

# **1 ACESSO**

## **1.1. CUIDADOS DE SAÚDE**

### **1.1.1. Mecanismos para garantir o acesso**

A Constituição da República Portuguesa, no Art.º 64 do Capítulo dos Direitos e Deveres, com a redacção dada pela sua 5ª revisão, de 2001, determina que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde, incumbindo ao Estado o dever correlativo de assegurar aquele direito através do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O SNS caracteriza-se, nos termos Constitucionais, por ser geral, universal e tendencialmente gratuito.

Para garantir o direito à saúde, o Estado:

- a) garante o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) garante a nacional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c) orienta a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- d) disciplina e fiscaliza as formas empresariais e privadas da medicina, por forma a assegurar nas instituições de saúde, públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e) disciplina e controla a produção, distribuição, comercialização e uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) estabelece políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

O SNS, que abrange todo o território nacional e todos os cidadãos, é gerido de forma descentralizada e participada, abrangendo todos os tipos de cuidados de saúde, os quais são pagos tendo em conta as condições económicas dos cidadãos.

A Lei de Bases da Saúde (Lei N.º 48/90, de 24 de Agosto) determina que:

- a) o Sistema de Saúde seja constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os

profissionais livres que acordam com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades;

- b) o SNS disponha de estatuto próprio;
- c) o SNS abranja todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.

A Lei de Bases da Saúde precisa as determinações da Constituição da República Portuguesa e confirma que o SNS se caracteriza por:

- a) ser universal quanto à população abrangida;
- b) prestar ou garantir que sejam prestados, de forma integrada, cuidados globais;
- c) ser tendencialmente gratuito para os cidadãos, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- d) garantir a equidade no acesso, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras assimetrias;
- e) ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Para além de todos os cidadãos portugueses, são beneficiários do SNS os:

- a) cidadãos nacionais de Estados Membros da União Europeia;
- b) apátridas residentes em Portugal;
- c) imigrantes com visto de residência;
- d) cidadãos estrangeiros residentes em Portugal em condições de reciprocidade.

O financiamento do SNS é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado.

O acesso às prestações do SNS está sujeito ao pagamento de Taxas Moderadoras, encontrando-se em vigor o regime aprovado pelo Decreto-Lei N.º 54/92 de 11 de Abril, cujos montantes a pagar estão fixados pela Portaria N.º 338/92 de 11 de Abril.

Nos termos do Art.º 2º do Decreto-Lei N.º 54/92, estão previstas situações de Isenção de Pagamento de Taxas Moderadoras, abrangendo:

- a) grávidas e parturientes;
- b) crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- c) beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes;
- d) beneficiários de subsídio mensal vitalício;
- e) pensionistas que recebam ou não pensão inferior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- f) desempregados inscritos nos centros de emprego, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;

- g) beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência, paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores;
- h) crianças e jovens privados de meio familiar normal, internados em lares;
- i) trabalhadores por conta de outrem, que percebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- j) pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%;
- k) doentes com cancro, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia, doença pulmonar crónica obstrutiva, diabetes; cirrose hepática com sintomatologia grave, hemofilia; artrite invalidante, espondilite anquilosante, dermatomiosite, esclerose múltipla, lúpus, paraplegia, miastenia grave, doença desmielinizante, doença do neurónio motor e doença de Parkinson;
- l) doentes com doença genética com manifestações clínicas graves;
- m) doentes com hepatite crónica activa;
- n) doentes seropositivos e com sida;
- o) doentes com tuberculose pulmonar e doença de Hansen;
- p) doentes com doença mental crónica;
- q) alcoólicos crónicos;
- r) toxicodependentes quando inseridos em programas de recuperação no âmbito dos serviços oficiais;
- s) dadores benévolos de sangue.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 11/93, que aprova o Estatuto do SNS, respondem pelos encargos das prestações de cuidados de saúde, além do Estado:

- a) os utentes não beneficiários e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- b) os subsistemas de saúde e instituições particulares de solidariedade social.

Com a publicação do Decreto-Lei N.º 118/92, de 25 de Julho, foi criado um regime especial de comparticipação de medicamentos que abrange, apenas, os titulares de pensão igual ou inferior ao salário mínimo nacional, os quais terão direito a uma comparticipação do Estado em 15% relativamente ao definido para o regime geral.

São, ainda, totalmente comparticipados pelo Estado os medicamentos prescritos a doentes com esofagite de refluxo, paramiloidose, lúpus, hemofilia, hemoglobinopatia,

fibrose quística, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, HIV, deficiência de hormona do crescimento e síndrome de Turner.

### **1.1.2. Avaliação**

Existem no País, a esta data, listas de espera para prestação de cuidados de saúde, existindo instrumentos disponíveis que permitem conhecer o número de pessoas em espera para cirurgia, por patologias, por hospitais e por tempo de espera. Está, no entanto, mal conhecida a lista de espera para a prestação de cuidados de saúde em ambulatório.

No que se refere a desigualdades no acesso à prestação de cuidados de saúde, há que referir que os equipamentos de tecnologia mais diferenciada nas áreas diagnóstica e terapêutica como, por exemplo, radioterapia, hemodinâmica, medicina nuclear e ressonância magnética, se encontram concentrados em Lisboa, Porto e Coimbra, as três cidades mais populosas do País, ocasionando desigualdade regional na acessibilidade a este tipo de recursos. O movimento de concentração de recursos humanos nos grandes centros e no litoral do País tende, também, a acentuar as assimetrias regionais, penalizando as populações de menores rendimentos residentes no interior, estando-se, neste momento, a desenvolver grandes esforços de descentralização.

Sendo os doentes crónicos e os portadores de incapacidades grandes utilizadores dos serviços de saúde, entre os quais se encontram pessoas idosas, nota-se que, face a esta realidade, existe, ainda, carência de serviços que respondam adequadamente às suas necessidades específicas, nomeadamente em cuidados domiciliários e em internamentos de média e longa duração. Por outro lado, a cooperação intersectorial não tem acompanhado suficientemente fenómenos como a urbanização, desertificação rural e envelhecimento demográfico, dificultando, assim, a acessibilidade aos cuidados, nomeadamente das pessoas idosas.

### **1.1.3. Desafios**

Consideram-se como principais desafios no que se refere a esta área:

- a) a necessidade de adequação das respostas dos serviços de saúde às actuais tendências demográficas e epidemiológicas, como a urbanização e consequente isolamento rural, o aumento da população idosa e a elevada prevalência de doenças crónicas e às alterações sociais, comportamentais e biológicas, como, por exemplo, o aumento do sedentarismo, as resistências aos antibióticos e outros medicamentos, o abuso de drogas, a violência civil e doméstica e as novas e reemergentes doenças transmissíveis;

- b) o combate às desigualdades no acesso dos utilizadores aos cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS;
- c) o combate ao aumento crescente das despesas da saúde, através da introdução controlada do princípio da concorrência, a par da manutenção do princípio da solidariedade;
- d) o desenvolvimento do modelo de contratualização com o sector social e privado, através de parceria com o Estado, para a prestação de cuidados de saúde e de cuidados prolongados de âmbito social.

#### **1.1.4. Mudanças políticas previstas**

Consideram-se como principais mudanças políticas previstas:

- a) a definição dos sectores de principal suporte dos grandes e pequenos riscos em termos de saúde e protecção social, delimitando as respectivas áreas de responsabilidade e de actuação para o SNS, sendo que o sector privado e sector social, poderão ser contratualizados ou convencionados com o Estado;
- b) o desenvolvimento progressivo do modelo de gestão empresarial nas unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, com respeito pela relação produção/qualidade;
- c) a reorientação dos centros de saúde para a prática da saúde comunitária e da promoção da saúde, através de um maior investimento na educação para saúde, saúde escolar, saúde oral, bem como na identificação e vigilância programada e periódica de portadores de risco acrescido, segundo planos, programas e prioridades definidas a nível nacional;
- d) a disponibilização de cuidados de saúde de âmbito generalista e familiar 24 sobre 24 horas, através de contratualização/convenção com os sectores social, privado e grupos de profissionais.

## **1.2. CUIDADOS PROLONGADOS**

### **1.2.1. Acesso aos cuidados prolongados**

As prestações do sistema de acção social, que englobam o âmbito dos cuidados prolongados de natureza social para pessoas idosas, traduzem-se por:

- a) prestações pecuniárias, de carácter eventual e em condições de excepionalidade;
- b) prestações em espécie;
- c) utilização da rede de serviços e equipamentos sociais das instituições particulares sem fins lucrativos, mediante uma comparticipação dos utentes ou

família em função do rendimento per capita. Esta rede é constituída pelo Estado, administração local e organizações particulares sem fins lucrativos, com as quais aquele celebrou protocolos e programas de cooperação;

A população idosa tem vindo a ser alvo de um significativo investimento Estatal ao nível de criação de respostas em cuidados prolongados de âmbito social.

A evolução das medidas políticas tem vindo a efectuar-se, sobretudo, através de respostas sociais que tentam privilegiar a permanência da pessoa idosa no meio familiar, tendo em conta as características específicas deste grupo etário. As medidas de política social relativas aos equipamentos e serviços enquadram-se, respectivamente, ao nível de programas de acção social do âmbito do sector da segurança social e ao nível de acções desenvolvidas no âmbito do sector da saúde.

### **1.2.2. Avaliação**

Dos equipamentos que prestam cuidados prolongados de âmbito social a pessoas idosas, no âmbito da segurança social, são os “centros de dia”<sup>1</sup>, os “lares”<sup>2</sup> (resposta com maior tradição), os “centros de convívio”<sup>3</sup> e os “serviços de apoio domiciliário”<sup>4</sup> (resposta actualmente com grande procura), aqueles que apresentam maior cobertura no Continente nacional. No ano 2000 foi criada, como nova resposta no âmbito dos cuidados prolongados de natureza social, o “centro de acolhimento temporário de emergência”, a qual, por ser recente, apresenta, ainda, uma baixa taxa de cobertura.

Através do Despacho Conjunto N.º 407/98 foram criadas respostas integradas em matéria de cuidados continuados (cuidados prolongados de âmbito social e cuidados de saúde), dirigidos à população em situação de dependência, onde frequentemente se englobam pessoas idosas, garantindo a articulação e intervenção integrada dos sectores da saúde e da acção social, nomeadamente os serviços de “apoio domiciliário integrado” (ADI) e as “unidades de apoio integrado” (UAI). Ambas as respostas, ainda com cobertura reduzida, registam sobreocupação, o que significa o reconhecimento da necessidade deste tipo de cuidados.

### **1.2.3. Desafios**

Colocam-se, actualmente, os seguintes desafios nesta área:

---

<sup>1</sup> Existiam no País, em 2000, 1542 Centros de Dia

<sup>2</sup> Existiam no País, em 2000, 1407 Lares

<sup>3</sup> Existiam no País, em 2000, 447 Centros de Convívio

<sup>4</sup> Existiam no País, em 2000, 1581 Serviços de Apoio Domiciliário

- a) necessidade de criar respostas integradas entre os sectores da saúde e social, quer em regime ambulatorio, quer no domicilio, quer em regime de internamento, por forma a colmatar o aumento exponencial do número de pessoas portadoras de doenças crónicas, com curso inexorável para a deficiência, para a desvantagem e para a incapacidade, entre as quais se inclui uma percentagem significativa de pessoas idosas, que apresentam necessidades acrescidas de apoio social sem redução da necessidade de cuidados de saúde;
- b) necessidade de contrariar, através de respostas e soluções eficazes, a actual ocupação de camas hospitalares, vocacionadas para doentes agudos, com doentes crónicos, os quais necessitam, antes, de cuidados de média e longa duração, não carecendo, portanto, da alta tecnologia diagnostica e terapêutica hospitalar;
- c) necessidade de promover e melhorar a prestação de cuidados de saúde e de apoio social integrados às pessoas idosas, centrados em equipas multidisciplinares, que possuam recursos humanos devidamente formados e centrem a sua actuação numa componente de reabilitação e de acompanhamento, através de cuidados de média e de longa duração, indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população em envelhecimento.

#### **1.2.4 Mudanças políticas previstas**

Prevê-se a implementação de um Plano Nacional de Cuidados Continuados Integrados<sup>5</sup>, que visa a criação e a organização de uma rede diversificada de respostas integradas em cuidados de média e de longa duração, por forma a responder às necessidades complexas de saúde e de apoio social de pessoas com problemas de perda de autonomia e/ou portadoras de doenças crónicas.

Este plano assentará numa estrutura constituída por uma rede nacional de respostas integradas entre o sector da saúde e o sector social, assim como por um conjunto de redes locais organizadas, preferencialmente no âmbito das áreas geográficas de influência hospitalar do SNS.

Estas redes locais prevêem a seguinte tipologia de respostas complementares, situadas entre o nível representado pelos hospitais de agudos e o nível representado

---

<sup>5</sup> A elaboração deste Plano encontra-se sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Segurança Social e do Trabalho e tem por base a Resolução do Conselho de Ministros N.º 59/2002

pelos centros de saúde e integram-se na criação de um nível intermédio, que satisfaça as necessidades gerais de um dado território geográfico do País:

- a) equipas móveis de “apoio domiciliário integrado” - que prestem cuidados 24 sobre 24 horas, nos sete dias da semana, de natureza médica, de enfermagem, de reabilitação e sociais;
- b) unidades de “apoio integrado transitório” - internamentos e áreas de dia de média duração, até trinta dias, para situações crónicas agudizadas que não requeiram elevada tecnologia hospitalar, devendo situar-se na órbita dos hospitais de agudos para rentabilização dos recursos diagnósticos e terapêuticos;
- c) unidades de “apoio integrado prolongado” - internamentos e áreas de dia de longa duração, em média até cento e oitenta dias, para situações crónicas incapacitantes que necessitem de reabilitação global visando a obtenção da máxima autonomia possível;
- d) unidades de “apoio integrado permanente” - internamentos de carácter permanente para pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes de manutenção impossíveis de realizar no domicílio.

A organização destas respostas assentará no princípio concorrencial e desenvolver-se-á com base nos princípios que informam o conceito da continuidade de cuidados, a consignar num Plano Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

## **2 QUALIDADE**

### **2.1. CUIDADOS DE SAÚDE**

#### **2.1.1. Normas**

O SNS dispõe de normas na área da qualidade, segundo a natureza ou abrangência dos cuidados, entre as quais se destacam, nomeadamente, orientações técnicas, circulares normativas, manuais de boas práticas, planos estratégicos e programas de intervenção.

Refere-se, a título de exemplo, as seguintes áreas normalizadas na área da saúde: saúde infantil e juvenil; saúde reprodutiva; planeamento familiar; gravidez; doenças transmissíveis; saúde oral em saúde materna e infantil; vacinação; tuberculose; dor; cancro; asma; doenças cardiovasculares; diabetes; fracturas do colo do fémur; úlceras de pressão e assistência médica de elevada especialização no estrangeiro.

Encontram-se, ainda, normalizados as visitas a doentes internados em hospitais e os direitos e deveres dos doentes.

### **2.1.2. Avaliação**

Os serviços de saúde desenvolvem a sua actividade com base em planos anuais, sujeitos a avaliação, existindo normas específicas que determinam a frequência, conteúdo e formato dos respectivos relatórios.

A avaliação da prestação dos cuidados é inferida a partir do alcance dos objectivos e metas dos planos e programas nacionais e regionais, de protocolos de actuação ou de normas existentes que fornecem padrões e critérios de avaliação.

Existe, ainda, um modelo específico de avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares de enfermagem.

### **2.1.3. Promover a melhoria da qualidade**

Como reforço da consciencialização de se prestar uma maior atenção ao cidadão, como utilizador dos cuidados de saúde, tem-se promovido o associativismo entre os doentes em geral e, em particular, entre os que integram grupos vulneráveis, de forma a veicular informação que os habilite e venha a capacitar para gerirem, de forma mais autónoma, o seu processo de doença. Esta estratégia tem mostrado resultados positivos no que se refere à sua adesão ao tratamento e autovigilância de doenças com curso controlável.

Através de um esforço de descentralização efectiva, que aproxime o sistema de saúde do cidadão, têm-se, igualmente, criado condições que levem progressivamente os doentes a terem um papel mais activo nas tomadas de decisão e no planeamento dos cuidados que lhes são prestados.

Têm-se criado, também, orientações de boas práticas profissionais, por áreas temáticas, com base em consensos científicos nacionais e internacionais e aval das respectivas sociedades científicas, de forma a normalizar actuações e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Com a definição de uma estratégia de saúde, procurou-se a definição de ganhos de saúde a obter nos principais problemas de saúde da população portuguesa.

Embora a evolução qualitativa do sistema de saúde se esteja a mostrar notória, o modelo de prestação de cuidados assenta ainda, essencialmente, numa prática patogénica.

Têm-se, no entanto, obtido ganhos concretos, nomeadamente na redução da incidência de doenças transmissíveis e na redução da mortalidade, mesmo em algumas doenças crónicas.

Os ganhos obtidos, por exemplo, na área da saúde materno-infantil, comprovam a efectividade de programas estratégicos de acção e sustentam a necessidade da sua replicação noutras áreas.

Têm-se, por outro lado, mostrado insuficientes os progressos verificados nas áreas onde predomina a influência de factores intrínsecos, como atitudes e comportamentos nocivos, condutas imprudentes e agressivas, como é o caso dos acidentes, em especial de viação e domésticos, das diversas formas de violência, da dependência de substâncias químicas e da infecção pelo HIV, o que obrigará à progressiva reorientação dos serviços de saúde para práticas baseadas em modelos qualitativos mais salutogénicos e comunitariocêntricos.

#### **2.1.4. Desafios**

Consideram-se como principais desafios nesta área:

- a) a implementação de ciclos de melhoria de qualidade;
- b) a melhoria dos sistemas de informação;
- c) a melhoria dos desempenhos profissionais;
- d) o aumento da produtividade;
- e) a racionalização dos custos.

#### **2.1.5. Mudanças Políticas Previstas**

Estão planeadas, ou já em curso, as seguintes medidas:

- a) maior participação dos operadores sociais e privados;
- b) maior acompanhamento e fiscalização e mais eficaz avaliação de resultados;
- c) aprofundamento das experiências inovadoras de gestão;
- d) maior valorização dos recursos humanos com base nas competências, na diferenciação técnica, na formação contínua e no estatuto dos profissionais.

## **2.2. CUIDADOS PROLONGADOS**

### **2.2.1. Normas**

Tendo em vista a garantia e promoção do bem-estar da população, com prioridade para as pessoas que, pelas suas características físicas, psicológicas ou sociais, se encontram em situação de especial vulnerabilidade ou com autonomia limitada, como é o caso de muitas das pessoas idosas, foi criado um quadro legal, no âmbito do sector social, que permite e fomenta as respostas de qualidade e inibe aquelas que não a possuam.

O Decreto-Lei N.º 133-A/97 de 30 de Maio, com as rectificações introduzidas pelo Despacho Normativo N.º 31/2000 de 21 de Junho e Decreto-Lei N.º 268/99 de 15 de Julho, define o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos onde sejam exercidas actividades de apoio social do âmbito da segurança social e onde se encontram incluídas as prestações de cuidados prolongados de natureza social a idosos.

A inspecção e fiscalização destes estabelecimentos é da responsabilidade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

O licenciamento destes estabelecimentos é titulado por alvará emitido pelos serviços da segurança social da área onde estes se localizam e obedece a um conjunto de requisitos pré-definidos.

Existe normalização do regime sancionatório, bem como de encerramento administrativo dos estabelecimentos que não se encontrem em condições de permitir a garantia de qualidade na prestação destes serviços.

Em respeito pelo princípio da participação das pessoas na defesa e aprofundamento dos seus direitos de cidadania, encontra-se normalizado o direito de reclamação por parte do utente e dos seus familiares. O cumprimento de tal princípio adquire importância acrescida nos locais onde o atendimento das pessoas tem uma natureza continuada e visa estratos mais vulneráveis da população, como é o caso das pessoas idosas.

Foram recentemente criados “centros de atendimento e formalidades”, através do Despacho Ministerial N.º 7837/2002 (2.ª Série), com o objectivo de facilitar os procedimentos inerentes à emissão de alvarás para “lares” para pessoas idosas, encerramento e adequação dos mesmos.

Para além das normas reguladoras, anteriormente mencionadas, existe um conjunto de diplomas e guiões técnicos para cada resposta social, que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento das instituições prestadoras de cuidados prolongados de natureza social, bem como os direitos e obrigações dos seus utilizadores.

### **2.2.2. Controlo e promoção da qualidade**

Pelo Despacho Conjunto N.º 410/2000 de 16 de Março, dos Ministros da Economia e do Trabalho e da Solidariedade, foi criado um plano nacional, intitulado Plano Avô, que visa promover a qualidade dos serviços prestados e a humanização do quotidiano dos “lares” e “residências” para pessoas idosas. Das diversas medidas desencadeadas por este plano, sublinha-se:

- a) a implementação da Norma ISO 9001:2000, que define padrões de qualidade para os “lares” para pessoas idosas;
- b) a avaliação diagnóstica das condições de instalação e das dinâmicas de funcionamentos destes “lares”;
- c) a análise da qualidade dos serviços prestados aos idosos residentes em “lares”;
- d) a implementação de um processo de certificação dos “lares”.

Têm, também, vindo a ser criados programas de apoio à melhoria da qualidade dos equipamentos e serviços destinados a pessoas idosas. Refere-se, nomeadamente, o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social, que visa financiar os estabelecimentos da rede lucrativa no melhoramento das suas infraestruturas e promover a formação dos seus recursos humanos e o Programa de Apoio Integrado a Idosos<sup>6</sup> que, para além dos projectos de natureza domiciliária e de apoio a pessoas idosas dependentes que tem financiado, tem promovido formação a um conjunto de prestadores formais, como ajudantes familiares e outros técnicos e prestadores informais, como familiares, vizinhos e voluntários, que, no seu quotidiano, prestam cuidados à população idosa. Do mesmo modo e cumprindo o princípio de que a formação de recursos humanos que prestam cuidados às pessoas idosas é uma condição fundamental para a oferta de serviços de qualidade, as ajudantes familiares têm sido alvo desde 1989, no âmbito da segurança social, de formação inicial e contínua de carácter teórico e prático.

---

<sup>6</sup> É um Programa interministerial que contempla um conjunto de projectos de desenvolvimento local (SAD - Serviços de Apoio Domiciliário, CAD - Centro de Apoio a Dependentes / Centro Pluridisciplinar de Recursos e FORHUM – Formação de Recursos Humanos) e de desenvolvimento central (Serviço de Tele-alarque, Saúde e Termalismo Sénior e Passes de Terceira Idade) que visam promover o bem estar e a qualidade de vida das pessoas idosas.

A implementação de um futuro plano nacional de cuidados continuados integrados, que preste cuidados prolongados de natureza social e cuidados de saúde, obrigará, também, a exigências de formação específica e contínua, cujos conteúdos curriculares e científicos serão normalizados pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional e pelas Direcções-Gerais da Saúde e da Segurança Social. Obrigará, ainda, à avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Esta avaliação, de natureza qualitativa, deverá assentar na implementação de um processo contínuo e sistemático de monitorização dos desempenhos face a critérios explícitos de boa prática. Ir-se-ão, assim, considerar duas áreas de avaliação:

- a) “área da gestão e funcionamento”, tendo por critérios: a referenciação; a acessibilidade; o esclarecimento do utente; a articulação das respostas e a divulgação e circulação da informação;
- b) “área das respostas”, tendo por critérios: o acolhimento do utente; os planos individuais de intervenção; o regulamento interno; o plano de actividades; a gestão dos recursos humanos; o conteúdo dos registos clínico e social e o cumprimento dos critérios de admissão e alta.

### **2.2.3. Desafios**

Os desafios que se apresentam com maior acuidade nesta área, são:

- a) a criação de um processo de monitorização contínua, que permita garantir a avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas idosas;
- b) a criação e manutenção de um sistema adequado de informação;
- c) a criação de um manual para a qualidade em cuidados de saúde e de apoio social a pessoas idosas, com enfoque nos processos de: liderança, estratégia; desenvolvimento de recursos humanos; gestão de recursos e de parcerias; gestão dos processos; satisfação dos clientes e dos colaboradores; desempenho global da organização e impacto na sociedade.

### **2.2.4. Mudanças políticas previstas**

As mudanças previstas no âmbito da prestação de cuidados prolongados de natureza social e de cuidados de saúde a pessoas idosas baseiam-se:

- a) na implementação de um plano nacional de cuidados continuados integrados, que cubra as necessidades, em todo o território nacional, em cuidados prolongados de natureza social e em cuidados de saúde (domiciliários e de internamento de média e longa duração);
- b) na contratualização da prestação deste tipo de cuidados com os sectores social e privado;
- c) no cumprimento de critérios de qualidade de funcionamento e de resultados, previamente estabelecidos, que condicionará a renovação da contratualização.

## **3 SUSTENTABILIDADE**

### **3.1. CUIDADOS DE SAÚDE**

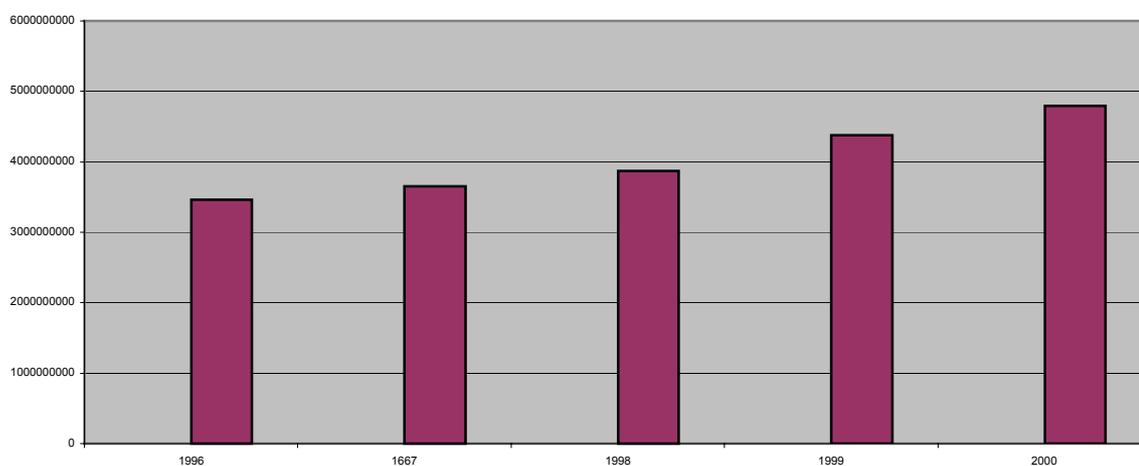
#### **3.1.1. Despesas e financiamento**

A despesa com o SNS tem crescido, nos últimos anos, à taxa média anual de cerca de 10%, cifrando-se, em 2000, em cerca de 4,7 biliões de Euros. Para este crescimento tem, seguramente, contribuído o aumento do número de doentes com patologia crónica, entre os quais se incluirão pessoas idosas, uma vez que se estima serem estas doenças e as suas consequências incapacitantes as principais responsáveis pelo consumo de grande parte dos recursos alocados aos sistemas de saúde e de segurança social.

Relacionando as despesa do SNS com a despesa total do Estado (sem investimento) e com o Produto Interno Bruto, verifica-se que as percentagens, na ordem anual de cerca de, respectivamente, 16,5% e 4,2%, se têm, praticamente, mantido inalteradas nos últimos anos. A contribuição das receitas próprias do SNS, baixou e tem vindo a decrescer nos últimos anos. Poderá contribuir para esta situação a crescente responsabilização do Estado na cobertura dos grandes riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde.

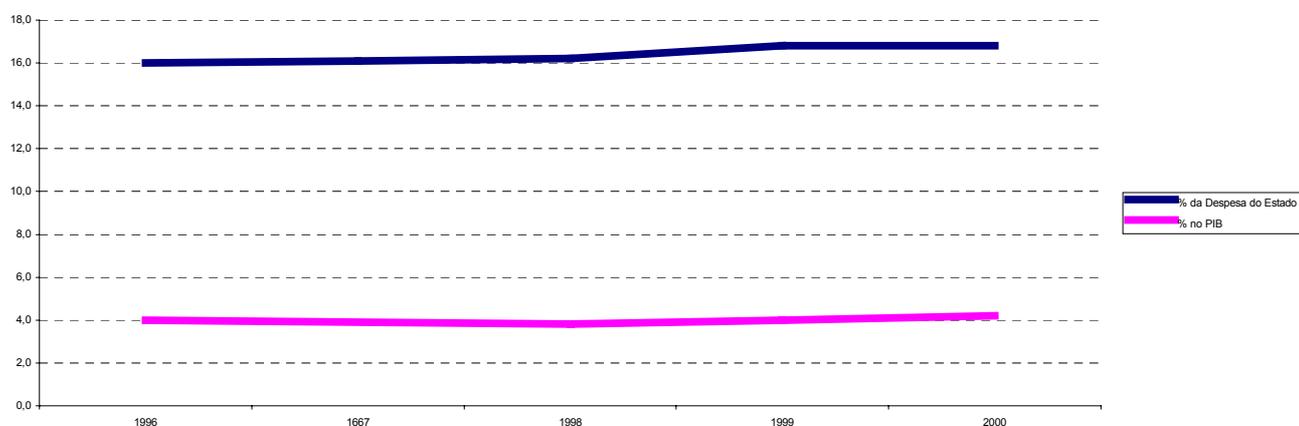
### 3.1.2. Tendências em matéria de despesas

**Figura V**  
**Evolução das despesas do SNS**  
**Unidade EUROS**



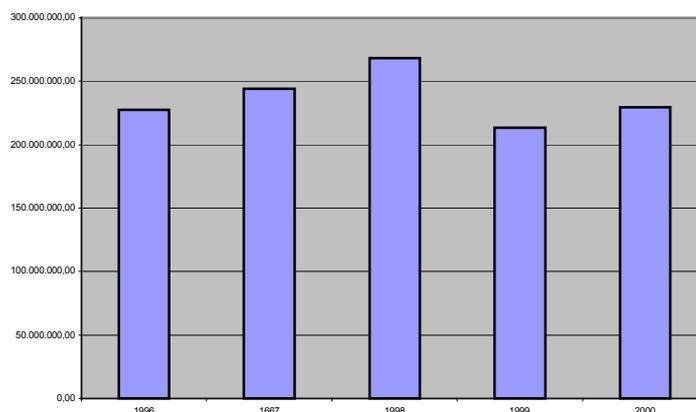
**Fonte:** Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

**Figura VI**  
**Evolução percentual das despesas do SNS**



**Fonte:** Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

**Figura VII**  
**Evolução das receitas próprias do SNS**  
**Unidade EUROS**



**Fonte:** Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

### **3.1.3. Mecanismos de controlo de custos**

A implementação de novos mecanismos de controlo de custos decorre da reestruturação dos sectores da saúde e da segurança social e implica, no sector da saúde, uma mudança organizacional e de gestão do SNS.

Está em curso o processo de alteração do modelo tradicional de gestão hospitalar para o modelo empresarial, o qual mantém os hospitais na esfera pública, embora geridos de forma privada. A aplicação deste modelo empresarial viabiliza o controlo efectivo de custos e obriga a uma nova regulamentação colectiva de trabalho, com incentivo dos profissionais, que flexibilize a remuneração de acordo com determinados tipos de tarefas.

Pretende-se, assim, atribuir recursos aos serviços em função da prestação efectiva dos cuidados de saúde prestados.

Está, igualmente, em curso a criação de preços de referência para os medicamentos, baseados no cruzamento, para cada substância activa, entre os preços praticados para as marcas, as cópias e os genéricos, com participação do Estado baseada nesses valores de referência.

### **3.1.4. Desafios**

Considera-se como principal desafio nesta área, a adequada reengenharia do SNS que assegure a sua sustentabilidade futura, melhorando a sua acessibilidade, equidade, efectividade e a eficiência.

### **3.1.5. Mudanças políticas previstas**

Considera-se como principais medidas políticas, nesta área:

- a) a implementação generalizada do princípio do financiamento dos serviços prestadores de cuidados de saúde de acordo com os resultados obtidos, em termos qualitativos e quantitativos;
- a) a criação de um plano nacional de cuidados continuados integrados;
- b) a criação de um plano nacional para a saúde das pessoas idosas, que defina estratégias de promoção de um envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, de intervenção em termos de adequação de cuidados de saúde a idosos e de melhoria das práticas profissionais de forma a obter-se impacto na relação qualidade/custos;
- c) a continuação da implementação de programas nacionais de prevenção e controlo das doenças crónicas mais prevalentes e mais incapacitantes.

## **3.2. CUIDADOS PROLONGADOS**

### **3.2.1. Despesas e financiamento**

Com o funcionamento das respostas integradas de cuidados prolongados de natureza social a pessoas em situação de dependência estima-se ter sido despendido no Orçamento do Estado do âmbito do então Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em 1999-2000, um valor aproximado de 1.592.502,07 euros. Foram igualmente despendidos 2.795.373,15 euros no investimento em projectos de adaptação e construção de unidades de apoio integrado (UAI) para pessoas em situação de dependência.

O financiamento específico dos cuidados prolongados de natureza social a pessoas em situação de dependência, nomeadamente a idosos, é exclusivamente sustentado pelo Orçamento do Estado do âmbito Ministério do Trabalho e da Segurança Social mediante a celebração de acordos de cooperação com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), numa óptica de co-responsabilização do Estado, IPSS e famílias.

No que respeita ao orçamento do sector da saúde não é possível contabilizar despesas ou estimar custos na prestação de cuidados a idosos, uma vez que estes se diluem na prestação geral de cuidados de saúde do SNS. De facto, quer a prestação de cuidados domiciliários, quer a prestação de cuidados em internamento hospitalar a pessoas idosas, não se encontra diferenciada sob o ponto de vista orçamental.

Salienta-se, no entanto, a escassez de respostas específicas em termos de cuidados prolongados de carácter domiciliário ou de internamento, os quais, quando existentes nalgumas zonas do País, decorrem dos centros de saúde e dos hospitais. Não se vislumbra, no entanto, a possibilidade do seu desenvolvimento se processar no contexto isolado do SNS, pela necessidade das suas instituições terem de responder a todo o tipo de solicitações e pelas limitações impostas pela legislação que regula não apenas estas instituições como as carreiras profissionais dos que nelas trabalham. Este facto obriga, como já referido, à criação de respostas específicas, integradas com outros sectores.

### **3.2.2. Mecanismos de controlo de custos**

As diferentes respostas em cuidados prolongados de natureza social a idosos têm custos diferentes e crescentes, consoante os cuidados são prestados em “centros de dia”, em “apoio domiciliário” ou em “lar”.

São elaborados, anualmente, planos de actividades na vertente de investimento e funcionamento de respostas sociais, a nível regional e local, baseados na identificação das necessidades sociais dos grupos mais vulneráveis da população, nomeadamente os idosos dependentes, através das redes sociais definidas na Resolução do Conselho de Ministros N.º 197/97 de 18 de Novembro.

Este planeamento obedece a critérios e prioridades de política sectorial e estratégica definidos pelo Governo e, uma vez consolidado, consubstancia-se na aprovação de orçamentos-programa anuais, que constituem transferências do Orçamento de Estado para o orçamento da segurança social.

Através do Despacho Conjunto N.º 407/98, dos Ministros da Saúde e da Segurança Social, foram criadas respostas integradas em matéria de cuidados continuados à população em situação de dependência, garantindo a articulação e intervenção integrada dos sectores da saúde e da acção social, com ganhos ao nível da complementaridade, evitando sobreposições e rentabilizando os recursos existentes. A inexistência de coresponsabilização financeira entre os sectores da saúde e da

segurança social, a insuficiência das comparticipações da segurança social face às despesas geradas pela prestação dos cuidados prolongados, a não contratualização de recursos humanos da área da saúde que supram as insuficiências do SNS, tem dificultado a prestação integrada dos cuidados e o efectivo funcionamento destas respostas, bem como a sua implementação e alargamento a todo o País.

### **3.2.3. Desafios**

Considera-se como principal desafio nesta área, a criação de respostas inovadoras, financiadas através de orçamento comum constituído pelo sector público (repartido entre os sectores da saúde, da segurança social e autárquico) e privado (seguradoras, empregadores, mecenato e famílias), assente na complementaridade entre o princípio solidário do Estado e o princípio concorrencial como gerador de qualidade e redução de custos.

Estas respostas visarão cobrir as necessidades dos utilizadores, entre os quais se encontrarão as pessoas idosas, em matéria de cuidados de natureza transitória, prolongada e permanente, em regime de internamento, ambulatório e no domicílio, com marcada vertente reabilitativa.

### **3.2.4. Mudanças políticas previstas**

As mudanças políticas previstas são baseadas nos seguintes princípios fundamentais, os quais abrangem a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas idosas:

- a) integração;
- b) solidariedade;
- c) equidade;
- d) acessibilidade;
- e) qualidade;
- f) dignidade dos utilizadores;
- g) dignidade dos profissionais;
- h) humanidade.

Estas mudanças radicam, essencialmente, na reestruturação do SNS e na reformulação da Lei de Bases da Segurança Social, obrigando, no que se refere ao sector da saúde:

- a) a recentrar os hospitais da rede pública na sua vocação diagnóstica e terapêutica de alta diferenciação técnica e tecnológica;
- b) a recentrar os centros de saúde na sua vocação de promoção da saúde, intervenção comunitária e prestação, 24 sobre 24 horas, de cuidados médicos de âmbito generalista;
- c) a criar serviços contratualizados ou convencionados com os sectores privado e social, destinados a situações crónicas agudizadas e situações de dependência que necessitam de recuperação ou manutenção prolongadas, no domicílio ou em internamentos de média e longa duração, enquadráveis num plano nacional de cuidados continuados.