráveis para os idosos em posição social mais baixa. Um pior estatuto socioeconómico parece também indiciar uma maior prevalência de co-morbilidade e de sintomatologia múltipla.

Figura 20 – Rendimento mensal familiar das pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica, por região⁴⁷ (%) (n=715.596)



⁴⁷ Para facilitar a leitura da representação gráfica optou-se por agregar os escalões de rendimentos.

Existe evidência de que o rendimento mensal familiar e a sua distribuição por regiões (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve) não são independentes ($\chi^2 = 23527,192$, $p = 0,000$).

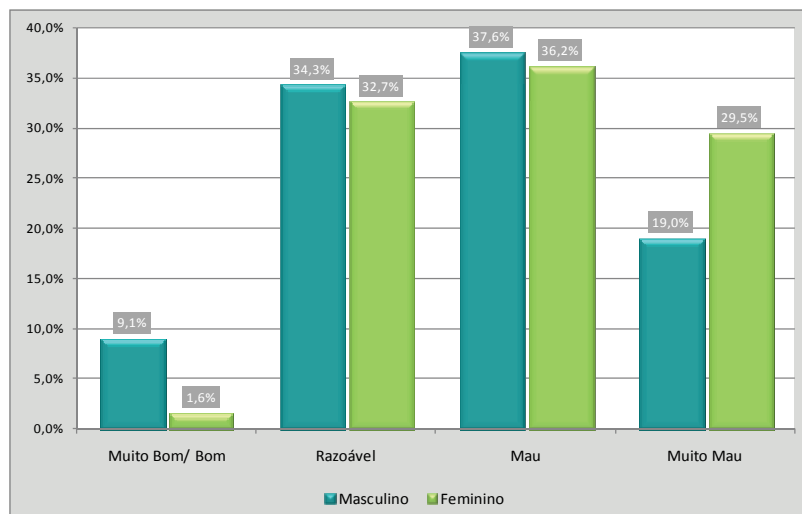
A análise da variável rendimento mensal familiar por regiões (figura 20) e, apesar da concentração verificada nos escalões até aos 500€, ressalta algumas especificidades regionais. Os valores mais elevados para o primeiro escalão desta variável surgem nas regiões do Norte e Algarve, 16,1% e 14,2% respectivamente, seguido de LVT (12,3%) e Centro (12,2%) com valores muito semelhantes. O Alentejo, apesar de ser a região que apresenta uma proporção menor de indivíduos neste escalão (6,9%) é, conjuntamente com o Centro, a região com mais forte expressão no escalão “251€ a 500€”, respectivamente 46% e 51,7%. Verifica-se, assim, que o Centro é a região que reúne a maior proporção de pessoas com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica com um rendimento mensal familiar até aos 500€ (63,9%). No escalão intermédio “501€ a 900€”, observa-se a mais baixa percentagem no Centro (21,7%), seguido de LVT (23,4%) e Algarve (25,5%, sendo que o Norte e o Alentejo apresentam valores idênticos (29,1%). Quanto ao último escalão “mais de 1.501€”, destacam-se as regiões de LVT (10,3%) e Norte (9,7%). Contudo, se agruparmos a este escalão o anterior “de 901€ a 1.500€”, LVT e o Norte mantêm o seu peso, 25,4% e 25% respectivamente, destacando-se o Algarve com um valor muito semelhante (24,2%).

O indicador avaliação subjectiva de saúde permite conhecer globalmente a saúde da população, apesar das reservas do carácter subjectividade que o enforma. Da análise efectuada por Santana (2005) dos inquéritos de saúde realizados em Portugal (1995/96 e 1998/99) evidencia-se que no primeiro, 70% da população considerava que a sua saúde era inferior a boa, sendo que no segundo inquérito, essa proporção baixou para 58%. Contudo em ambos, destaca-se que as mulheres portuguesas avaliam de forma mais negativa o seu estado de saúde.

Fernandes (2007) refere que Portugal é dos países europeus (UE15) onde a auto-avaliação do estado de saúde é mais negativo. Enquanto que em média 9% dos europeus com mais de 16 anos consideram a sua saúde como má ou muito má, no caso dos portugueses este valor sobe para 24% (dados relativos a 1996). Na faixa etária acima dos 65 anos, este valor ronda os 57% quando a média europeia fixa-se nos 23%.

Na população em estudo, face à questão “De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?”, em termos gerais, 4,3% avaliou-o como muito bom/ bom, 33,3% como razoável, 36,7% como mau e 25,7% como muito mau.

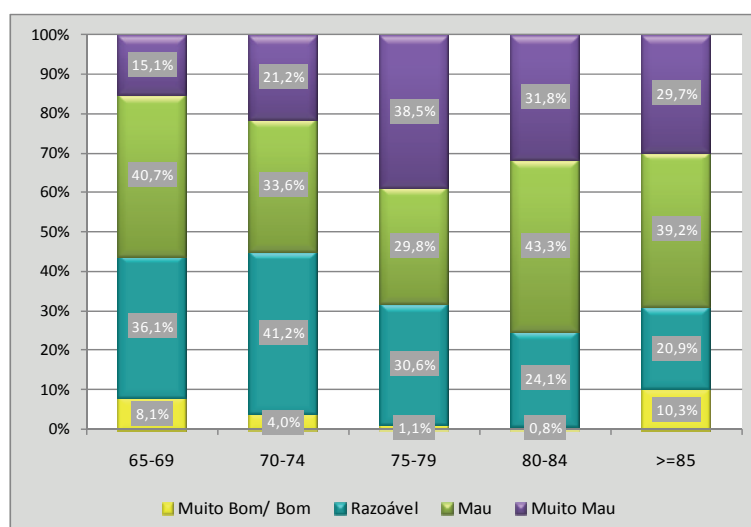
Figura 21 – Auto-avaliação do estado de saúde por género (%) (n=526.737)⁴⁸



Verifica-se existir evidência de que a auto-avaliação do estado de saúde e o género não são independentes ($\chi^2 = 20995,644$, $p = 0,000$).

Segundo a variável género (figura 21) ressalta que os valores encontrados para a auto-avaliação do estado de saúde como razoável ou mau são bastante semelhantes, sendo que as maiores discrepâncias verificam-se nos extremos. Mais mulheres referem que o seu estado de saúde é muito mau (29,5% contra 19,0%) enquanto que mais homens indicam-no como muito bom/ bom (9,1% contra 1,6%). Esta auto-percepção negativa do estado de saúde por parte das mulheres poderá estar relacionada com o facto de haver uma maior representatividade do género feminino na população em estudo e por apresentarem maior dependência para a realização das AVD.

Figura 22 – Auto-avaliação do estado de saúde por classe etária (%) (n=526.737)

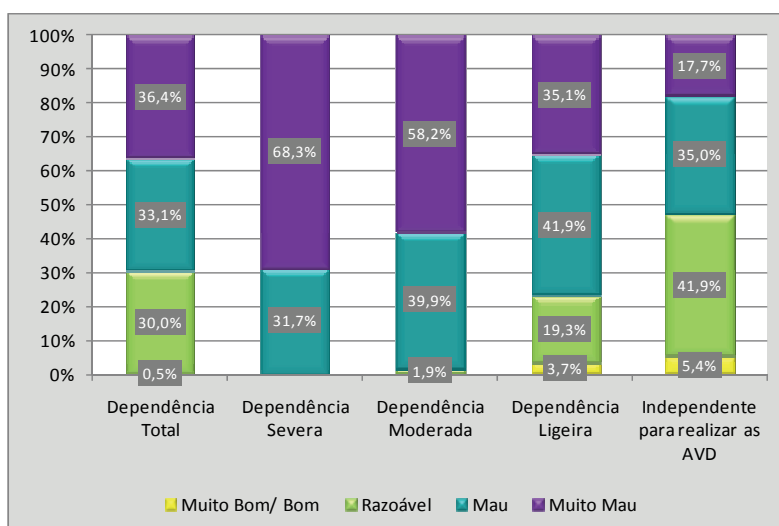


⁴⁸ No INS a questão sobre a auto-avaliação do estado de saúde só foi aplicada aos indivíduos que respondiam directamente ao inquérito.

A partir da análise da figura 22 e, excluindo as classes etárias dos extremos (65-69 e ≥ 85 anos), verifica-se uma tendência positiva da associação entre as classes etárias e a auto-avaliação do estado de saúde, o que significa que à medida que a idade aumenta, diminui a auto-percepção do estado de saúde, neste caso evidente no que se refere à avaliação de razoável.

Da comparação entre classes etárias é de notar que são as pessoas com 85 ou mais anos, aquelas que apresentam um valor mais elevado (10,3%) quanto à auto-percepção do seu estado de saúde como muito bom/ bom. Destaca-se que nas classes etárias 65-69 e na 70-74 e, somando os baixos valores obtidos para a avaliação de muito bom/ bom aos valores referentes à avaliação razoável, cerca de 40% das pessoas gradua o seu estado de saúde nestes níveis. Na classe dos 75-79 prevalece a opinião de que o estado de saúde é muito mau (38,5%), sendo ainda de destacar que nas faixas etárias do 80-84 e 85 e mais anos cerca de 30% das pessoas tem esta mesma opinião.

Figura 23 – Auto-avaliação do estado de saúde por nível de independência/ dependência e/ ou pelo menos uma doença crónica (%) (n=526.737)



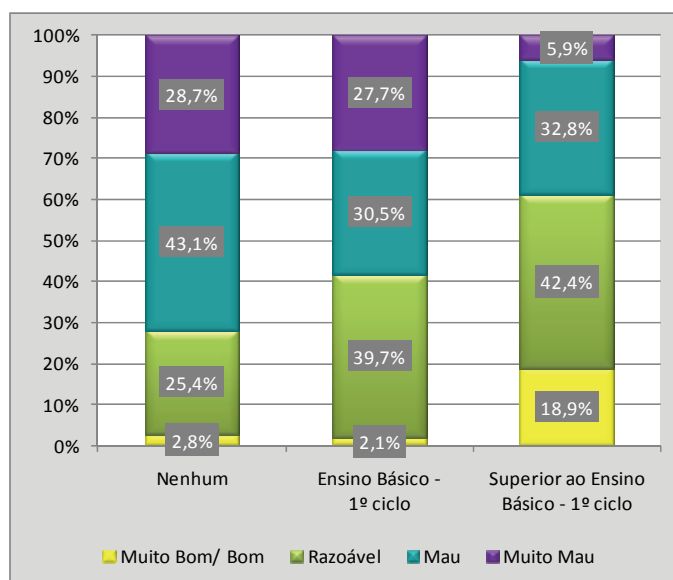
Da observação da figura 23 e, excluindo a dependência total, verifica-se uma tendência negativa da associação entre o nível de independência/ dependência e a auto-avaliação do estado de saúde, indicando que à medida que aumenta o nível de independência, diminui o peso da auto-avaliação do estado de saúde como muito mau e um aumento progressivo dos outros níveis de avaliação.

A figura 23 demonstra que nem sempre a auto-percepção do estado de saúde, revela efectivamente a condição de saúde em que a pessoa se encontra. De facto, entre as pessoas com dependência total, que seria de esperar apresentarem uma situação mais fragilizada e vulnerável, apenas 36,4% considera o seu estado de saúde como muito mau, contra 68,3% das pessoas com dependência severa e 58,2% com dependência moderada. Por outro lado, 30% das pessoas classificadas com dependência total afirmam que o seu estado de saúde é razoável, enquanto que este nível não é

considerado pelas pessoas com dependência severa e apenas 1,9% das pessoas com dependência moderada classifica o seu estado de saúde como tal. Em suma, as pessoas com dependência severa e moderada são aquelas que auto-avaliam o seu estado de saúde como mais negativo. Talvez a introdução da variável idade possa ser um contributo para a explicação desta situação, enquanto factor que permite ou potencia uma maior conformação/ resignação. E, de facto, entre as pessoas com dependência total, 45,9% têm 80 ou mais anos.

De acordo com Almeida (2009) tem-se verificado uma relativa estabilidade na auto-avaliação do estado de saúde com o avanço da idade, o que poderá indicar um certo grau de adaptação desta apreciação subjectiva face à deterioração das condições objectivas de saúde, sendo observado com frequência que os indivíduos fazem avaliação positiva da sua saúde mesmo tendo uma ou mais doenças crónicas. Por outro lado, Kending *et al.* (2000, citado por Almeida, 2009) no estudo sobre a relação entre doença e bem-estar, evidenciam que o principal impacte surge associado à limitação da actividade, ou seja, mesmo em presença de doenças crónicas graves, pode não ocorrer um decréscimo de bem-estar nas pessoas idosas desde que estas consigam manter-se independentes na realização das actividades. Em suma, nas pessoas idosas a co-existência de doenças crónicas surge como compatível com níveis elevados de bem-estar e mesmo de auto-avaliação de saúde favoráveis, mesmo quando o impacte da doença na pessoa idosa coincide com critérios médicos de gravidade.

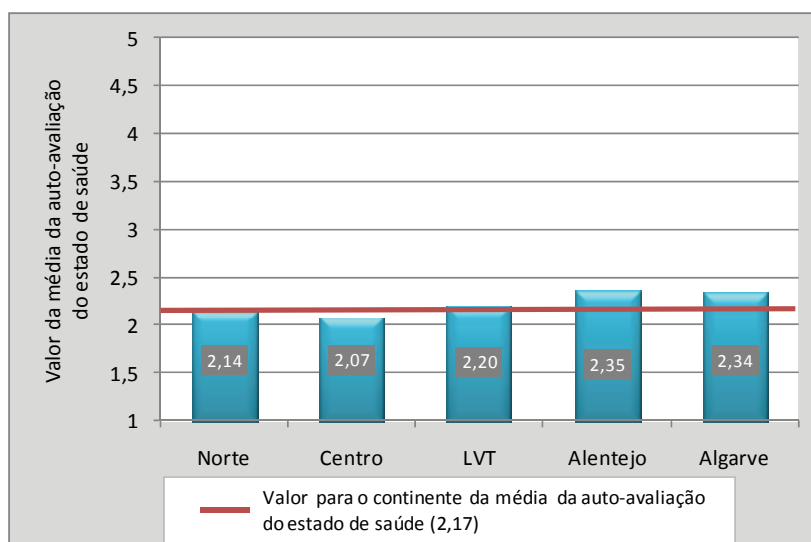
Figura 24 – Auto-avaliação do estado de saúde, segundo o nível de ensino (%) (n=526.737)



A partir da análise da figura 24, verifica-se uma tendência negativa da associação entre o nível de ensino e a auto-avaliação do estado de saúde, denotando-se que à medida que aumenta a escolaridade obtida, aumenta também a auto-percepção do estado de saúde como positiva.

A educação é também um dos factores que determina o sentido da avaliação da saúde. No estudo realizado por Fernandes (2007) com base nos resultados do INS 1998/99, constatou que maior escolaridade corresponde a menor proporção de indivíduos que declaram estar de má ou muito má saúde. É de salientar que esta tendência também se encontra na população em estudo. Apesar da baixa escolaridade encontrada, é bem visível na figura 24 a proporção de pessoas idosas com um nível de ensino superior ao ensino básico – 1º ciclo, que considera ter um estado de saúde razoável ou muito bom/ bom (61,1%), contra 28,2 % das pessoas idosas com nenhum nível de ensino. A mesma autora aponta que “o factor de autoconfiança e capacidade de gestão da saúde determinado pelo conhecimento e pela informação decorrentes de boas competências escolares e correspondente capital cultural e intelectual” (Ferreira, 2007), influenciam a forma como cada um considera e avalia o seu estado de saúde.

Figura 25 – Valor da média da auto-avaliação do estado de saúde por região



Por último, considerou-se a escala de avaliação do estado de saúde (muito mau: 1, mau: 2, razoável: 3, bom: 4 e muito bom: 5) como uma variável quantitativa métrica e calcularam-se as médias por região e para o continente, por forma a aferir se existiam algumas diferenças substanciais. A partir da análise da figura 25, verifica-se que na população em estudo, a média situa-se nos 2,17, ou seja, as pessoas com 65 ou mais anos, com algum nível de independência/ dependência nas actividades de vida diária e/ ou com pelo menos uma doença crónica, em média auto-avaliam o seu estado de saúde como mau. Quando focamos a análise nas regiões, denota-se uma leve diferença entre médias (0,28), sendo que o valor mais elevado se verifica na região do Alentejo (2,23) e o valor mais baixo no Centro (2,07). Importa ainda, salientar que, à excepção da região Centro (H – 2,07; M – 2,07), as médias encontradas para as regiões por género, apresentam sempre valores da média mais elevados para os homens do que para as mulheres, confirmando-se mais uma vez a tendência para o género

feminino auto-avaliar o seu estado de saúde como pior (norte: H – 2,44, M – 1,94; LVT: H – 2,33, M – 2,15; Alentejo: H – 2,54, M – 2,21; Algarve: H – 2,57, M – 2,22).

4.2. Cenarização

A construção de cenários, descrita no capítulo da metodologia, implicou a definição de diferentes sub-populações:

Tabela 6 – Sub-populações, variáveis e pressupostos utilizados na construção dos cenários

Variáveis Utilizadas na Construção dos Cenários	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 4
População com 65 ou mais anos, dependentes totais para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica	x	x	x	x
Não vive conjugalmente com alguém		x		x
Rendimento mensal familiar ≤ a 500 €			x	x
Sub-populações	102.423	56.688	40.034	26.377
População considerada no 4º INS com o incremento verificado na estimativa da população para 2013 (12,6%) (a)	117.189	64.860	45.805	30.180
% utilizada para o cálculo das necessidades de internamento permanente em Unidades de Longa Duração e Manutenção (b)	5% e 2%	7% e 5%	7% e 5%	10% e 5%

Variáveis Utilizadas na Construção dos Cenários	Cenário 5	Cenário 6	Cenário 7	Cenário 8
População com 65 ou mais anos, dependentes totais para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica	x	x	x	x
Não vive conjugalmente com alguém		x		x
Rendimento mensal familiar ≤ a 500 €			x	x
Sub-populações	41.162	17.167	12.472	6.086
População considerada no 4º INS com o incremento verificado na estimativa da população para 2013 (12,6%) (a)	47.096	19.642	14.270	6.963
% utilizada para o cálculo das necessidades de internamento permanente em Unidades de Longa Duração e Manutenção (b)	7% e 5%	15% e 10%	15% e 10%	25% e 15%

(a) Assume-se que a estrutura da população não é influenciada, isto é, cresce de forma idêntica nas sub-populações consideradas.

(b) Valores experimentais e exemplificativos das hipóteses simuladas para cada cenário.

Importa referir que as sub-populações definidas não são mutuamente exclusivas, pelo contrário algumas estão contidas noutras. Cada uma destas sub-populações apresenta características específicas que a seguir se mencionam sumariamente.

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica, socioeconómica e auto-avaliação do estado de saúde das sub-populações consideradas para a construção dos cenários

Cenários	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 4	Cenário 5	Cenário 6	Cenário 7	Cenário 8
Nº de pessoas	102.423	56.688	40.034	26.377	41.162	17.167	12.472	6.086
Regiões								
Norte	52,3	53,4	33,4	43,8	57,1	48,0	0,0	0,0
Centro	10,4	8,2	17,7	7,3	6,2	5,5	20,6	15,4
LVT	28,2	33,0	36,4	43,2	29,2	42,2	64,4	79,8
Alentejo	6,8	3,8	8,7	4,3	5,6	4,3	10,2	4,8
Algarve	2,3	1,6	3,8	1,4	1,9	0,0	4,8	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Género								
Masculino	38,1	28,3	35,9	25,4	41,1	41,5	51,5	37,0
Feminino	61,9	71,7	64,1	74,6	58,9	58,5	48,5	63,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Idade								
65-69	17,4	9,5	14,1	7,5	29,4	11,6	29,7	4,8
70-74	18,6	10,6	20,9	22,9	9,9	0,0	2,2	0,0
75-79	18,1	14,8	18,3	16,5	24,3	22,9	24,3	32,2
80-84	24,5	32,8	18,0	21,0	26,8	43,5	34,9	47,6
>=85	21,4	32,3	28,7	32,1	9,6	22,0	8,9	15,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Estado civil legal								
Solteiro(a)	8,8	15,4	10,5	16,0	4,8	11,5	0,0	0,0
Casado(a)	46,1	3,5	38,6	7,4	63,1	11,4	66,9	32,2
Separado(a)/ Divorciado(a)	2,4	4,3	5,0	7,5	1,8	4,3	2,3	4,8
Viúvo(a)	42,7	76,8	45,9	69,1	30,3	72,8	30,7	63,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vive conjugalmente com alguém								
Sim	44,7	0,0	34,1	0,0	58,3	0,0	51,2	0,0
Não	55,3	100,0	65,9	100,0	41,7	100,0	48,8	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nível de ensino mais elevado								
Nenhum	61,4	71,3	73,0	71,7	46,2	31,8	56,5	15,4
Ensino Básico - 1º ciclo	31,1	25,0	27,0	28,3	48,8	68,2	43,5	84,6
Superior ao Ensino Básico - 1º	7,5	3,7	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Missing	1,0	1,8	2,5	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocupação principal								
Reformados	76,3	76,6	70,4	78,2	73,3	73,2	69,7	84,6
Permanentemente Incapacitado	17,5	20,2	19,1	14,9	22,1	26,8	28,6	15,4
Outra situação	6,2	3,2	10,5	6,9	4,6	0,0	1,7	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Rendimento Familiar Mensal								
Até 150 €	2,1	0,0	5,0	0,0	0,5	0,0	1,7	0,0
De 151 € a 250 €	6,3	9,9	15,4	20,2	1,6	0,0	5,1	0,0
De 251 € a 350 €	12,3	10,7	29,9	21,7	11,3	7,2	37,2	20,2
De 351 € a 500 €	20,4	28,5	49,7	58,1	17,0	28,2	56,0	79,8
De 501 € a 700 €	20,5	11,1	-	-	15,2	0,0	-	-
De 701 € a 900 €	14,1	15,8	-	-	19,1	25,8	-	-
De 901 € a 1.200 €	6,7	4,4	-	-	10,0	2,6	-	-
De 1.201 € a 1.500 €	4,2	7,7	-	-	9,3	22,3	-	-
De 1.501 € a 2.000 €	2,5	4,5	-	-	5,8	13,9	-	-
Mais de 2.000 €	10,9	7,4	-	-	10,3	0,0	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Missing	4,9	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado de Saúde								
Muito Bom/ Bom	0,5	0,8	1,1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Razoável	30,0	34,8	21,7	26,4	33,5	33,4	0,0	0,0
Mau	33,1	41,3	44,6	49,7	14,8	23,1	10,2	0,0
Muito Mau	36,4	23,1	32,6	22,5	51,7	43,5	89,8	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Missing	59,8	59,9	57,0	46,4	65,3	57,3	67,4	47,6

Relativamente ao género destaca-se que a sua distribuição apresenta algumas semelhanças entre cenários. Nos cenários 2 e 4 cerca de 3/4 da população são do género feminino (71,7% e 74,6%) o que poderá ser explicado pelo facto de nestes cenários a maioria das pessoas ter 80 ou mais anos, respectivamente 65,1% e 53,1% (evidencia-se que no cenário 2 esta classe etária representa 79% do género feminino e 21% do masculino e no cenário 4, 98% do género feminino e 2% do masculino).

Os cenários 1, 3 e 8 apresentam uma distribuição muito idêntica para o género feminino (61,9%, 64,1% e 63%, respectivamente), o mesmo se passa para os cenários 5 e 6 (58,9% e 58,5%). No cenário 7 verifica-se uma inversão desta tendência, 51,5% são do género masculino e 48,5% do feminino. É ainda de referir que os quatro primeiros cenários que têm em comum a variável “população com 65 ou mais anos, dependentes totais para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica” apresentam valores mais elevados para o género feminino em comparação com os outros cenários construídos a partir da variável “população com 65 ou mais anos, dependentes totais para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica”, ou seja, quando se filtra a primeira variável pela existência de pelo menos uma doença crónica a população masculina aumenta.

Quanto às classes etárias, os cenários 2, 4, 6 e 8 são aqueles onde se verifica uma concentração mais elevada na classe 80 e mais anos (65,1%, 53,1%, 65,5% e 63%, respectivamente), sendo que estes cenários têm em comum a variável “não vive conjugalmente com alguém”, ou seja, estes cenários para além de concentrarem um maior número de pessoas mais idosas, estas não vivem conjugalmente com alguém e, no caso do cenário 4 e 8, o rendimento familiar mensal é inferior ou igual a 500 €, o que poderá contribuir para agravar a situação de fragilidade e vulnerabilidade em que estas pessoas se encontram.

Os cenários referidos anteriormente são também aqueles que apresentam valores mais elevados para o estado civil legal de viúvo, o que será compreensível dado incluírem as pessoas que não vivem conjugalmente com alguém.

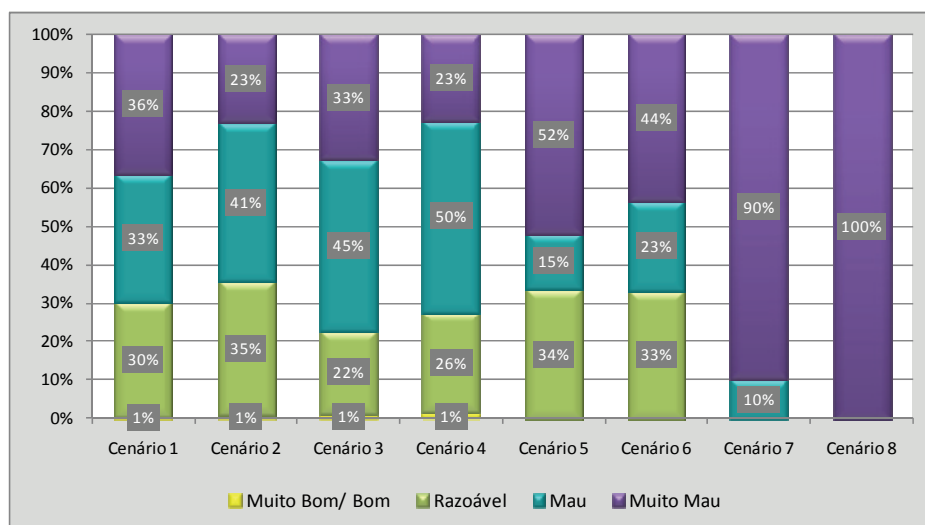
Nos cenários 1, 3 e 5, 55,3%, 65,9% e 41,7% das pessoas responderam que não vivem conjugalmente com alguém, sendo que esta resposta traduz-se no estado civil legal de não conjugalidade. No cenário 1 as pessoas solteiras, separadas/ divorciadas e viúvas representam 53,9%, no cenário 3, 61,4% e no cenário 5, 36,9%. Nas variáveis referidas, verifica-se uma variação entre 1,4% e 4,8%. No cenário 7 esta variação é de 15,7%, ou seja, 48,8% das pessoas declarou não viver conjugalmente com alguém e apenas 33,1% se encontra na situação de solteiro, separado/ divorciado e viúvo.

Em todos os cenários é notório a concentração total da população (entre 92,5% a 100%) até ao nível ensino básico – 1º ciclo, apesar de existirem algumas diferenças das distribuições entre cenários.

No que diz respeito à ocupação principal destaca-se a situação de reformado. Contudo e, considerando o denominador comum das sub-populações – dependência total – não será de menosprezar os valores elevados encontrados para a situação de permanentemente incapacitado.

Quanto ao rendimento mensal familiar e centrando a análise apenas nos cenários onde foi efectuado o corte nos 500 € (3, 4, 7 e 8) salienta-se a concentração de cerca de metade ou mais das sub-populações no escalão “de 351 € a 500 €”. Nos restantes cenários (1, 2, 5 e 6) destacam-se as classes modais, o que corresponde no primeiro cenário ao escalão “de 501 € a 700 €” (20,5%), no segundo e sexto ao escalão “de 351 € a 500 €” (28,5% e 28,2%, respectivamente) e no quinto cenário ao escalão “de 701 € a 900 €” (19,1%). Ainda relativamente a estes cenários é de evidenciar os valores verificados nos três escalões de rendimento mais elevados, mais de 1.200 € (cenário 1 – 17,6%; cenário 2 – 19,6%; cenário 5 – 25,4%; cenário 6 – 36,2%), o que poderá indiciar alguma disponibilidade económica para assegurar a prestação de cuidados no domicílio.

Figura 26 – Auto-avaliação do estado de saúde pelas sub-populações consideradas na cenarização



Na figura 26, observa-se que em todos os cenários é notório o peso da auto-avaliação do estado de saúde como mau e muito mau, sendo que atinge os valores mais elevados nos cenários 7 e 8 (100% considera-o muito mau). Ao comparar-se estes cenários com os equivalentes para a população dependente total para a realização das AVD e/ou com pelo menos uma doença crónica (cenários 3 e 4), sobressai que, apesar da situação de saúde vivenciada, cerca de 20% ainda a auto-avalia como razoável, o que pode levar a questionar se a presença do factor doença crónica associado ao baixo rendimento e não viver conjugalmente com alguém influencia esta percepção.

Tabela 8 – Resultados da CENARIZAÇÃO

Descrição das Sub-populações			População a necessitar de internamento permanente	% de camas com ocupação permanente na tipologia de ULDM, relativamente ao nº de camas previstas para 2013 (b)	Nº de camas ocupadas permanentemente, face ao rácio de 4 camas/ 1.000 hab com + 65 anos (c)
Cenário 1			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica	117.189	5%	5.859 pessoas	73,7%	2,9
		2%	2.344 pessoas	29,5%	1,2
Cenário 2			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém	64.860	7%	4.540 pessoas	57,1%	2,3
		5%	3.243 pessoas	40,8%	1,6
Cenário 3			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica e que auferem um rendimento mensal familiar <= a 500 €	45.805	7%	3.206 pessoas	40,3%	1,6
		5%	2.290 pessoas	28,8%	1,2
Cenário 4			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica, que não vive conjugalmente com alguém e que auferem um rendimento mensal familiar <= a 500 €	30.180	10%	3.018 pessoas	37,9%	1,5
		5%	1.509 pessoas	19,0%	0,8
Cenário 5			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica	47.096	7%	3.297 pessoas	41,4%	1,7
		5%	2.355 pessoas	29,6%	1,2
Cenário 6			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém	19.642	15%	2.946 pessoas	37,0%	1,5
		10%	1.964 pessoas	24,7%	1,0
Cenário 7			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica e que auferem um rendimento mensal familiar <= a 500 €	14.270	15%	2.141 pessoas	26,9%	1,1
		10%	1.427 pessoas	17,9%	0,7
Cenário 8			Hipóteses (a)	Projeção do Cenário	
População com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica, que não vive conjugalmente com alguém e que auferem um rendimento mensal familiar <= a 500 €	6.963	25%	1.741 pessoas	21,9%	0,9
		15%	1.044 pessoas	13,1%	0,5

(a) Valores experimentais e exemplificativos das hipóteses simuladas para cada cenário.

(b) Para 2013 estão previstas existirem 7.955 camas de internamento na tipologia de ULDM.

(c) A UMCCI definiu como rácio para o desenvolvimento da tipologia de ULDM, 4 camas/ 1.000 habitantes com mais de 65 anos.

Para facilitar a interpretação da tabela 8, optou-se por descrever um dos cenários. Assim, para o cenário 1 que abrange a população com 65 ou mais anos, dependentes totalmente para a realização das AVD e/ ou com pelo menos uma doença crónica (n=117.189), caso 5% necessitar de internamento permanente, ou seja, 5.859 pessoas, corresponderá a uma ocupação permanente de 73,7% de camas na tipologia de ULDM, relativamente ao número de camas previstas para 2013 (7.955 camas). Face ao rácio definido de 4 camas/ 1.000 habitantes com + 65 anos, representará 2,9 camas para internamento permanente, ficando 1,1 cama para internamento temporário.

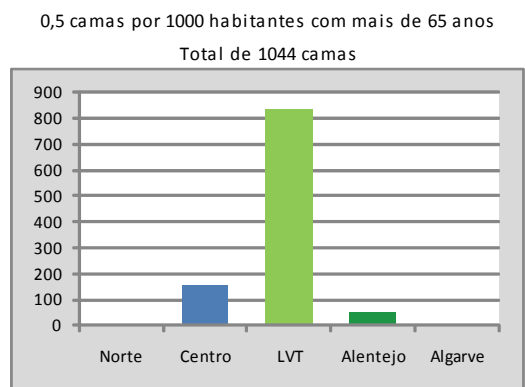
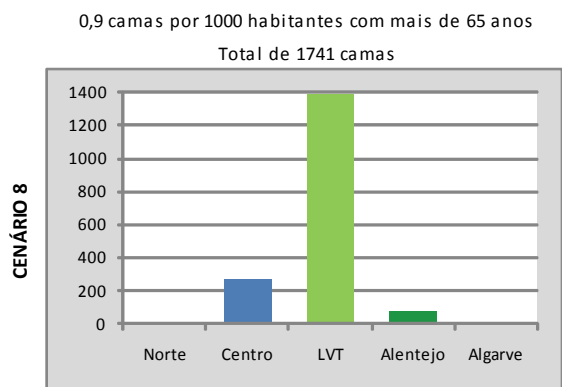
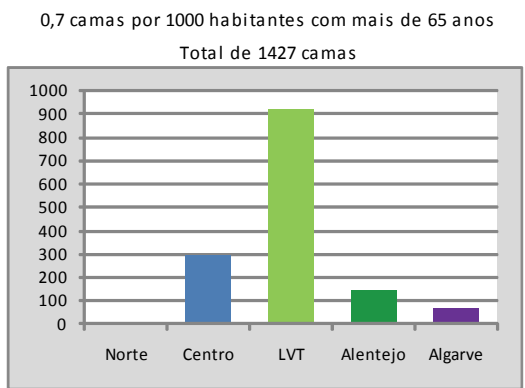
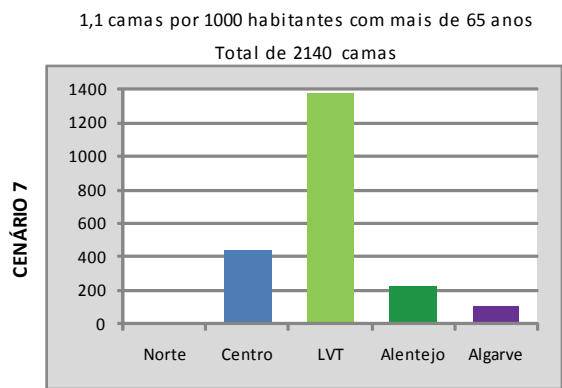
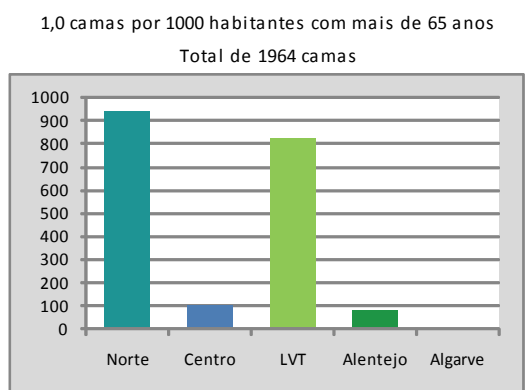
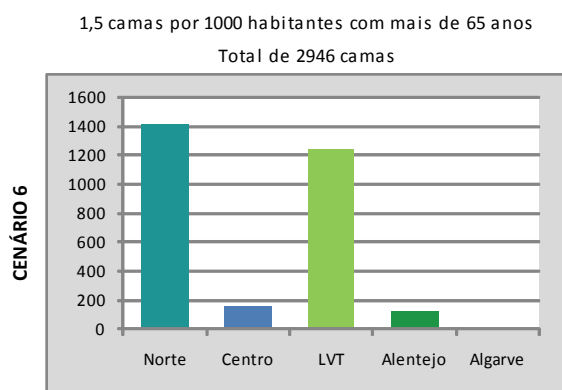
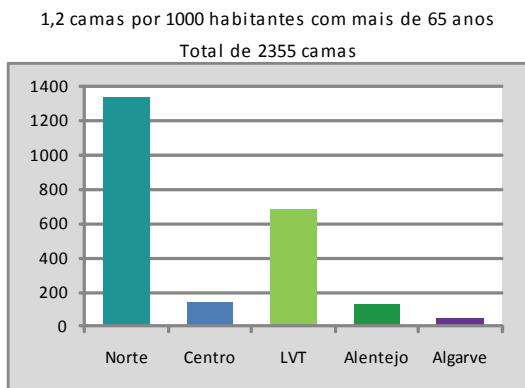
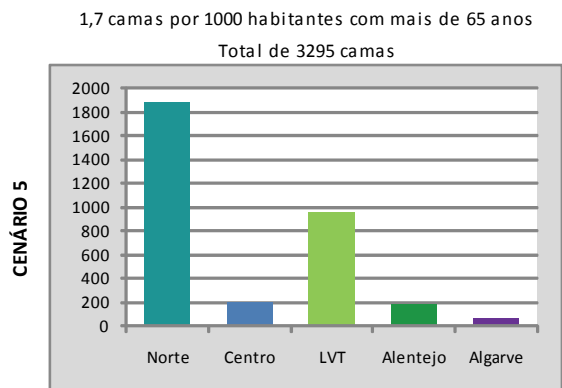
Na tabela 8 verificam-se os resultados da cenarização e o número de camas a alocar ao internamento permanente em ULDM. A aplicação destes valores (anexo 5) encontra-se na figura 27.

Apesar das distribuições similares, decidiu-se apresentar os gráficos das duas hipóteses por cenário, dado estes traduzirem o impacte do número de camas para internamento permanente por região⁴⁹.

⁴⁹ A semelhança visual obtida entre gráficos justifica-se pelo facto de cada cenário corresponder a uma sub-população com uma distribuição espacial específica que não varia com as hipóteses colocadas.

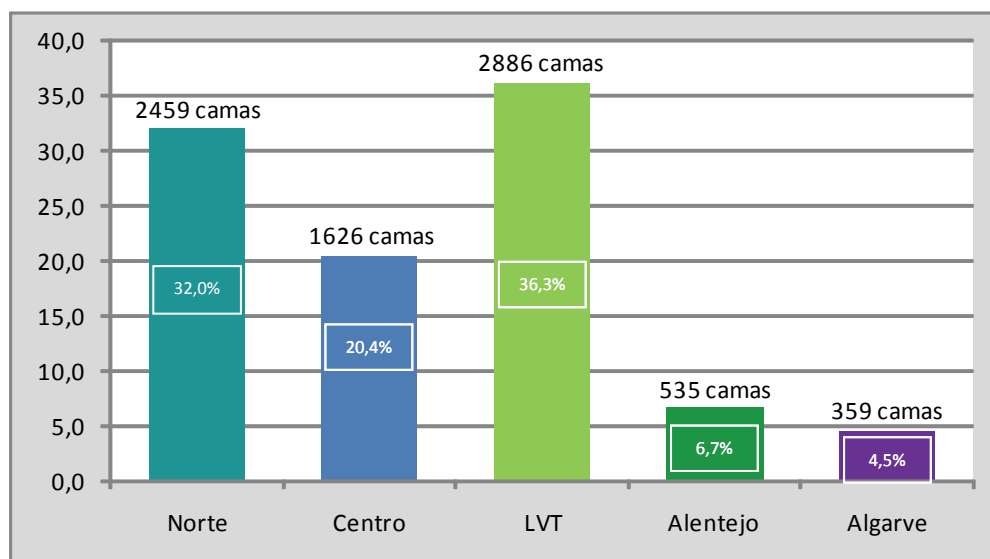
Figura 27 - Número de camas com carácter permanente por região, segundo a distribuição das sub-populações por cenário





Para a análise detalhada e comparativa destes cenários apresenta-se na figura 28 a distribuição geográfica da população com mais de 65 anos, segundo a estimativa para 2013 (anexo 6), denominada na análise como população de referência.

Figura 28 - Distribuição geográfica da população com mais de 65 anos, segundo a estimativa para 2013 (%) e o número de camas previstos em ULDM (rácio de 4 camas/ 1000 habitantes, num total de 7.955 camas)



Face aos resultados obtidos importa perceber o impacto na distribuição geográfica das sub-populações consideradas e dar visibilidade às diferentes necessidades por região. Por outro lado, esta análise poderá contribuir para posteriores decisões sobre o planeamento específico das camas de internamento permanente em ULDM e possibilitar outras formas de as alocar por região.

A distribuição espacial da sub-população por região que mais se assemelha com a estimativa da população para 2013 (figura 28) é a representada no cenário 3, ou seja, população com 65 ou mais anos, dependentes totais para a realização de AVD e/ou com pelo menos uma doença crónica e que auferem um rendimento mensal familiar $\leq$ a 500€. Considerando as hipóteses levantadas (1,6 e 1,2 camas por 1000 habitantes com mais de 65 anos) não seria necessário introduzir variações em termos regionais.

No extremo oposto surge o cenário 8, onde se verifica que nas regiões do Norte e Algarve não existe população com 65 ou mais anos, dependente totalmente para a realização das AVD com pelo menos uma doença crónica que não vive conjugalmente com alguém e que auferem um rendimento mensal familiar $\leq$ a 500 €.

O facto da região Norte não estar representada neste cenário deve-se à aplicação do filtro pela variável “rendimento mensal familiar $\leq$ a 500€” (cenário 7), o que significa que independentemente

de viverem ou não conjugalmente com alguém os dependentes totais com doença crónica da região norte auferem um rendimento mensal familiar superior a 500€ (53,7% declarou “de 701 € a 900€” e 46,3% “de 1.201€ a 1.500€”).

Quanto à região do Algarve não estar figurada justifica-se pelo filtro “não vive conjugalmente com alguém” (cenário 6), ou seja, os dependentes totais com doença crónica desta região vivem em situação de conjugalidade, sendo que todos são casados. Neste cenário é ainda de salientar a concentração desta sub-população na Região de LVT (79,6%), tendência que também se verifica no cenário 7 (64,4%).

Relativamente aos cenários 1 e 5 que representam sub-populações sem a interferência das outras variáveis, verifica-se um comportamento idêntico entre regiões. Contudo, face à população de referência (figura 28), nestes cenários o Norte e o Centro são as regiões que mais se distanciam.

Nos cenários 2 e 6, sobressai que a região Norte é aquela onde se concentram as sub-populações, independentemente do seu estado de saúde, que não vivem conjugalmente com alguém (53,4% e 48%, respectivamente). Quando se substitui esta variável pelo rendimento (cenários 3 e 7), a situação altera-se, surgindo a região de LVT com os valores mais elevados (36,4% e 64,4%).

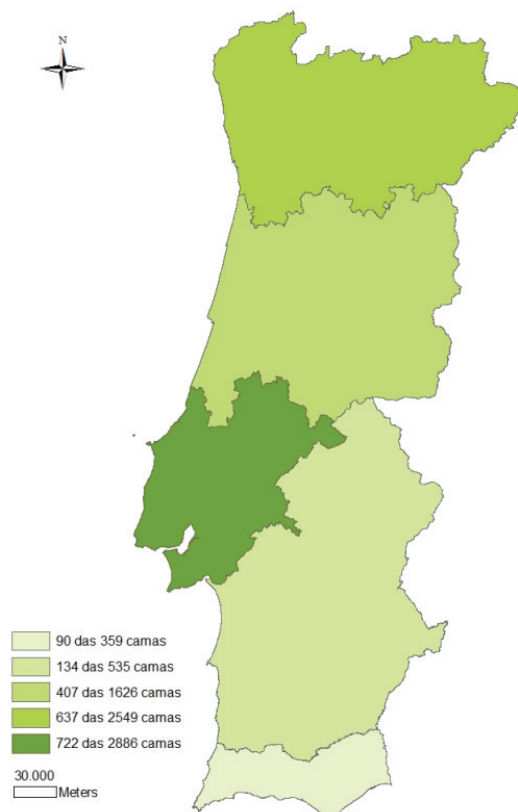
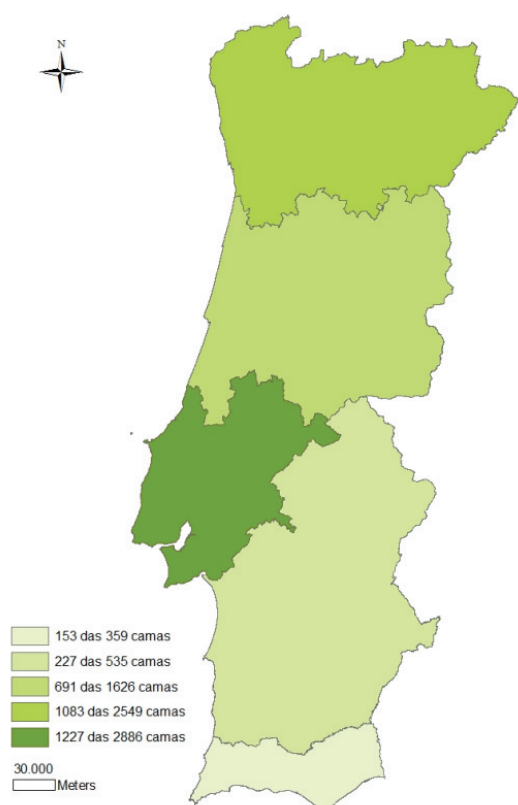
Da análise efectuada conclui-se que à excepção do cenário 3 todos os outros apresentam um comportamento distinto face à distribuição espacial de referência (figura 28). Assim para cada cenário seria necessário tomar uma decisão sobre o rácio de camas a alocar a cada região. Neste contexto, duas hipóteses poderiam ser perspectivadas, ignorar as diferenças encontradas segundo a distribuição espacial de referência e manter o mesmo rácio para todas as regiões ou tentar conciliar as diferenças encontradas nas regiões com o cálculo de um rácio específico para cada uma delas.

Apesar das diferenças encontradas e, considerando que a realidade social não é estática mas reveste-se de uma dinâmica impulsionada e mantida por todos os actores sociais, sugere-se a utilização dos valores médios encontrados para os cenários. Conforme representado na figura 29, propõe-se a utilização dos dois valores definidos através da média das percentagens dos dois tipos de hipóteses levantadas para cada cenário, que correspondem em média a 1,7 camas ou a 1 cama alocadas ao internamento de carácter permanente em ULDM.

Figura 29 – Cenários segundo os valores médios encontrados para o internamento permanente em ULDM

a) Valor médio de 1,7 camas para internamento permanente

b) Valor médio de 1 cama para internamento permanente



5. Conclusões

Com a realização deste estudo pretendeu-se contribuir para o conhecimento de quem são os potenciais utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na tipologia de Unidade de Longa Duração e Manutenção, por forma a apoiar os decisores no planeamento do número de lugares e da sua localização, garantindo o princípio da proximidade da prestação dos cuidados de saúde e apoio social a quem deles necessita.

A partir da população com 65 e mais anos abrangida pelo 4º INS (2005/2006) construiu-se um índice de independência/ dependência (designado por IID) que possibilitou caracterizar a população com 65 e mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ ou com pelo menos uma doença crónica, em termos demográficos, socioeconómicos e auto-percepção do estado de saúde.

Os resultados apontam para que entre as pessoas abrangidas pelo IID, 53,1% são independentes na realização das AVD, contudo têm ou já tiveram pelo menos uma doença crónica, 25,7% das pessoas apresentam um nível ligeiro de dependência e 14,1% não realizam as AVD sozinhos, dependendo totalmente de outro para a sua concretização. Quanta às pessoas com algum nível de dependência e/ ou pelo menos uma doença crónica (46,9%) constata-se que a distribuição do factor ter ou não pelo menos uma doença crónica era semelhante entre as pessoas com níveis de dependência severa, moderada e ligeira, sendo entre as pessoas classificadas com nível de dependência total onde se verifica maior inexistência de doenças crónicas.

Quando se analisa a distribuição geográfica das pessoas com algum nível de dependência e/ ou pelo menos uma doença crónica verifica-se que o Norte e o Alentejo são as regiões onde se verificam mais situações de dependência total para a realização das AVD, sendo o Centro a região que apresenta o valor mais baixo para este grau de dependência. Os valores referentes à dependência severa e moderada, quando analisados em conjunto, revelam uma maior prevalência de situações no Algarve, seguindo-se o Alentejo e LVT. O Norte e o Centro são as regiões com menor proporção de casos. Quando se introduz o ponto de viragem entre independência e dependência, à excepção do Centro, todas as regiões apresentam valores relativamente similares para a situação de dependência.

Relativamente às variáveis demográficas, observa-se uma predominância de pessoas idosas do género feminino com independência/ dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica. Esta tendência mantém-se quando se avalia o IID, ou seja, independentemente do nível de independência/ dependência, verifica-se que a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos do género feminino é sempre superior, relativamente aos homens. Estes resultados vão se encontro aos

presentes na literatura que indicam para uma maior prevalência dos problemas de saúde entre as mulheres.

Quanto à distribuição por classe etária, verifica-se que cerca de metade da população se concentra na classe até aos 74 anos, que as classes dos 75-79 e 80-84 anos apresentam uma distribuição muito semelhante e que a faixa etária dos ≥ 85 anos se distingue com mais de 10% da população, sendo ainda de destacar que o peso das mulheres, na classe dos mais idosos, é quase duas vezes maior do que o dos homens.

Da análise das idades com ponto de viragem entre independência/ dependência sobressai o que a literatura tem vindo a destacar a este respeito sobre a existência de uma relação directa entre o aumento da idade e a probabilidade crescente das pessoas virem a apresentar um nível de dependência mais elevado.

Os resultados sobre a distribuição das classes etárias por região, salientam que esta distribuição não é homogénea entre regiões. Se relativamente às pessoas idosas mais novas (até aos 74 anos) destacam-se as regiões do Norte, Centro, LVT e Alentejo, relativamente às pessoas mais idosas (≥ 85) sobressai o Algarve.

Na análise do estado civil e, sendo que se consideraram as pessoas com algum nível de dependência e/ou pelo menos uma doença crónica, dado terem sido consideradas como aquelas que, eventualmente, poderiam necessitar de maior apoio, verifica-se que na sua maioria são casadas, não se podendo menosprezar o peso significativo de viúvas. Considerando o ponto de viragem entre independência/ dependência, verifica-se que os indivíduos solteiros e viúvos apresentam uma maior prevalência de dependência para a realização das AVD, e que é entre os separados/ divorciados onde se verifica a maior proporção de indivíduos com dependência ligeira.

Considerou-se que seria pertinente analisar o estado civil conjuntamente com a situação de conjugalidade por poder indiciar algumas pistas sobre as pessoas que eventualmente não têm cuidadores informais próximos. Assim e, apesar de mais de metade da população em estudo afirmar que vive conjugalmente com alguém, destaca-se que entre as pessoas que não vivem conjugalmente com alguém são na sua maioria mulheres, viúvas, com um baixo nível de escolaridade e reformadas. Quando se aplica o ponto de viragem entre independência/ dependência, sobressai que cerca de um quarto das pessoas que não vivem conjugalmente com alguém são dependentes. Este perfil de pessoas a viverem sós, particularmente vulneráveis, vai de encontro ao da literatura.

Em relação às variáveis socioeconómicas, a população em estudo apresenta um nível de escolaridade muito baixo, principalmente no caso das mulheres, sendo que as pessoas com algum nível de dependência apresentam um perfil de inexistência ou de baixa escolaridade.

Para a população em estudo observa-se que na sua maioria são reformados. Em relação às pessoas que declaram estarem permanentemente incapacitadas, trata-se na sua maioria de mulheres, com 80 ou mais anos, apresentando um nível de dependência e/ou pelo menos uma doença crónica.

Relativamente ao rendimento mensal familiar mais de metade da população aufer mensalmente até 500€. Destaca-se que as pessoas que recebem até 250€, são na sua maioria mulheres, com 80 ou mais anos, viúvas, não possui algum nível de ensino, e residem na região Norte. Utilizando o ponto de viragem entre independência/dependência e, apesar de na sua maioria ser independente na realização das AVD, denota-se que quase um quarto das pessoas apresenta dependência, necessitando de ajuda para realizar algum tipo de AVD.

Os resultados encontrados para as variáveis socioeconómicas indicam que a existência de algum nível de dependência tende a ser mais frequente entre os que têm menor nível de escolaridade e rendimento.

A análise da variável rendimento mensal familiar por regiões e, apesar da concentração verificada nos escalões até aos 500€, ressalta algumas especificidades regionais. As regiões do Norte e Algarve apresentam valores mais elevados para o rendimento até 250€, seguido de LVT e Centro com valores muito semelhantes. O Centro é a região que reúne a maior proporção de pessoas com um rendimento mensal familiar até aos 500€. No escalão intermédio “501€ a 900€”, o Norte e o Alentejo apresentam os valores mais elevados e idênticos. Quanto ao último escalão “mais de 1.501€”, destacam-se as regiões de LVT e Norte. Contudo, se agruparmos a este escalão o anterior “de 901€ a 1.500€”, LVT e o Norte mantêm o seu peso, destacando-se o Algarve com um valor muito semelhante.

Para discutir a viabilidade da auto-percepção do estado de saúde, enquanto indicador do nível de dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica, partiu-se da premissa implícita de que a sua utilização permite conhecer globalmente a saúde da população.

A população em estudo auto-avalia o seu estado de saúde como negativo (25,7% como muito mau, 36,7% como mau, 33,3% como razoável e apenas 4,3% avaliou-o como muito bom/ bom), reflectindo os valores referidos por Fernandes (2007) para este grupo etário (na faixa etária acima dos 65 anos o valor para a auto-avaliação do estado de saúde, como mau ou muito mau, ronda os 57%). Estes

resultados surgem evidentes no valor médio encontrado que se situa nos 2,17, ou seja, as pessoas com 65 ou mais anos, com algum nível de independência/ dependência nas actividades de vida diária e/ ou com pelo menos uma doença crónica, em média auto-avaliam o seu estado de saúde como mau.

Segundo a variável género, mais mulheres referem que o seu estado de saúde é muito mau, enquanto que mais homens indicam-no como muito bom/ bom. Esta auto-percepção negativa do estado de saúde por parte das mulheres poderá estar relacionada com o facto de haver uma maior representatividade do género feminino na população em estudo e por apresentarem maior dependência para a realização das AVD.

Por outro lado, verifica-se uma tendência positiva da associação entre as classes etárias e a auto-avaliação do estado de saúde, o que significa que à medida que a idade aumenta, diminui a auto-percepção do estado de saúde como positivo. Não obstante, é de notar que são as pessoas com 85 ou mais anos, aquelas que apresentam um valor mais elevado quanto à auto-percepção do seu estado de saúde como muito bom/ bom.

Observou-se, ainda, uma tendência negativa da associação entre o nível de independência/ dependência e a auto-avaliação do estado de saúde, indicando que à medida que aumenta o nível de independência, diminui o peso da auto-avaliação do estado de saúde como muito mau e um aumento progressivo dos outros níveis de avaliação. Salva-se o nível de dependência total onde está bem patente que nem sempre a auto-percepção do estado de saúde, revela efectivamente a condição de saúde em que a pessoa se encontra. A introdução da variável idade contribuiu para a justificação desta situação, enquanto factor que permite ou potencia uma maior conformação/ resignação. E, de facto, cerca de metade das pessoas com dependência total tem 80 ou mais anos.

Estes resultados encontram-se em consonância com os referidos por Almeida (2009). Segundo esta autora, tem-se verificado uma relativa estabilidade na auto-avaliação do estado de saúde com o avanço da idade, o que poderá indicar um certo grau de adaptação desta apreciação subjectiva face à deterioração das condições objectivas de saúde, sendo observado com frequência que os indivíduos fazem avaliação positiva da sua saúde mesmo tendo uma ou mais doenças crónicas.

Por último, procurou-se também explorar a relação entre a auto-avaliação do estado de saúde e o nível de ensino, tendo-se verificado uma tendência negativa da associação, denotando-se que à medida que aumenta a escolaridade obtida, aumenta também a auto-percepção do estado de saúde como positiva. Mais uma vez os resultados obtidos vão de encontro aos sugeridos na literatura, ou seja, o perfil educacional contribui para determinar o sentido da avaliação da saúde.

Importa salientar que apesar dos resultados encontrados estarem de acordo com a literatura, utilizar a auto-avaliação do estado de saúde enquanto indicador do nível de dependência e/ou com pelo menos uma doença crónica poderá levantar algumas questões. Conforme referido anteriormente, o avanço da idade pode influenciar uma relativa estabilidade na auto-avaliação do estado de saúde, o que poderá indicar um certo grau de adaptação desta apreciação subjectiva face à deterioração das condições objectivas de saúde, sendo observado com frequência que os indivíduos fazem avaliação positiva da sua saúde mesmo tendo uma ou mais doenças crónicas.

Em suma, nas pessoas idosas a co-existência de doenças crónicas surge como compatível com níveis elevados de bem-estar e mesmo de auto-avaliações de saúde favoráveis, mesmo quando o impacto da doença na pessoa idosa coincide com critérios médicos de gravidade. O principal impacto surge associado à limitação da actividade, ou seja, mesmo em presença de doenças crónicas graves, pode não ocorrer um decréscimo de bem-estar nas pessoas idosas desde que estas consigam manter-se independentes na realização das actividades.

No caso da população em estudo, por forma a aferir esta temática, seria necessário aprofundar a análise a partir de outras sub-populações distintas, designadamente, “pessoas com 65 e mais anos com algum nível de dependência”, “pessoas com 65 anos e com pelo menos uma doença crónica” e “pessoas com 65 anos com algum nível de dependência e com doença crónica” e explorar como é que estas sub-populações se comportam face à auto-avaliação do seu estado de saúde, com base em indicadores sociodemográficos e socioeconómicos, dado ter ficado demonstrado, explicitamente, a influência que estes têm na auto-percepção do estado de saúde das populações.

A partir do perfil de necessidades da população com 65 ou mais anos com algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos com uma doença crónica, este estudo pretende contribuir para o planeamento dos cuidados continuados integrados. Assim, foram simulados cenários que contemplam, dentro das metas previstas da RNCCI para 2013, um rácio específico para o internamento com carácter permanente nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Os resultados da cenarização mostram o número de camas a alocar ao internamento permanente em ULDM para cada cenário construído. Salvaguardando-se o facto de se estarem a utilizar diferentes sub-populações e valores exemplificativos das hipóteses simuladas para cada cenário, salientam-se que os valores encontrados para internamento permanente em ULDM variam entre 2,9 e 0,5 camas, por 1000 habitantes com mais de 65 anos.

Assim, com base nas duas hipóteses por cenário, calculou-se a média para cada uma das hipóteses, sendo que estas representam, face às 4 camas previstas nas metas de 2013, alocar 1,7 camas ou 1 cama ao internamento permanente em ULDM.

Com a cenarização efectuada pretendeu-se demonstrar que de facto é importante reflectir sobre os tempos de permanência em ULDM face às necessidades identificadas. Se, por um lado, está contemplado na legislação a existência de dois tempos específicos de permanência – de **carácter** temporário ou **permanente** – é necessário que a prática os evidencie. Por outro lado, não se pretende que esta tipologia se transforme em serviços hospitalares, onde a própria caracterização de “longa duração” e “manutenção” seja ultrapassada a favor de cuidados limitados no tempo com altas destinadas a outras respostas sociais. Conforme relembra Gomes (2009b), “o que se mantém na vida de muitas pessoas com “alta” após atingidos os “objectivos terapêuticos” é a manutenção de níveis de vulnerabilidade física e psíquica, isolamento, depressão e essencialmente a situação de dependência incompatível com o regresso ao domicílio”.

A heterogeneidade de situações e o interface de diferentes realidades, demonstrado no capítulo dedicado à “Apresentação comentada dos resultados”, bem como o impacte que este novo modelo de intervenção tem na trajectória de vida das pessoas, remete para a necessidade de respostas específicas e diversificadas.

É necessário acreditar que não existem modelos inquestionáveis sobre os actos de prestar cuidados de saúde e sociais e que é o “jogo” entre interacção, articulação e complementaridade que gera cuidados e serviços de qualidade, adequados às reais necessidades das pessoas, às suas expectativas, exigências e aos seus direitos basilares como cidadão.

Apesar do rigor das metodologias escolhidas, a obtenção de cenários óptimos, pela complexidade do exercício, tanto a nível do número de lugares como da sua distribuição pelo território, exige uma análise *ex-post*, por forma a assegurar que o processo de decisão possa ser mais racional em termos sociais e económicos.

Discutir as vantagens e desvantagens da utilização de um sistema de informação geográfica ao nível do planeamento da RNCCI, poderá contribuir para a implementação e desenvolvimento futuro de uma medida de política que preconiza o acesso do cidadão com perda de funcionalidade a cuidados de saúde e de apoio social, técnica e humanamente adequados e necessários à melhoria das suas condições de vida e de bem-estar.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social constitui uma inovação organizacional no campo da

intervenção conjunta da saúde e do apoio social, introduzindo não só um novo paradigma do cuidar da pessoa em situação de dependência, mas também propor um modelo de intervenção traduzido no trabalho conjunto e integrado dos seus interventores, dando consistência e sustentabilidade a um trabalho já iniciado no passado⁵⁰. Assim, a Rede torna-se numa plataforma chave de intervenção contribuindo para a descontinuidade de políticas fragmentadas, promotoras de dependência institucional, sem resultados ao nível da saúde, da autonomia e da inclusão social.

A promoção dos cuidados continuados integrados significa «mudança», nomeadamente a tomada de consciência das interdependências das partes, a atenuação de fronteiras institucionais e profissionais e a aplicação de ferramentas estratégicas com o objectivo de construir e manter a Rede. Trata-se de estruturar um novo modelo de actuação, onde o eixo do “espacial” esteja contemplado e que resulte numa prestação de cuidados mais ajustada às necessidades de cada cidadão, mais preventiva, menos «aguda» e mais eficiente.

Trabalhar em rede implica a existência de canais de comunicação e informação estáveis entre todos os interventores, desde as estruturas de coordenação aos prestadores. Representa ainda uma mudança significativa face à tradicional fragmentação, tanto ao nível da gestão como da prestação de cuidados, impondo a revisão e até o desenvolvimento de novas competências. Ao nível da gestão, é imprescindível um conhecimento profundo dos processos e dos interesses dos envolvidos, a capacidade de usar bem a informação e a capacidade de decisão. Ao nível da prestação de cuidados, para trabalhar em equipas multidisciplinares são fundamentais as competências de relacionamento interpessoal, bem como as competências de gestão e capacidade de utilizar o recurso aos Sistemas de Informação.

Planeamento, monitorização e avaliação de programas, estudos sobre o contexto socioeconómico, vigilância epidemiológica e outras actividades essenciais ao desenvolvimento do sector da saúde são beneficiados pela incorporação da distribuição espacial dos eventos. O recurso aos SIG nestes campos tem possibilitado análises complexas de um conjunto cada vez maior de problemas, bem como a visualização dos resultados através de mapas, facilitando a comunicação da informação. Os mapas são mais do que meios de comunicação e organização de conjuntos de dados e informações.

Resta salientar que todos os instrumentos de planeamento e captação de (nova) informação não dispensam a constante preocupação e acompanhamento com o conhecimento concreto e experiência humana dos problemas – seja ao nível dos saberes das equipas técnicas, da formação dos prestadores de cuidados, seja ao nível das expectativas e satisfação dos utentes. E aqui será

⁵⁰ A este propósito refira-se a criação das Unidades de Apoio Integrado e o Apoio Domiciliário Integrado pelo despacho conjunto nº. 407/98, de 15 de Maio.

fundamental a actualidade e fluidez do diálogo e intercâmbio entre dimensões macro e micro de análise para o planeamento das soluções.

Como tal todo este trabalho – ainda que exploratório – deve inscrever-se no âmbito de preocupações estruturantes que colocam a dignificação da qualidade da vida humana – especialmente em fases avançadas e fragilizantes do percurso vivencial – como prioridade.

6. Desenvolvimentos futuros

A realização deste trabalho de projecto foi despertando a vontade para explorar outras dimensões dos cuidados continuados integrados e dos sistemas de informação geográfica.

Assim, ficam algumas pistas para futuras investigações.

Ao considerar-se que os lugares de internamento na tipologia de Unidade de Longa Duração e Manutenção, com carácter permanente, permitem assegurar a continuidade da prestação de cuidados integrados de saúde e apoio social a pessoas em situação de extrema vulnerabilidade e que se encontrem nas mencionadas “zonas de fragilidade”, em relação aos utentes com alta da Rede importa conhecer o papel das famílias, dos amigos e dos vizinhos, em suma, dos cuidadores informais, na continuidade da prestação de cuidados.

Esta questão remete para um conjunto alargado de preocupações. Por um lado e, apesar de todo o investimento na estrutura formal, é inquestionável, que quem continua a cuidar é a esfera informal. Importa então e, atendendo a que as contribuições dos familiares são um factor essencial na permanência das pessoas idosas no seu domicílio, desenvolver estratégias no sentido de assegurar um *continuum* da intervenção englobando as várias valências dos diversos sistemas formais e informais de apoio em contexto institucional e comunitário.

A abrangência desta questão ultrapassa sem dúvida a esfera do sistema de cuidados de saúde e apoio social. Contudo, poderá, sem dúvida, contribuir para o seu sucesso e eficácia. Refiram-se a título de exemplo, algumas medidas já elencadas por vários autores (Lage, 2005 ; Romão *et al.*, 2008 ; Almeida, 2009 ; Gil, 2009 ; Gil, 2010,) quer a nível do apoio aos cuidadores informais - no domínio da informação e treino de competências, avaliação das necessidades do cuidador, serviços de descanso do cuidador, benefícios fiscais, pagamento directo aos cuidadores, licenças de assistência à família mais alargadas e compatíveis com a doença crónica e situação de dependência, medidas de protecção aos trabalhadores que saem do mercado de trabalho para cuidarem a tempo inteiro - quer ao nível do desenvolvimento e implementação de tecnologias de apoio e medidas relativas às adaptações habitacionais necessárias para garantir o regresso ao domicílio.

Em suma, capacitar o sistema de um conjunto alargado de sinergias e possibilidades (formais e informais), capazes de assegurar o apoio às pessoas com níveis de dependência, permitindo manter a sua melhor qualidade de vida, de acordo com as suas preferências individuais com o máximo nível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana.

Por outro lado, dado que nenhum sistema de cuidados pretende ser ou é capaz de cobrir completamente todo o tipo de necessidades, importa realçar que o envolvimento dos cuidadores informais torna-se numa força potenciadora do desenvolvimento da RNCCI. Nesta perspectiva, a rede informal deveria ser envolvida no planeamento, implementação e avaliação não só dos cuidados prestados como das próprias estruturas coordenadoras e prestadoras, garantindo deste modo que se está a construir um caminho que vai de encontro às necessidades reais das pessoas. Como refere Sakellarides (2008) “não se inova para as pessoas, mas com elas”.

Outra área a explorar seria o contributo do SIG, enquanto instrumento de análise espacial, no domínio do acesso aos cuidados de saúde. Trata-se de uma questão relacionada com as barreiras que algumas populações enfrentam na obtenção de cuidados e com as políticas de saúde e os imperativos que afectam a localização, qualidade e quantidade de serviços disponíveis, com efeitos concomitantes no acesso. Na perspectiva de McLafferty (2003), o acesso aos serviços de saúde é um conceito multidimensional, abrangendo a capacidade das pessoas para usarem os serviços de saúde quando e onde são necessários. Estas decisões são fortemente influenciadas pelo tipo e qualidade de serviços disponíveis no local onde residem, pela distância, tempo, custo e existência de transportes. O acesso ainda é influenciado pela configuração dos constrangimentos quotidianos circunscritos no tempo e no espaço. A partir da conjugação destes factores é possível evidenciar e representar padrões e fluxos espaciais de utilização dos cuidados de saúde.

A RNCCI preconiza a proximidade dos cuidados de saúde e apoio social e o envolvimento da família/cuidadores informais. Contudo, nem sempre é possível respeitar estes princípios, por razões que se prendem com a própria expansão faseada da Rede ou com a disponibilidade de lugares nas unidades privilegiadas pelo utente.

Neste domínio, recorrer a modelos de localização-alocação operacionalizados pelo SIG poderá representar uma mais-valia. A utilização deste tipo de modelos possibilita estabelecer uma função objectiva a partir das metas a alcançar – tais como minimizar a distância média ou maximizar a cobertura populacional – e definir a localização dos serviços a implementar.

Em suma, o SIG demonstrou ser um instrumento útil para a compreensão conjunta das necessidades em saúde da população e da adequação dos recursos, questões centrais para o planeamento das respostas em saúde. A sua utilização poderá também ser um contributo para análises futuras no domínio da acessibilidade.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. F. – Promoção da Saúde depois dos 65 anos : elementos para uma política integrada de envelhecimento. Lisboa : ENSP/UNL, 2009. Tese de Doutoramento em Saúde Pública : Especialidade Promoção da Saúde.

ARAÚJO, F. [et al.]. – Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 : 2 (2007) 59-66. [Consult. 1 Maio 2010]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/conteudos/conteudos_2007_vol2.

BARCELLOS, C. ; BASTOS, F. - Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível? [Em linha]. *Cadernos de Saúde Pública*. 12 : 3 (1996) 389-397. [Consult. 15 Março 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n3/0264.pdf>.

BARCELLOS, C. ; SANTOS, S. - Colocando dados no mapa : a escolha da unidade espacial de agregação e a integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. *Informe Epidemiológico do SUS*. VI : 1 (1997) 21-29.

BARCELLOS, C. [et al.]. – Organização espacial, saúde e qualidade de vida : análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. [Em linha]. *Informe Epidemiológico do Sus*. 11 : 3 (2002) 129-138. [Consult. 12 Março 2010]. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-16732002000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=.

BARKER, W.H. – Prevention of disability in older persons. In WALLACE, R. B. ; KOHATSU, N. ; LAST, J. M., ed. lit. - Public health & preventive medicine. 15th edition. New York : McGraw-Hill Medical, 2008.

BEAGLEHOLE, R. ; BONITA, R. ; KJELLSTROM, T. – Epidemiologia básica. Lisboa : ENSP, 2003.

BORTZ, W. M. – Biological basis of determinants of health. [Em linha]. *American Journal of Public Health*. 95 : 3 (2005) 389-392. [Consult. 20 Março 2010]. Disponível em <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/3/389>.

BOTELHO, A. – A funcionalidade dos idosos. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. – Envelhecer em Portugal. Lisboa : CLIMEPSI Editores, 2005. 115-135.

BOULOS, M. ; ROUDSARI, A. ; CARSON E. – Health geomatics : an enabling suite of technologies in health and healthcare. *Journal of Biomedical Informatics*. 34 (2001) 195–219.

CARRILHO, M. ; GONÇALVES, C. – Dinâmicas territoriais do envelhecimento : análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. [Em linha]. *Revista de Estudos Demográficos*. 36 (2º semestre de 2004) 17 p. [Consult. 2 Abril 2010]. Disponível em <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>.

CID-RUZAFÁ, J. ; DAMIÁN-MORENO, J. – Valoración de la discapacidad física : el Índice de Barthel. [Em linha]. *Revista Española de Salud Pública*. 71 : 2 (1997) 127-138. [Consult. 1 Maio 2010]. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>.

COSTA, C. ; COSTA, M. – Sistema de referência geográfica aplicado à Carta de Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários. In CONFERÊNCIA SAÚDE E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA, Lisboa, 31 Maio de 2007 - Actas. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

COSTA, M. F. – Interface do hospital com os cuidados continuados integrados. In CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R., ed. lit. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009. 349-364.

COUCEIRO, L., [et al.] coord.– Cuidados continuados integrados em Portugal. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. GIP, Julho 2009. (PNS em Foco; 4)

CROMLEY, E. ; McLAFFERTY, S. – GIS and public health. New York : The Guilford Press, 2002.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. 1ª Série-A. 109 (6-06-2006) 3856-3865 – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

DUMMER, T. – Health geography : supporting public health policy and planning. [Em linha]. *Canadian Medical Association Journal*. 178 : 9 (2008) 1177–1180 [Consult. 15 Março 2010].

Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292766/>

DIAS, A. ; SANTANA, S. – Cuidados integrados : um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. [Em linha]. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 8 : 1 (2009) 12-20. [Consult. 16 Abril 2010]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-44642009000100003&script=sci_arttext.

FERNANDES, A. A. – Velhice e Sociedade : Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal. Oeiras : Celta Editores, 1997.

FERNANDES, A. A. – Velhice, solidariedades familiares e política social : itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. [Em linha]. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 36 (2001) 39-52. [Consult. 1 Abril 2010]. Disponível em <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/4/36.pdf>

FERNANDES, A. A. – Determinantes da mortalidade e da longevidade : Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). [Em linha]. *Análise Social*. 42 : 183 (2007) 419-443. [Consult. 1 Abril 2010]. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218647480P4I2J6fr4Ta93QK9.pdf>.

GIL, A. P. - Conciliação entre vida profissional e vida familiar: o caso da dependência. Lisboa : Gabinete de Planeamento. Núcleo de Estudos e Conhecimento. Instituto da Segurança Social, IP, 2009

GIL, A. P. – Heróis do quotidiano : dinâmicas familiares na dependência. Lisboa : FCG. FCT, 2010. ISBN 978-972-31-1314-3.

GOMES, A. – RNCCI : contributos para um modelo integrado. [Em linha]. *Pretextos*. 33 (2009) 7-8. [Consult. 20 Abril 2010]. Disponível em http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=23658&m=PDF.

GOMES, A. – Tempo de avaliação e renovação : Tempo de olhar as pessoas. *A Rede*. Lisboa, 0 (Dezembro 2009b) 8-11.

GORDON, A. ; WOMERSLEY, J. – The use of mapping in public health and planning health services. *Journal of Public Health Medicine*. 19 : 2 (1997) 139-147.

GUERRA, I. – Fundamentos e processos de uma sociologia de acção : o planeamento em ciências sociais. Cascais : Principia, 2000.

GUERREIRO, M.D. – Pessoas sós : múltiplas realidades. [Em linha]. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43 (2003) 31-49. [Consult. 20 Abril. 2010]. Disponível em <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/43/469.pdf>.

HEIKKINEN, E. – What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? [Em linha]. Copenhagen : WHO Europe. Evidence Network Report (HEN), 2003. [Consult. 01 Abril 2010]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/74708/E82970.pdf.

HESS, R. – Sociologia de Intervenção. Porto : Rés, 1983.

HIGGS, G. ; GOULD, M. – Is there a role for GIS in the “new NHS”? *Health and Place*. 7 : 3 (2001) 247-259.

HINO, P. [et al.] – Geoprocessamento aplicado à área da saúde. [Em linha]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 : 6 (2006) 5 p. [Consult. 10 Março 2010]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a16.pdf.

LAGE, I. – Cuidados Familiares a Idosos. In PAÚL, C., FONSECA, A. – Envelhecer em Portugal. Lisboa : CLIMEPSI Editores, 2005. 203-229.

LAST, J. – Um dicionário de epidemiologia. 2ª ed. Lisboa : DEPS, 1988. ISBN 972-675-038-5.

LIMA-COSTA, M. ; FIRMO, J. ; UCHOA, E. – A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos : projeto Bambuí. [Em linha]. *Revista de Saúde Pública*. 38 : 6 (2004) 827-34. [Consult. 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/11.pdf>.

MACKIAN, S. [et al.] – “Everywhere and nowhere” : locating and understanding the “new” public health. *Health and Place*. 9 : 3 (2003) 219-229.

MAUSNER, J. ; KRAMER, S. – Introdução à epidemiologia. 4ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

McLAFFERTY, S. – GIS and health care. *Annual Review of Public Health*. 24 (2003) 25-42.

MULLNER, R. [et al.] – Geographic information systems in public health and medicine. *Journal of Medical Systems*. 28 : 3 (2004) 215-221.

NOGUEIRA, J.A. – Cuidados continuados : desafios. [Em linha]. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009. [Consult. 18 Abril 2010]. Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf.

OPSS – Relatório de Primavera 2009 : 10/ 30 Anos : razões para continuar. [Em linha]. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009. [Consult. 01 Abril 2010]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf.

PAIXÃO, C. ; REICHNHEIM, M. – Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. [Em linha]. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 : 1 (2005) 7-19. [Consult. 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>.

PEREIRA, J. – Economia da saúde : glossário de termos e conceitos. Lisboa : Edição da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.

PINA, F. ; SANTOS, S. ; CARVALHO, M. – Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde. Brasília : OPAS, 2000.

PORTARIA n.º 376/2008. D.R. I.ª Série. 99 (23-05-2008) 2917-2928 – Regulamenta a atribuição de apoios financeiros pelas ARS, I.P., a pessoas colectivas sem fins lucrativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Programa Modelar).

PORTARIA nº 578/2009. D.R. Iª Série. 105 (1-06-2009) 3402-3422 – Introduz alterações ao Regulamento de atribuição de apoios financeiros pelas ARS, I.P., a pessoas colectivas sem fins lucrativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Programa Modelar).

PORTUGAL. GESAWORLD – Relatório final da Fase 1 de diagnóstico da situação actual : projecto de apoio e acessória 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 linha]. Lisboa : Gesaworld Portugal, Setembro 2005. [Consult. 10 Abril 2010]. Disponível em [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico Rede Cuidados Cont Integrados Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico%20Rede%20Cuidados%20Cont%20Integrados%20Saude.pdf).

PORTUGAL. GOVERNO – Programa do XVIII Governo Constitucional 2009-2013 [Em linha]. Lisboa : Governo, 2009. [Consult. 01 Abril 2010]. Disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/Programa_GC18.pdf.

PORTUGAL. INE. DES – Documento metodológico : 4º Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa : Departamento de Estatísticas Sociais. Instituto Nacional de Estatística, 2005.

PORTUGAL. MFAP - Grandes Opções do Plano 2009. [Em linha]. Lisboa : Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2008. [Consult. 02 Abril 2010]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Documents/gop/gop2009.pdf>.

PORTUGAL. MFAP - Orçamento do Estado para 2009 : relatório. [Em linha]. Lisboa : Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2009. [Consult. 01 Abril 2010]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Documents/oe/2009/RelatorioOE2009.pdf>.

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Glossário : Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a. (Versão revista).

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI - Guia de adesão. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009b. (Versão de Setembro de 2009).

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009c.

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Modelo de referenciação de utentes. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009d. (Versão revista).

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Política e estratégia da qualidade da RNCCI. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009e. (Documento de trabalho).

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI 2008. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009f.

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Planeamento da implementação física da RNCCI no quadriénio 2010/2013. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010a. (documento de trabalho)

PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI 2009. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010b.

RATO, H.; RODRIGUES, M.; RANDO, B. – Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados : relatório final. Oeiras : Instituto Nacional de Administração, 2009. (Documento de trabalho).

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 168/2006. D.R. Iª Série. 241 (18-12- 2006) 8471- 8473 - Cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

ROJAS, L. ; BARCELLOS, C. ; PEITER, P. – Utilização de mapas no campo da epidemiologia no Brasil : reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. [Em linha]. *Informe Epidemiológico do SUS*. 8 : 2 (1999) 27-35 [Consult. 10 Março 2010].
Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v8n2/v8n2a04.pdf>.

RODRIGUES, A. [et al.] – Optimização da rede de urgência em Portugal : uma proposta tendo em conta a eficiência e a equidade da rede. In BARCELLOS, C. - A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro : Ed. Abrasco, 2008. 321- 342.

ROMÃO, A. ; PEREIRA, A. ; GERARDO, F. – As necessidades dos cuidadores informais : estudo na área do envelhecimento. Lisboa : Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2008.

ROSA, T. [et al.]. – Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. [Em linha]. *Revista de Saúde Pública*. 37 : 1 (2003) 40-48. [Consult. 21 Maio 2010].
Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>.

SAINSBURY, A. [et al.] – Reliability of the Barthel index when used with older people. [Em linha]. *Age and Ageing*. 34 : 3 (2005) 228--232. [Consult. 21 Maio 2010].
Disponível em <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/34/3/228>.

SAKELLARIDES, C. – Lisboa hoje : a companhia das pessoas : inovação e uma nova forma de ver a gestão da mudança em sistemas sociais complexos. In SAKELLARIDES, C., ALVES, M. ed.lit. - Lisboa, saúde e inovação : do Renascimento aos dias de Hoje. Lisboa : Gradiva, 2008. 215-235.

SANTANA, P. – Geografias da saúde e do desenvolvimento : evolução e tendências em Portugal. Coimbra : Almedina, 2005.

SANTANA, P., coord. [et al.] – Envelhecimento e saúde em Portugal. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. GIP, 2008a. (PNS em Foco; 2).

SANTANA, P. [et al.] - Os sistemas de informação geográfica e o planeamento urbano saudável na Amadora. In EQS 2008 - CONFERÊNCIA ESTATÍSTICA E QUALIDADE NA SAÚDE, 6, Parque das Nações, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 20 a 21 de Novembro de 2008 - Livro de Actas. Lisboa : Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2008b. (no prelo).

SANTANA, P. [et al.] - Os sistemas de informação geográfica no planeamento e gestão da saúde : a avaliação da qualidade ambiental dos espaços verdes urbanos no bem-estar e na saúde. In CONFERÊNCIA «QUALIDADE DO

AMBIENTE URBANO : NOVOS DESAFIOS», Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, 8 e 9 de Outubro de 2009 - Livro de Actas. Bragança : Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior Agrária, 2009.

SANTOS, S. ; BARCELLOS, C. - Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília : Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2006.

SCOTCH, M. [et al.] - Exploring the role of GIS during community health assessment problem solving: experiences of public health professionals. *International Journal of Health Geographics*. 5 (2006) doi:10.1186/1476-072X-5-39 [Consult. 16 Março 2010].

Disponível em <http://www.ij-healthgeographics.com/content/5/1/39>.

VELOSO, C.- Percurso de vida. [Entrevista]. Expresso : Única. 1939 (24-12-2009)

WHO. MMF – Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing. Geneva : World Health Organization. The Milbank Memorial Fund, 2000.

WHO. NONCOMMUNICABLE DISEASES AND MENTAL HEALTH CLUSTER. NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION DEPARTMENT. AGEING AND LIFE COURSE – Active ageing : a policy framework. Geneva : World Health Organization, 2002.

ANEXOS

Anexo 1

de infra-estruturas informáticas, de telecomunicações, de serviços de consultoria e de apoio ao desenvolvimento e operacionalização dos vários sistemas de informação a instalar.

A transversalidade e dimensão destes projectos tornam os procedimentos de adjudicação mais complexos e, portanto, mais morosos, uma vez que estão vários organismos envolvidos, cada um com as suas especificidades.

Em 2005, apenas foi possível agilizar uma pequena parte das experiências piloto que concretizam a implementação progressiva da rede nacional de cuidados continuados, por força das datas de aprovação e publicação do Decreto-Lei n.º 213/2005, de 9 de Dezembro, cujo regime urge alargar agora à actividade da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência.

Neste contexto, torna-se conveniente adoptar, até final do ano económico de 2006, um regime de contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição de bens e serviços que combine a celeridade procedimental exigida pela concretização dos referidos projectos com a defesa dos interesses do Estado e a rigorosa transparência nos gastos.

Este regime especial, já adoptado noutras situações, irá permitir o cumprimento dos objectivos calendarizados destas iniciativas estruturantes que terão de estar cumpridos no final de 2006.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único

Regime excepcional e transitório

A contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados ao desenvolvimento das experiências piloto em execução e cumprimento dos objectivos da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, criada pelo despacho n.º 23 035/2005 (2.ª série), de 17 de Outubro, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 214, de 8 de Novembro de 2005, que funciona junto do Alto Comissariado para a Saúde, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, cuja estimativa de custo global por contrato, não considerando o IVA, seja inferior aos limiares previstos para aplicação das directivas comunitárias sobre contratação pública podem realizar-se, durante o presente ano económico, com recurso aos procedimentos por negociação, consulta prévia ou ajuste directo.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Abril de 2006. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 19 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 22 de Maio de 2006.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Decreto-Lei n.º 101/2006

de 6 de Junho

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos.

Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Porque a concretização de tal objectivo implica a devida ponderação das soluções mais ajustadas à actual realidade, foi, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril, criada, na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com a incumbência de propor um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados destinados a pessoas em situação de dependência.

Foram ouvidos, a título facultativo, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Federação Nacional dos Médicos, a Federação Nacional de Sindicatos de Enfermeiros, o Sindicato Independente dos Médicos, o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses e a União das Misericórdias Portuguesas.

Foram ouvidas a Comissão Nacional de Protecção de Dados e a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto e âmbito de aplicação

1 — É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede.

2 — O presente decreto-lei aplica-se às entidades integradas na Rede.

Artigo 2.º

Composição da Rede

1 — A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2 — A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

Artigo 3.º

Definições

Para efeitos do presente decreto-lei, entende-se por:

a) «Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;

b) «Cuidados paliativos» os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;

c) «Acções paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva;

d) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social;

e) «Integração de cuidados» a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos;

f) «Multidisciplinaridade» a complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais;

g) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

h) «Dependência» a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

i) «Funcionalidade» a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente;

j) «Doença crónica» a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada;

l) «Processo individual de cuidados continuados» o conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;

m) «Plano individual de intervenção» o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais;

n) «Serviço comunitário de proximidade» a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integra-

dos, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir;

- o) «Domicílio» a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.

Artigo 4.º

Objectivos

1 — Constitui objectivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

2 — Constituem objectivos específicos da Rede:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Artigo 5.º

Cuidados continuados integrados

1 — Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:

- a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;
- b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

2 — A prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa

Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II

Princípios e direitos

Artigo 6.º

Princípios

A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Artigo 7.º

Direitos

A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- a) À dignidade;
- b) À preservação da identidade;
- c) À privacidade;
- d) À informação;
- e) À não discriminação;
- f) À integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efectuadas.

CAPÍTULO III

Modelo e coordenação da Rede

Artigo 8.º

Modelo de intervenção

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou

de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

- a) Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
- c) Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;
- d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;
- e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos.

Artigo 9.º

Coordenação da Rede

1 — A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local.

2 — A coordenação da Rede a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

3 — A coordenação da Rede a nível regional é assegurada por cinco equipas constituídas, respectivamente, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social, nos termos a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

4 — A coordenação da Rede aos níveis nacional e regional deve promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.

5 — A coordenação da Rede a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.

6 — As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

Artigo 10.º

Competências a nível regional

As equipas coordenadoras regionais articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, competindo-lhes, designadamente:

- a) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;
- b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;

- c) Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;
- d) Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;
- e) Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;
- f) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
- g) Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;
- h) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;
- i) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

Artigo 11.º

Competências a nível local

A(s) equipa(s) coordenadora(s) local(ais) articula(m) com a coordenação a nível regional, assegura(m) o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente:

- a) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas;
- b) Consolidar os planos orçamentados de acção anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;
- c) Divulgar informação actualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;
- d) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;
- e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respectivo serviço comunitário de proximidade;
- f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;
- g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

CAPÍTULO IV

Tipologia da Rede

Artigo 12.º

Tipos de serviços

1 — A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- a) Unidades de internamento;
- b) Unidades de ambulatório;

- c) Equipas hospitalares;
- d) Equipas domiciliárias.

2 — Constituem unidades de internamento as:

- a) Unidades de convalescença;
- b) Unidades de média duração e reabilitação;
- c) Unidades de longa duração e manutenção;
- d) Unidades de cuidados paliativos.

3 — Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

4 — São equipas hospitalares as:

- a) Equipas de gestão de altas;
- b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

5 — São equipas domiciliárias as:

- a) Equipas de cuidados continuados integrados;
- b) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

SECÇÃO I

Unidade de convalescença

Artigo 13.º

Caracterização

1 — A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

2 — A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

3 — A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.

4 — A unidade de convalescença pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

Artigo 14.º

Serviços

A unidade de convalescença assegura, sob a direcção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

SECÇÃO II

Unidade de média duração e reabilitação

Artigo 15.º

Caracterização

1 — A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

2 — A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.

3 — O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

4 — A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração.

5 — A unidade de média duração e reabilitação pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 16.º

Serviços

A unidade de média duração e reabilitação é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

SECÇÃO III

Unidade de longa duração e manutenção

Artigo 17.º

Caracterização

1 — A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

3 — A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 18.º**Serviços**

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Actividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Controlo fisiátrico periódico;
- g) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- h) Animação sócio-cultural;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- l) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

SECÇÃO IV**Unidade de cuidados paliativos****Artigo 19.º****Caracterização**

1 — A unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

2 — As unidades referidas no número anterior podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados.

Artigo 20.º**Serviços**

A unidade de cuidados paliativos é gerida por um médico e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;
- g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
- h) Actividades de manutenção;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Convívio e lazer.

SECÇÃO V**Unidade de dia e de promoção da autonomia****Artigo 21.º****Caracterização**

1 — A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados

de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de dia e de promoção da autonomia deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.

3 — A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 22.º**Serviços**

A unidade de dia e de promoção da autonomia assegura, designadamente:

- a) Actividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de enfermagem periódicos;
- d) Controlo fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sócio-cultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO VI**Equipa de gestão de altas****Artigo 23.º****Caracterização**

1 — A equipa de gestão de altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

2 — A equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Artigo 24.º**Serviços**

A equipa de gestão de altas assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
- b) A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede;
- c) A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

SECÇÃO VII**Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos****Artigo 25.º****Caracterização**

1 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de

agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

2 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação.

Artigo 26.º

Serviços

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos assegura, designadamente:

- a) Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;
- b) Cuidados médicos e de enfermagem continuados;
- c) Tratamentos paliativos complexos;
- d) Consulta e acompanhamento de doentes internados;
- e) Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;
- f) Cuidados de fisioterapia;
- g) Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.

SECÇÃO VIII

Equipa de cuidados continuados integrados

Artigo 27.º

Caracterização

1 — A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 — A avaliação integral referida no número anterior é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

3 — A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

Artigo 28.º

Serviços

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;

- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

SECÇÃO IX

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Artigo 29.º

Caracterização

1 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.

2 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.

Artigo 30.º

Serviços

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura, sob a direcção de um médico, designadamente:

- a) A formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- b) A avaliação integral do doente;
- c) Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- d) A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- e) A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- f) A assessoria aos familiares e ou cuidadores.

CAPÍTULO V

Acesso à Rede, ingresso e mobilidade

Artigo 31.º

Acesso à Rede

São destinatários das unidades e equipas da Rede as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Idosas com critérios de fragilidade;

- d) Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Artigo 32.º

Ingresso na Rede

1 — O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorréncia de diagnóstico da situação de dependência.

2 — A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorréncia de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

3 — A admissão nas unidades de média duração e reabilitação é, ainda, determinada pela equipa coordenadora local.

4 — A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela equipa coordenadora local, na decorréncia de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado.

5 — A admissão nas unidades de cuidados paliativos e nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos é determinada por proposta médica.

6 — A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

7 — A admissão nas equipas de suporte em cuidados paliativos é feita sob proposta, preferencialmente, das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

8 — A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

9 — Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área.

Artigo 33.º

Mobilidade na Rede

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da alta, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede.

3 — A preparação da alta obriga que seja dado conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência.

CAPÍTULO VI

Organização

Artigo 34.º

Organização

1 — As unidades da Rede são criadas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, mediante proposta da coordenação nacional da Rede, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de dependência.

2 — As unidades e equipas da Rede devem articular com as unidades de tratamento da dor criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde.

3 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as unidades da Rede podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

4 — As unidades da Rede, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas.

Artigo 35.º

Instrumentos de utilização comum

1 — A gestão da Rede assenta num sistema de informação a criar por diploma próprio.

2 — É obrigatória a existência, em cada unidade ou serviço, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, de aplicação obrigatória nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia.

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da Rede.

Artigo 36.º

Entidades promotoras e gestoras

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

- b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- c) Entidades privadas com fins lucrativos;
- d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

Artigo 37.º

Obrigações das entidades promotoras e gestoras

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social, as constantes do modelo de contratualização a aprovar e, ainda, designadamente:

- a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas da Rede;
- b) Facultar, às equipas coordenadoras da Rede, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;
- c) Remeter à equipa coordenadora regional da Rede os mapas das pessoas em situação de dependência de forma anonimizada, por tipologia de resposta, o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;
- d) Comunicar à coordenação regional da Rede, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas em situação de dependência.

CAPÍTULO VII

Qualidade e avaliação

Artigo 38.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da Rede são fixados por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Artigo 39.º

Avaliação

As unidades e equipas da Rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da coordenação regional, nos termos a regulamentar por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

CAPÍTULO VIII

Recursos humanos

Artigo 40.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua.

2 — A prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica.

3 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar.

4 — As unidades e equipas da Rede podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX

Instalações e funcionamento

Artigo 41.º

Condições de instalação

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da Rede, bem como os relativos à construção de raiz e à remodelação e adaptação dos edifícios, são objecto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

Artigo 42.º

Condições de funcionamento

As condições e requisitos de funcionamento das unidades e equipas da Rede são objecto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

CAPÍTULO X

Fiscalização e licenciamento

Artigo 43.º

Fiscalização e licenciamento

O regime de fiscalização e licenciamento é estabelecido em diploma próprio.

Artigo 44.º

Publicidade dos actos

1 — Compete às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes actos:

- a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;
- b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da actividade da equipa.

2 — Em caso de encerramento de uma unidade ou fim de actividade de uma equipa, devem as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social promover a afixação de aviso, na porta principal de acesso à unidade ou à sede da equipa, que se mantém durante 30 dias, indicando a unidade ou equipa substitutiva.

Artigo 45.º

Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, ainda que detentores de alvará, serão progressivamente objecto de reconversão mediante prioridades estabelecidas, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

CAPÍTULO XI

Financiamento da Rede

Artigo 46.º

Financiamento

O financiamento das unidades e equipas da Rede depende das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Artigo 47.º

Modelo de financiamento

1 — Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

- a) As unidades de convalescença e de paliativos, as equipas de gestão de altas e as intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- b) As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos dois sectores em função da natureza dos cuidados prestados;
- c) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos a regulamentar, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade.

2 — O financiamento das diferentes unidades e equipas da Rede deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.

3 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do

apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

4 — A utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

CAPÍTULO XII

Disposições transitórias e finais

Artigo 48.º

Aplicação progressiva

1 — A Rede é implementada progressivamente e concretiza-se, no primeiro ano da entrada em vigor do presente decreto-lei, através de experiências piloto.

2 — A identificação e a caracterização das unidades que integram a Rede são definidas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Artigo 49.º

Norma transitória

O despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio, mantém-se em vigor no que se refere às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e domiciliário integrado, até à sua substituição nos termos do artigo anterior.

Artigo 50.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de Março;
- b) O Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro.

Artigo 51.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 16 de Março de 2006. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 22 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 24 de Maio de 2006.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Anexo 2

Índice de Barthel modificado por Granger et al., com 15 actividades e 3 níveis de pontuação

	Realiza, sem ajuda	Realiza, com ajuda	Não realiza
Índice de auto-cuidado			
Beber de um copo	4	0	0
Comer	6	0	0
Vestir-se da cintura para cima	5	3	0
Vestir-se da cintura para baixo	7	4	0
Colocar próteses ou dispositivos ortopédicos	0	- 2	0
Higiene pessoal	5	0	0
Lavar-se ou tomar banho	6	0	0
Controlo dos esfíncteres - urina	10	5	0
Controlo dos esfíncteres - fezes	10	5	0
Índice de mobilidade			
Sentar-se e levantar-se de uma cadeira	15	7	0
Utilização do WC	6	3	0
Entrar e sair da banheira ou duche	1	0	0
Andar 50 metros em plano	15	10	0
Subir e descer um lanço de escadas	10	5	0
Se não consegue andar, desloca-se em cadeira de rodas	5	0	0

Classificação:

Dependência Ligeira (61-99)

Dependência Moderada (41-60)

Dependência Severa (21-40)

Dependência Total (0-20)

Fonte: Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), Barcelona

Anexo 3

Reposicionamento da pontuação do Índice de Independência/ Dependência e correspondência à classificação do Índice de *Barthel* modificado por *Granger et al.*

Pontuação obtida através do somatório das questões do INS para a obtenção do Índice de Independência/ Dependência			Reposicionamento da pontuação do Índice de Independência/ Dependência e correspondência à classificação do Índice de <i>Barthel</i> modificado por <i>Granger et al.</i>				
Pontuação	Nº de Pessoas	%	Reposicionamento da pontuação	Classificação do Índice de <i>Barthel</i> modificado por <i>Granger et al.</i>		Nº de Pessoas	%
0	48.922	2,8	0,0	0 AOS 20	DEPENDÊNCIA TOTAL	102.423	5,9
6	235	0,0	8,1				
10	49.771	2,9	13,5				
15	3.495	0,2	20,3				
16	5.239	0,3	21,6	21 AOS 40	DEPENDÊNCIA SEVERA	16.279	0,9
20	2.486	0,1	27,0				
21	1.904	0,1	28,4				
25	2.270	0,1	33,8				
26	2.043	0,1	35,1				
27	1.214	0,1	36,5				
28	1.124	0,1	37,8				
31	12.112	0,7	41,9	41 AOS 60	DEPENDÊNCIA MODERADA	35.430	2,0
35	1.649	0,1	47,3				
36	8.217	0,5	48,6				
37	2.086	0,1	50,0				
41	848	0,0	55,4				
43	10.517	0,6	58,1	61 AOS 99	DEPENDÊNCIA LIGEIRA	186.978	10,8
46	184	0,0	62,2				
47	2.399	0,1	63,5				
49	11.686	0,7	66,2				
50	950	0,1	67,6				
53	9.461	0,5	71,6				
56	11.382	0,7	75,7				
58	20.453	1,2	78,4				
59	37.455	2,2	79,7				
62	1.479	0,1	83,8				
64	25.531	1,5	86,5				
68	65.998	3,8	91,9				
74	1.396.871	80,4	100,0	100	INDEPENDENTE NAS AVD	1.396.871	80,4
Total	1.737.981	100,0				1.737.981	100,0

Anexo 4

Rácios para o desenvolvimento da RNCCI, por tipologia de internamento

Considerando a prioridade de adequar a prestação quantitativa e qualitativa de cuidados continuados integrados às necessidades dos cidadãos, em termos de distribuição de unidades da RNCCI nas suas diferentes tipologias, tendo em conta os dados oficiais da população portuguesa e as evidências comprovadas em estudos internacionais sobre a matéria foram definidos os seguintes rácios para o desenvolvimento da Rede, nas tipologias de internamento:

Unidades de Internamento (n.º 2 do Art. 12.º do Dec-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho)	Rácios para o desenvolvimento da RNCCI
Unidade de Convalescença (UC)	1,4 camas / 1.000 habitantes com + 65 anos
Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	1,6 camas / 1.000 habitantes com + 65 anos
Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4 camas / 1.000 habitantes com + 65 anos
Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)	0,2 camas / 1.000 habitantes com + 65 anos

Fonte: PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI - Guia de adesão. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009b. (Versão de Setembro de 2009).

Anexo 5

Número de camas com carácter permanente por região, segundo a distribuição das sub-populações por cenário

	Hipóteses	Nº de camas por 1000 habitantes	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Estimativa da População 2013	–	–	637.149	406.404	721.590	133.775	89.759	1.988.677
%	–	–	32,0	20,4	36,3	6,7	4,5	100
Nº de Camas em ULDM previstas para 2013	–	4	2.549	1.626	2.886	535	359	7.955
Cenário 1	sub-população (%)		52,3	10,4	28,2	6,8	2,3	100
	5%	2,9	3.063	609	1.651	400	136	5.859
	2%	1,2	1.225	244	661	160	54	2.344
Cenário 2	sub-população (%)		53,4	8,2	33,0	3,8	1,6	100
	7%	2,3	2.424	372	1.498	173	73	4.540
	5%	1,6	1.732	266	1.070	123	52	3.243
Cenário 3	sub-população (%)		33,4	17,7	36,4	8,7	3,8	100
	7%	1,6	1.071	567	1.166	280	122	3.206
	5%	1,2	765	405	833	200	87	2.290
Cenário 4	sub-população (%)		43,8	7,3	43,2	4,3	1,4	100
	10%	1,5	1.323	221	1.303	129	42	3.018
	5%	0,8	662	111	651	64	21	1.509
Cenário 5	sub-população (%)		57,1	6,2	29,2	5,6	1,9	100
	7%	1,7	1.881	206	964	185	61	3.297
	5%	1,2	1.344	147	688	132	44	2.355
Cenário 6	sub-população (%)		48,0	5,5	42,2	4,3	0,0	100
	15%	1,5	1.415	161	1.244	126	0	2.946
	10%	1,0	944	107	829	84	0	1.964
Cenário 7	sub-população (%)		0,0	20,6	64,4	10,2	4,8	100
	15%	1,1	0	440	1.379	219	102	2.140
	10%	0,7	0	294	919	146	68	1.427
Cenário 8	sub-população (%)		0,0	15,4	79,8	4,8	0,0	100
	25%	0,9	0	268	1.389	83	0	1.741
	15%	0,5	0	161	834	50	0	1.044

Anexo 6

Planeamento do número de lugares de internamento para o quadriénio 2010/2013

Total Continental		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Estimativa da população com 65 ou mais anos em 2008		580.432	370.227	657.356	121.867	81.769	1.811.651
		32%	20%	36%	7%	5%	100%
Projecção da população com 65 ou mais anos em 2013		637.149	406.404	721.590	133.775	89.759	1.988.677
		32%	20%	36%	7%	5%	100%
Unidade de Convalescença	2009	219	142	134	37	50	582
	2013	732	461	791	149	107	2.231
Unidade de Média Duração e Reabilitação	2009	438	438	235	107	74	1.292
	2013	1.019	650	1.155	214	144	3.182
Unidade de Longa Duração e Manutenção	2009	583	624	351	203	183	1.944
	2013	2.549	1.626	2.886	535	359	7.955
Unidade de Cuidados Paliativos	2009	27	14	53	6	10	110
	2013	127	81	144	27	18	398
Total	2009	1.267	1.218	773	353	317	3.928
	2013	4.587	2.926	5.195	963	646	14.318

Fonte: PORTUGAL. MS. MTSS. UMCCI – Planeamento da implementação física da RNCCI no quadriénio 2010/2013. Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010a. (documento de trabalho)