

# **CUIDADOS CONTINUADOS DESAFIOS**

J.M. de Abreu Nogueira

Julho 2009



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. CUIDADOS CONTINUADOS E DEFINIÇÕES .....	4
3. DEMOGRAFIA, DEPENDÊNCIA E GASTO EM LTC .....	6
4. ESTRATÉGIAS E CONSTRANGIMENTOS EM PAÍSES EUROPEUS.....	9
5. EXPECTATIVAS E PREFERÊNCIAS DO CIDADÃO .....	12
6. RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS .....	16
7. BIBLIOGRAFIA .....	20

## 1. Introdução

Os sistemas de saúde, no seio de reformas que garantam acesso, qualidade e sustentabilidade, caminharam para uma pirâmide de base larga, onde se encontram respostas sediadas na comunidade, de proximidade.

Atendendo ao impacto do envelhecimento da população, à mudança do perfil de patologias, às situações de dependência e de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar e à mudança do perfil das famílias, verificam-se desafios, relativos a novas necessidades e na forma de prestação de cuidados.

O isolamento dos idosos e a ocorrência de factores como o crescimento de formas de organização familiar atípicas, cria novas formas de dependência que obrigam a encontrar novos tipos de organização dos cuidados de saúde e sociais, criando respostas intersectoriais, evoluindo para um modelo bio-psico-social, com abordagem holística do indivíduo, integrando tratar e cuidar.

Assim a saúde e apoio social iniciaram trabalho de forma articulada, para responderem à perda de autonomia, de forma a favorecer a permanência do cidadão na comunidade com a máxima qualidade de vida possível e bem-estar das famílias.

As novas respostas ocuparam o espaço entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, criando nos diferentes países, diferentes modelos de organização, mas com desafios comuns: acesso, qualidade e sustentabilidade.

O desenvolvimento deste tipo de respostas, desde há vários anos, a nível internacional, faria supor soluções consensuais em diferentes parâmetros de análise. Tal não acontece, nem mesmo com as definições subjacentes.

Os desafios comuns têm originado estratégias, estudos e relatórios a nível internacional, que constituem o objectivo deste documento.

A sua análise contribuirá para a reflexão sobre as soluções encontradas e desenvolvimento deste tipo de respostas em Portugal, não sendo, no entanto, este o objectivo do presente documento.

Para além dos conceitos, os desafios relacionados com acesso, qualidade e sustentabilidade, cruzam-se com preferências e expectativas do cidadão, que condicionam o desenvolvimento futuro destas respostas a nível de saúde e social.

Mas os recursos centrados no cidadão, nas famílias, nos cuidadores informais, na comunidade, as parcerias intersectoriais, o poder local e o Estado como garante, são factores estruturantes a nível internacional.

## 2. Cuidados Continuados e definições

Assim, a abordagem de “Cuidados Continuados” coloca questões de enquadramento e sua definição a nível internacional.

Na União Europeia, este tipo de respostas dos sistemas de saúde e sociais, estão no âmbito do Comité de Protecção Social e, chamados de “*Long-Term Care*” (LTC) – Cuidados de Longa Duração.

Aqui coloca-se a primeira questão de enquadramento, atendendo a que, embora assim chamados, englobam respostas que não são de longa duração.

Para a OCDE (*Long-Term Care for Older People 2005*), (*Long-term care in the European Union 2008*) “*Long-term care*” é uma gama de serviços para pessoas que estão dependentes de ajuda para AVD, devido a incapacidade física ou mental, que frequentemente está associada à prestação de serviços na área da saúde básicos, como tratamento de feridas, gestão da dor, medicação, monitorização de saúde, prevenção, reabilitação, cuidados paliativos. São fornecidos numa variedade de locais para os quais existe uma gama larga de soluções e definições, nos diferentes países.

Para a Comissão Europeia (*Long-term care in the European Union 2008*) “*Long-term care*” abrange uma gama de serviços de saúde e sociais, destinados a pessoas dependentes para actividades da vida diária (AVD), devido a doenças crónicas, incapacidade física ou mental. Existem diferentes divisões de responsabilidades, diferentes organizações de cuidados de saúde e sociais, bem como diferença nas fronteiras entre eles, resultando em grandes variações de serviços e organização de “*Long-term care*”, bem como o seu papel nos diferentes Estados Membros.

Para a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) (*Lessons for long-term care policy 2002*), “*Long-term care*” inclui actividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para auto-cuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores informais e formais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros, bem como voluntários. Nesta definição ficam de fora serviços abrangidos pelas definições anteriores dado que, para a OMS, “*Long-term care*” não inclui prevenção, tratamento de doença crónica ou reabilitação.

O conteúdo destas definições coloca questões, como a inclusão da reabilitação, que é excluída pela O.M.S, quando se fala de LTC.

Por outro lado, para a terminologia “*Intermediate Care*”, também não existe consenso em termos de definição.

No que diz respeito a “*Intermediate Care*”, o termo é usado de forma confusa e é aplicado em diferentes momentos sobre diferentes serviços, contextos ou papéis. Assim, diversos documentos referem que são serviços que visam facilitar a transição dos doentes da doença à recuperação, ou prevenir o seu

internamento numa instituição, quando se verifica uma situação de incapacidade crónica no domicílio, ou favorecer o bem-estar e conforto possíveis a pessoas com doenças terminais. Compreende uma gama de serviços que visa facilitar a transição do hospital para o domicílio e da dependência para a independência funcional. Os objectivos dos cuidados são sobretudo a reabilitação e a recuperação global da saúde. Estes serviços não necessitam dos recursos de um hospital de agudos e estão para além dos serviços tradicionalmente prestados pelas equipas de cuidados primários. Incluem “cuidados substitutivos” e “cuidados a pessoas com necessidades complexas”. (Carpenter, I et al (2002,) Department of Health (2001a), Department of Health (2002b), Medical aspects of intermediate care Report of a Working Party (2002), Melis, R. J. F. et al. (2004), Plochg, T. et al. (2005), Young, J.B. et al. (2005))

A pesquisa através do Medical subject heading (MeSH), dá como definição - As instituições que prestam *intermediate care* são instituições que prestam cuidados de saúde e serviços a indivíduos que não requerem o tipo de cuidados prestados nos hospitais ou em “*skilled nursing institutions*” mas que, de pela sua condição física ou mental requerem cuidados e serviços para além dos hoteleiros.

Esta sobreposição de respostas, em contexto de diferentes terminologias, levou a que diversos autores (por exemplo Chan and Kenny 2002), reconhecendo que não existe uma definição universal aceite para “*long-term care*”, sugerissem nova terminologia.

Assim o termo tem sido revisto, para introduzir um novo conceito de “*continuing care*”, que enquadra uma perspectiva global, relativa a todos os aspectos relacionados com serviços de sistemas de Saúde e Sociais. Os componentes principais, incluem cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário. Varia o tipo de serviços em cada um dos componentes e o mix entre eles.

O desenvolvimento internacional deste tipo de cuidados, independentemente da terminologia utilizada, assenta em primeiro lugar em respostas mais adequadas às necessidades, mas também 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. Por outro lado tem como objectivo, aumentar a capacidade da intervenção dos serviços de Saúde e Apoio Social ao nível, nomeadamente, da reabilitação integral e promoção da autonomia.

### 3. Demografia, dependência e gasto em LTC

Quando se analisam os gastos em saúde e LTC, as suas condicionantes são diferentes (figura 1), e evidencia-se que são as questões demográficas que mais condicionam os custos em LTC. (*Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? 2006*)

A alteração da **estrutura populacional** é um factor de pressão a nível dos sistemas de Segurança Social.

A **dependência** condiciona os gastos em cuidados continuados (LTC).

Em termos de **estrutura populacional**, estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050 e que entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará (de 16,9% da população para 31,9%). (*Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001*)

Em 2050, Portugal será o 4º país dos 25 da EU com maior percentagem de idosos, só ultrapassado pela Espanha (35,6%), pela Itália (35,3%) e pela Grécia (32,5%). (*Eurostat. Key data on health 2000*)

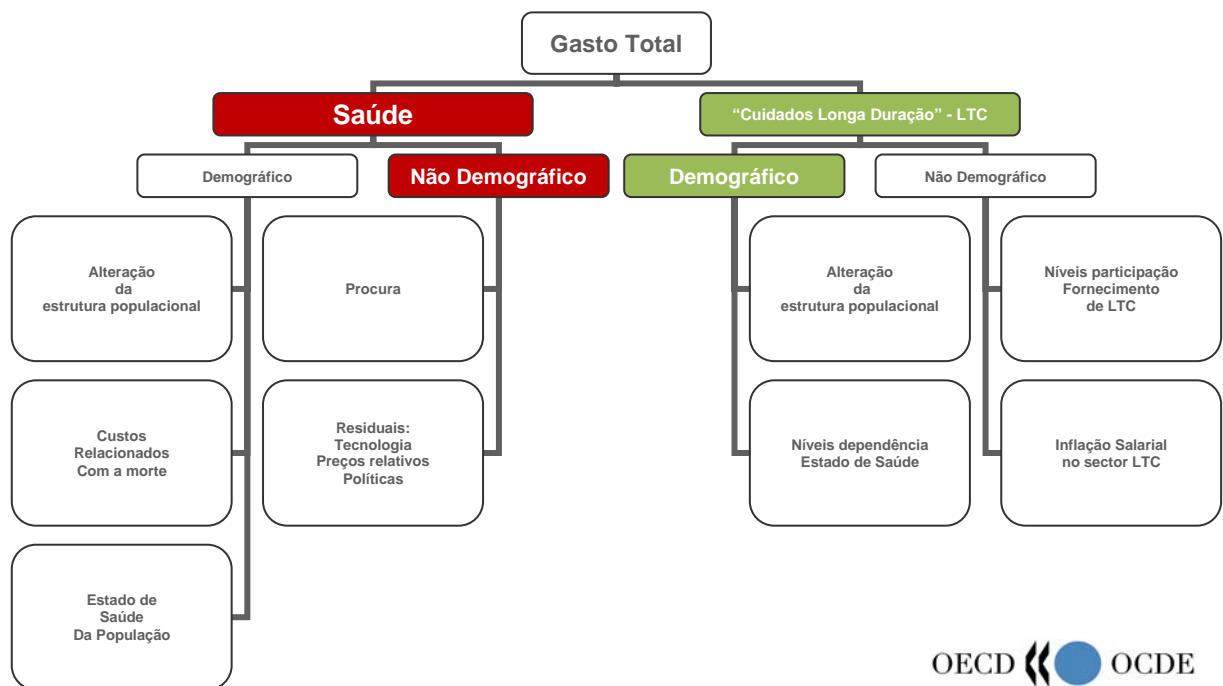


Figura 1

Em relação à **dependência**, através do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005 2006, verifica-se que, "a população residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada, ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de

*longa duração de grau 1 e/ou grau 2”, tem uma expressão significativa (quadro 1), representando um acréscimo de cerca de 35%, em relação ao último inquérito realizado em 1999. (Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2009))*

*(NOTA: O âmbito populacional do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 é o dos residentes em unidades de alojamento familiares no País à data da realização das entrevistas, incluindo os estrangeiros. Na análise das pessoas com incapacidade não estão os residentes em alojamentos colectivos)*

<b>Portugal</b>	<b>População</b>	<b>%</b>
<b>População residente Continente</b>	9.960.115	
<b>População acamada temporária</b>	1.239.836	12,45%
<b>População que não referiu qualquer incapacidade</b>	6.875.692	69,03%
<b>População sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar</b>	<b>279.595</b>	<b>2,81%</b>
<b>Incapacidade física de longa duração – “sozinho mas com dificuldade”</b>	<b>1.797.666</b>	<b>18,05%</b>
<b>Incapacidade física de longa duração - “só com ajuda”</b>	<b>357.782</b>	<b>3,59%</b>

Quadro 1

Assim o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005 2006, mostra que 18,05% tem incapacidade física de longa duração – “sozinho mas com dificuldade”, a que se somam 2,81% com incapacidade física de longa duração - “só com ajuda”, num total de 21,94%. A população que não referiu qualquer incapacidade é de 69,03%.

Quando comparado com os dados da eurobarometer, a % sem limitações é de 80% e com limitações de 19% (4% com limitações severas e 15% com alguma limitação), dados estes de Junho de 2007 (referentes a pergunta “To what extent, if at all, have you been limited, for at least the past six months, in activities people normally do, because of a physical or mental health condition?”). A média europeia é de 23%. O universo de inqueritos em Portugal foi de 1002.

A nível europeu, os idosos têm limitações nas suas actividades devido a problemas físicos ou de saúde mental. Dos respondentes, com 85 e mais anos só 25% não tinham limitações nas suas actividades, pelo menos nos últimos 6 meses. (Health and long-term care in the European Union 2007)

Um dos principais problemas a nível internacional é a Sustentabilidade dos serviços de saúde e sociais. Ora as condicionantes citadas e atrás referidas, sugerem que em Portugal o cenário seja de pressão de gastos, com previsão de aumento de despesas.

Se atendermos às projecções da OCDE em matéria de saúde e LTC, conforme se verifica na figura 2, a expectativa de crescimento da despesa, em cenário de pressão, é de cerca de 6% PIB, situação sobreponível em muitos países. (Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? 2006)

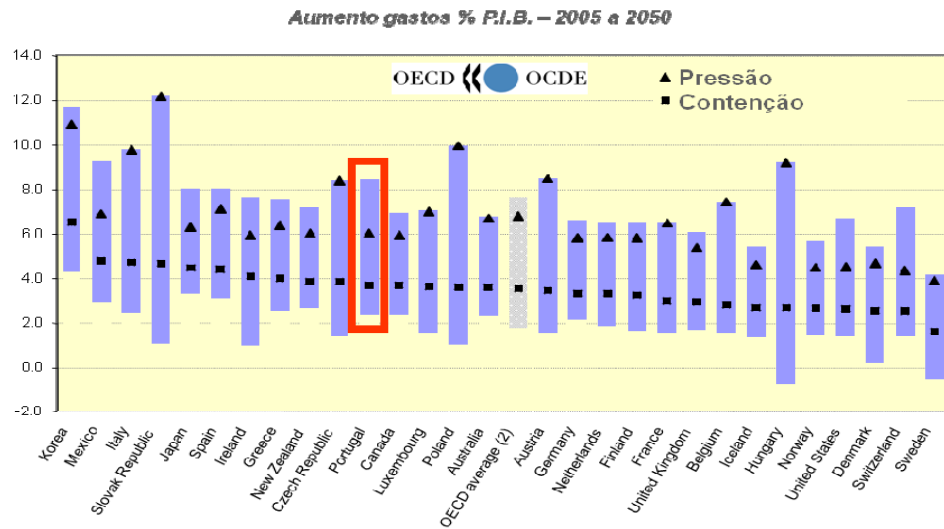


Figura 2

Quando se analisa o “gasto em cuidados continuados, ajustado por dependente, em % do PIB per capita” (Figura 3), verifica-se que a Suécia e a Dinamarca, nos grupos etários acima dos 85 anos ultrapassam já os 100%. A Finlândia situa-se nos 70% e outros países como os casos da França e Áustria rondam os 30%. Acima dos 85 anos de idade é quando os valores de gasto em PIB per capita são maiores. (Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? 2006)

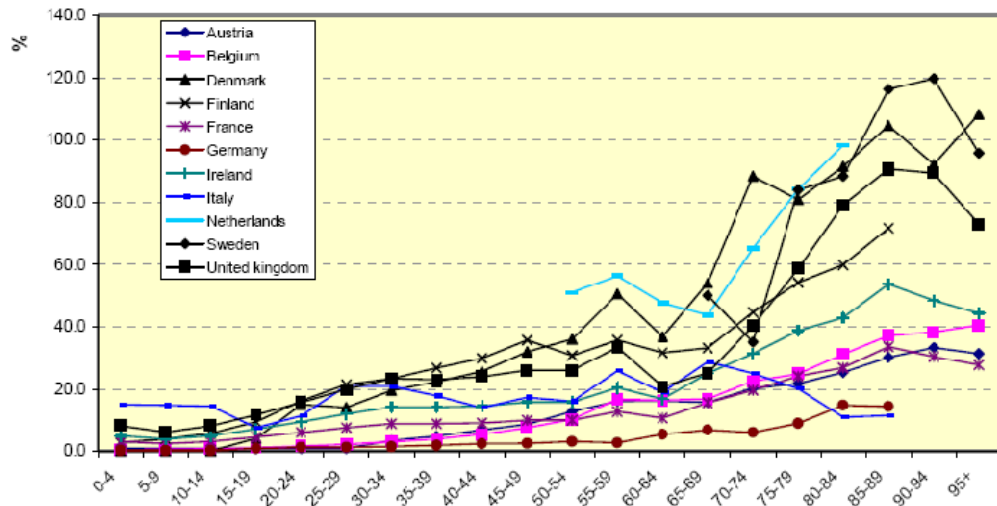


Figura 3

O gasto público em LTC, em % do PIB per capita no grupo etário dos 85 aos 89 anos é de cerca de 15% para a Áustria e França, 35% na Finlândia, 45% na Dinamarca e cerca de 50% na Suécia.



## 4. Estratégias e constrangimentos em Países Europeus

A análise das estratégias e constrangimentos, tem interesse ser feita baseada nos gastos per capita atrás referidos, nos diferentes países citados, para se evidenciar quais as medidas adoptadas para os próximos anos em LTC, em cada um deles e sendo países com LTC implementados há vários anos, verificar-se que têm ainda aspectos significativos com necessidade de reorganização.

Assim, dos casos atrás citados com gasto em cuidados continuados, ajustado por dependente, em % do PIB per capita cerca dos 30%, nos grupos etários acima dos 85 anos (França e Áustria), a Áustria (*Austrian report on strategies for social protection and social inclusion 2008-2010*), vai implementar um grupo de trabalho – “*Reorganization of long-term care provision*” – no sentido de promover melhoria de acesso, qualidade e sustentabilidade.

Consideram que têm desafios relacionados com questões demográficas e envelhecimento, com sustentabilidade financeira para provisão de cuidados continuados (LTC), bem como a necessidade de maior suporte a cuidadores. Neste âmbito vão promover projectos-piloto para estudo e melhoria da situação dos cuidadores familiares.

Reconhecem que existem disparidades regionais e que a provisão actual não satisfaz a procura.

A atenção no futuro à interface entre o Sistema de Saúde e Social para promover o desenvolvimento de cuidados integrados e para facilitar a coordenação entre serviços de Saúde e Sociais é uma das actuais preocupações estando a ser considerada a criação de “regiões administrativas” de serviços de Saúde e Sociais.

A França (*Rapport sur les stratégies nationales pour la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010*) refere que em relação ao acesso, a questão principal é o ajustamento de lugares em respostas de Long term Care em função das tendências demográficas. Têm como necessidades estimadas cerca de 5 000 novos lugares por ano.

Referem também que existem desigualdades no fornecimento de serviços a nível local.

Em França cerca de 80% das pessoas em LTC, pagam do seu bolso (out of pocket) mais do que o seu rendimento pessoal.

A compensação em vigor, é maior para incapacidade dos 0-59 do que para a incapacidade dos idosos.

No que diz respeito à sustentabilidade, as estratégias a implementar incluem a hipótese de transferência de despesas do ambulatório e hospital para LTC, bem como realocar verbas de programas familiares em curso.

Irão implementar reformas organizacionais, caso da criação em 2010, de agências regionais para permitirem uma melhor integração de cuidados e menor peso financeiro.

No caso da Suécia (*Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008-2010*), 1 dos 2 países com gasto em cuidados continuados, ajustado por dependente (acima

dos 85 anos), em % do PIB per capita cerca dos 100% ou acima, refere que a sustentabilidade a longo prazo é uma tarefa chave para a sociedade, existindo desafios a gerir, como a demografia, os valores e expectativas, e as relações entre os esforços a nível público e os das famílias.

As áreas prioritárias de intervenção referidas são: melhoria no acesso, cuidados para a demência, reabilitação, prevenção, área social, com reforço de verbas. Atendendo a que as contribuições dos familiares são um factor essencial na permanência do indivíduo idoso no seu domicílio, consideram o suporte dos familiares uma prioridade, com alocação de verbas para o efeito.

A Dinamarca (*Denmark National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008-2010*) refere que o objectivo e ambição é assegurar que o sector público seja parte integrante da inovação, desenvolvimento e competitividade nos próximos anos. Um desafio central para a Dinamarca e outros países europeus, é o de que os idosos e outros cidadãos com redução da funcionalidade, com necessidades de cuidados, estão a aumentar, enquanto o número de cidadãos em idade laboral estão a diminuir, a par das expectativas de receberem cuidados de alta qualidade e cuidados domiciliários. É necessário criar condições para responder a este desafio.

Os objectivos para os próximos anos são: acesso a cuidados que não origine pobreza e dependência financeira; qualidade com standards internacionais, com mais responsabilidade de quem fornece e recebe cuidados; cuidados adequados sustentáveis, através da utilização racional dos recursos que inclui coordenação de entidades públicas e privadas.

Referem que a sustentabilidade e a qualidade dependem também da adopção de estilo de vida activo bem como de pessoal qualificado no sector de cuidados.

No caso da Finlândia (*National Strategy Report on Social Protection and Social Inclusion 2008-2010*) é referido que as assimetrias regionais na disponibilidade e qualidade dos serviços, coloca desafios a nível político, e que é importante o estabelecimento de parcerias entre o sector público, o terceiro sector e o privado.

Os serviços para idosos vão ser alvo de reforma com o objectivo claro de desenvolver cuidados domiciliários e serviços que apoiem esses cuidados.

Irá ser melhorada a integração de cuidados a nível de saúde e social, e os benefícios para apoio à prestação de cuidados informais

A aposta será centrada na melhoria do acesso, na substituição de cuidadores e avaliando o potencial da criação de sistema de descanso de cuidador, desenvolvendo assim o suporte à prestação de cuidados informais.

Reconhecem que existem cidadãos com incapacidade que actualmente estão fora do fornecimento de serviços ou recebem poucas horas de apoio, atendendo às suas necessidades.

As medidas enunciadas atestam a necessidade de melhorias a serem introduzidas, bem como a existência de diferentes estratégias. Esta heterogeneidade é reflectida num estudo efectuado pela *AARP Public Policy Institute*, referindo que os países europeus têm formas diferentes na partilha de responsabilidade a nível público e privado, por exemplo no financiamento

público do risco e na responsabilidade privada da comparticipação das despesas.

Todos os países europeus estão a tentar encontrar formas de conter a subida de gastos em cuidados continuados (LTC). Os instrumentos e medidas utilizados para controlar os custos incluem cortes orçamentais, aumento das listas de espera, elegibilidade só dos que têm incapacidades mais severas, entre outras.

As percentagens de cuidados institucionais e de cuidados domiciliários variam consideravelmente. Os cuidados informais continuam a ser de maior dimensão que os cuidados formais.

Os dados mostram que os cuidadores informais necessitam de suporte, podendo ser de vários tipos: informação e treino, avaliação das necessidades do cuidador, serviços de descanso do cuidador, benefícios fiscais, pagamento directo aos cuidadores.

Embora exista um compromisso forte de financiamento público, alguns países estão a encorajar uma maior competição e envolvimento do sector privado no fornecimento de cuidados.

A nível do financiamento, um número crescente de países está a fornecer cobertura universal de cuidados continuados (LTC). O seguro para cuidados continuados (LTC) é raro. *(Gibson, M.J. 2006).*

Embora com o desafio da sustentabilidade, conforme visto, na generalidade, os países estão a alocar financiamento a esta área.

Tendo em linha de conta as recomendações da Comissão Europeia em 2009, que refere que os investimentos de carácter social e infra-estruturas de saúde (que inclui LTC) têm como objectivo impulsionar o sector da construção e gerar postos de trabalho, melhorando simultaneamente o acesso a vários serviços sociais, *(First joint assessment by the Social Protection Committee and the European Commission of the social impact of the economic crisis and of policy responses 2009)*, criam-se condições para alocação adicional de recursos.

## 5. Expectativas e preferências do cidadão

A identificação de expectativas e preferências do cidadão são factores importantes na adequação de respostas, mas a análise pode permitir também verificar se têm uma visão correcta de determinados contextos.

Num estudo da Eurobarometer (*Health and long-term care in the European Union 2007*), na questão colocada sobre que preferências tinham sobre o tipo de assistência a fornecer, se estivesse dependente e tivesse necessidade de ajuda regular (*Expected and preferred way of getting assistance if one becomes dependent and needs regular help and long-term care*), as respostas da média europeia e de Portugal encontram-se na figura 4.

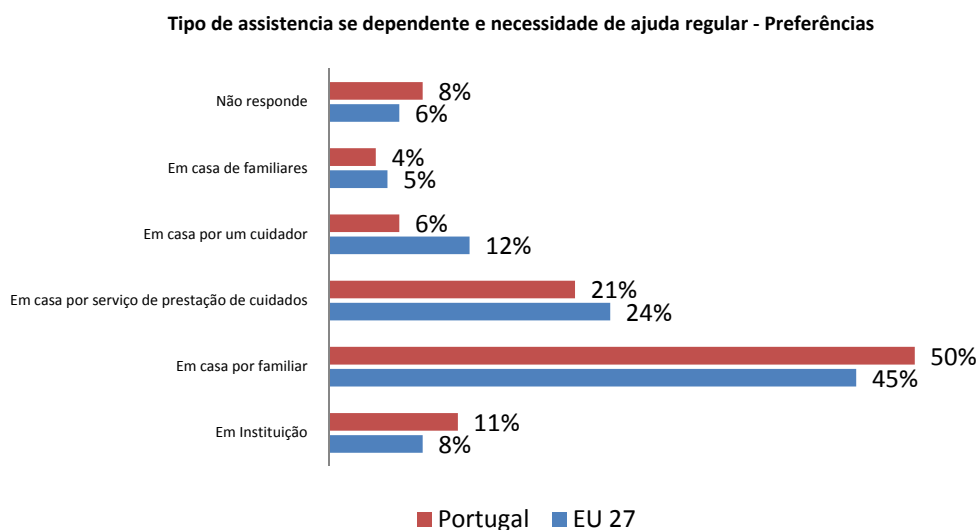


Figura 4

Verifica-se que há 11% dos portugueses que preferem institucionalização, significando que há mais 37,5% dos Portugueses a preferirem esta solução, em relação à média europeia.

Agregando as respostas referentes à preferência “em casa” verifica-se que, embora com uma percentagem menor que a média europeia, no entanto as preferências para ser cuidado em casa, situam-se acima dos 80% (figura 5). O desenvolvimento de respostas no domicílio, para além de serem estratégia internacional é a que responde também às preferências dos cidadãos.



Figura 5

Em relação à pergunta “Se tiver necessidade de ajuda regular e cuidados de longa duração que necessitem de pagamento, quem pensa que financiará estas necessidades?” (*If you were to need regular help and long-term care that would require payment, who do you think will finance this?*), os resultados médios da Europa comparativamente com Portugal encontram-se na figura 6.

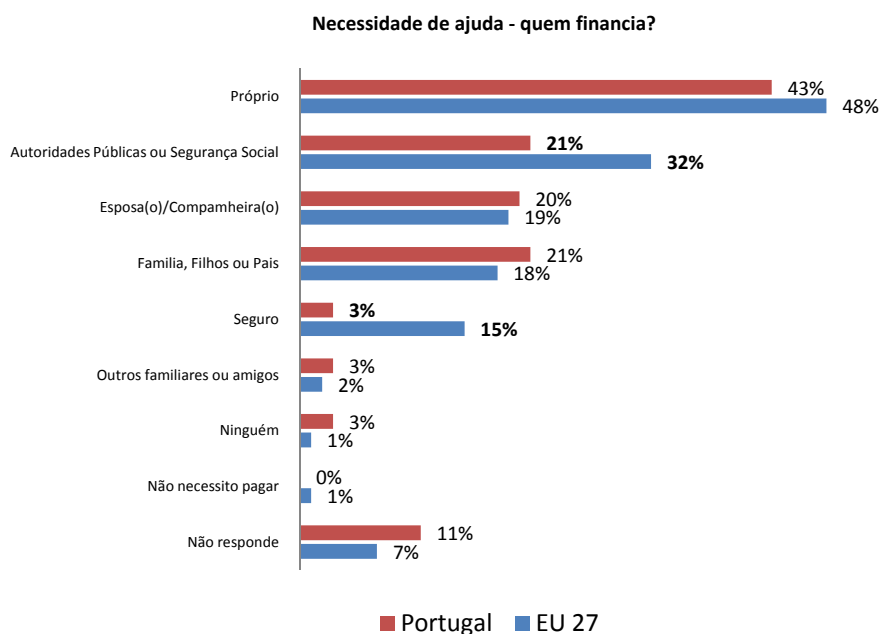


Figura 6

Em relação ao financiamento por seguro a crença dos Portugueses a este tipo de financiamento é inferior em 80%, em relação à média europeia.

No que diz respeito ao financiamento ser público ou da Segurança Social, Portugal coloca-se em 19º lugar na Europa dos 27, com 21% dos Portugueses a crerem nesta solução, sendo os cidadãos Dinamarqueses que mais confiam nesta solução liderando com 73%.

Em relação aos resultados dos países citados no capítulo anterior, a comparação com Portugal, neste item, encontra-se na figura 7.

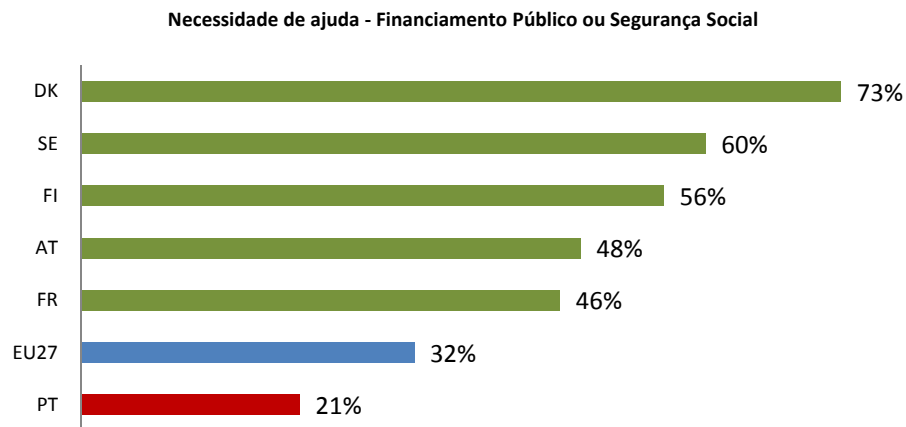


Figura 7

Nesta matéria as respostas dos Portugueses é 34,38% menor que a média europeia. O valor de decréscimo percentual, dos cidadãos Portugueses em relação aos países citados, sobre se tendo necessidade de ajuda, acreditem ser por financiamento público ou através da Segurança Social, encontra-se na figura 8, mostrando a falta de confiança dos Portugueses.

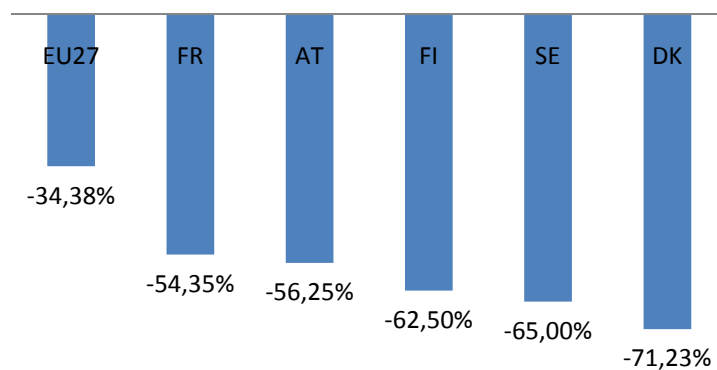


Figura 8

Embora com origem em diferentes documentos, e para os dados analisados, se compararmos a “% de cidadãos que confia no financiamento público ou da segurança social, se tiverem necessidade de ajuda regular e cuidados de longa duração que necessitem de pagamento”, com o “gasto em cuidados continuados, ajustado por dependente, em % do PIB per capita”, verifica-se que, para esses países, existe maior % de expectativa de financiamento público ou de segurança social, quanto maior é já o gasto per capita. (figura 9)

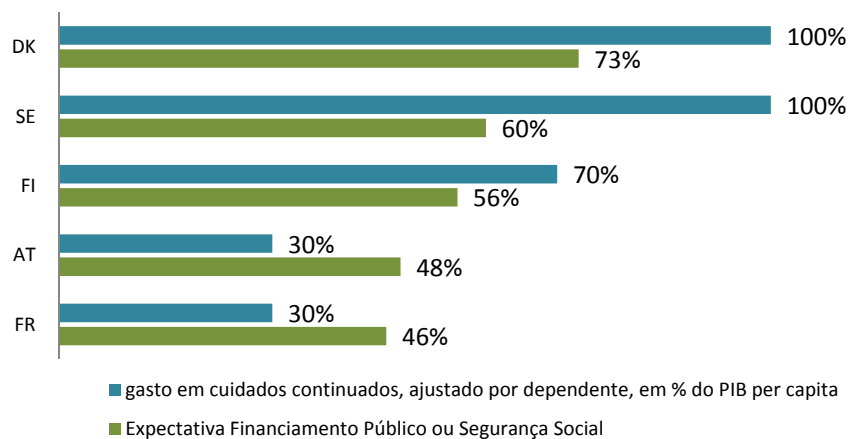


Figura 9

A Eurobarometer, num outro estudo (*Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years' time 2008*), no que diz respeito a cuidados a idosos e pessoas doentes, perante a afirmação “O peso de cuidar idosos e pessoas doentes deve assentar mais na sociedade como um todo, do que nas famílias” (*The weight of caring for elderly and sick people should rest more on the society as a whole than on individual families*), os resultados globais, para os países citados, de concordo totalmente e concordo variam entre 74% e 92%. Os concordo totalmente apresentam resultados disparem variando entre 21%/22% para a Dinamarca e Portugal, e 47% na Finlândia. A média europeia é de 32%. (Figura 10).

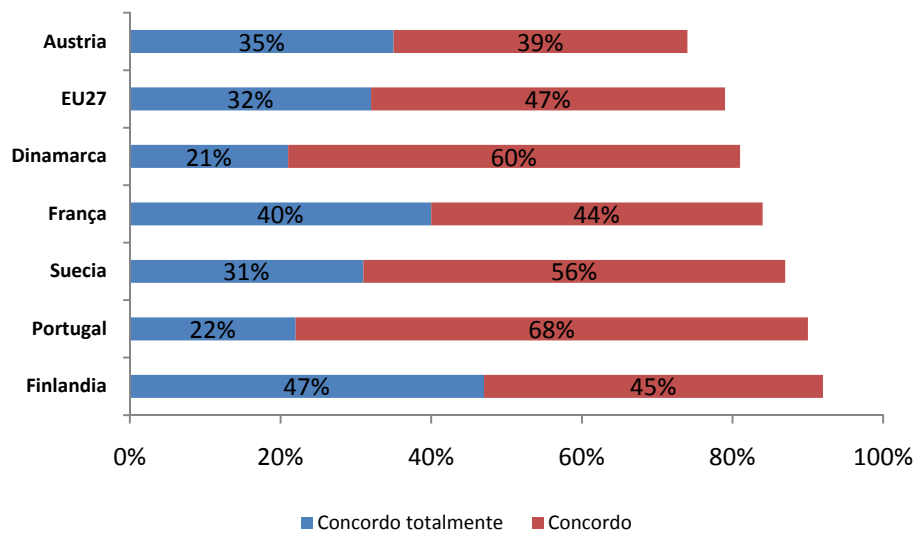


Figura 10

## 6. Recomendações internacionais

O desenvolvimento de Cuidados Continuados (LTC) na Europa, conforme anteriormente referido, apresenta diferentes divisões de responsabilidades, diferentes organizações de cuidados de saúde e sociais, bem como diferença nas fronteiras entre eles, resultando em grandes variações de serviços e organização, bem como o seu papel nos diferentes Estados Membros.

Aliás essas diferenças têm repercussões, por exemplo, em como produzir análises comparativas entre países que têm diferentes padrões de cuidados continuados (LTC), que têm diferentes dados e modelos de projecção ou como desenvolver um conjunto de cenários base comuns, sobre as tendências dos factores que geram procura nesta área. Outro desafio é extrair implicações dessas projecções, para política de cuidados continuados (LTC) relevantes para os Estados-Membros. Mas há uma implicação importante: é que tem de se reconhecer que existe um amplo grau de incerteza acerca do volume e do tipo de procura futura de serviços de LTC. (Costa-Font, J et al, 2008), (Comas-Herrera, A., et al, 2003)

Assim, no sentido de alguma harmonização, existem recomendações e problemas a resolver expressos em diferentes documentos.

No *European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease* (Cruz-Jentoft AJ et al, 2008) refere-se que deve ser desenvolvida uma gama completa de serviços de alta qualidade para idosos, que inclui cuidados de saúde de internamento, ambulatório e apoio domiciliário, com sustentabilidade financeira e acessíveis para todos os que deles necessitem.

Que deve existir avaliação, para determinar necessidades de cuidados, de forma a possibilitar recuperação que permita viver em ambiente de menor complexidade. Esta avaliação de necessidades deve dar lugar a investigação, tratamento e suporte, usando um modelo bio-psico-socio-espíritual.

Deve ser implementado um sistema de garantia de qualidade de cuidados em LTC para proteger de discriminação, marginalização e má prática.

Os cuidadores informais devem ter apoio emocional, social, e acesso a serviços de suporte.

No documento *Health systems and long-term care for older people in Europe* (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna 2008) refere-se a existência de Projecto – Modelo Europeu de “estado da arte” - para analisar a provisão de LTC. Que o aumento de necessidade de LTC necessita de abordagens holísticas e inclusivas que integrem o papel de diferentes programas públicos, sectores da sociedade e iniciativas privadas.

Que se devem identificar ferramentas para medição e suporte de progresso baseadas na evidência; que se devem identificar, reconhecer e estabelecer boas práticas que permitam informação para políticas e práticas,



nomeadamente na avaliação e monitorização da qualidade de cuidados, na reabilitação, suporte a cuidadores informais, governação e questões financeiras.

Que embora exista investigação sobre determinados aspectos de serviços de saúde e sociais, os conceitos, indicadores, e modelos para comparação internacional e para a identificação de boas práticas entre os diferentes países, está ainda na infância. Esta situação é particularmente importante no que diz respeito à prevenção e reabilitação em LTC, a qualidade de serviços, a monitorização de governação e financeira, e ao papel específico dos cuidados informais.

Colocam questões como é que os LTC podem ser descritos e analisados, tendo em conta o contributo major da família e cuidadores informais? Como é que os benefícios de sistemas integrados de LTC podem ser financiados e em que dimensão contribuem para equidade no acesso, aumento da qualidade e sustentabilidade?

Aliás a agenda Europeia nesta área assenta no acesso, equidade, qualidade e sustentabilidade.

No documento *People Not Patients: Long-term Care in an Ageing Europe*, a respeito da sustentabilidade, refere-se que para tornar os LTC sustentáveis se deve promover estilos de vida saudáveis e envelhecimento activo para promover bem-estar numa sociedade em envelhecimento; desenvolver suporte a cuidadores como prioridade, para que mais cidadãos possam ser cuidados no domicílio pelo maior tempo possível, explorando o potencial do voluntariado.

A Comissão Europeia, no *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2008)*, refere que a prestação de cuidados na comunidade ou residencial são preferíveis aos cuidados institucionais, mas que o recrutamento adequado, treino e retenção dos profissionais em LTC, permanece um desafio a resolver.

Mas no que diz respeito ao recrutamento adequado e retenção de profissionais em LTC, têm sido consideradas várias soluções para lidar com essa necessidade crescente de profissionais em LTC. Uma delas é aumentar o número de profissionais.

A formação e treino desempenham um papel importante na garantia de qualidade de cuidados. O desenvolvimento de programas para treino e formação, bem como a estruturação de carreiras podem também atrair mais profissionais ao sector e retê-los.

Outra estratégia para aumentar o número de profissionais é recrutá-los no seio da população inactiva, que inclui aposentados, desempregados, voluntários. (*The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand 2009*)

Mas em relação ao potencial de actuação dos aposentados, no cuidado a idosos dependentes, a nível de cuidadores informais e voluntariado, é importante salientar que quando ficou claro, há 30 anos, que as expectativas de vida activa estavam a alongar-se, muitos observadores nos EUA acreditaram que os aposentados iriam tornar-se voluntários para as instituições

sem fins lucrativos americanas. Isto não aconteceu. É necessário então promover este tipo de participação. (*European Congress “Demographic Change as Opportunity” 2007*)

A necessidade de profissionais para LTC, tornou-se um factor impulsionador de imigração de profissionais pouco qualificados. Por exemplo no Canadá e E.U.A. os profissionais estrangeiros a trabalhar em LTC representam cerca de 20% do total.

Outra estratégia para lidar com essa necessidade crescente de profissionais em LTC, consiste no investimento de políticas que façam melhor uso dos profissionais disponíveis, que inclui medidas para retenção dos profissionais, fornecer suporte a cuidadores familiares e informais e melhor coordenação de cuidados.

Esta melhoria de coordenação é um factor chave na melhoria da eficiência e sustentabilidade, embora o seu potencial para reduzir a necessidade de profissionais em LTC ainda não seja certa.

A redução da necessidade de profissionais pode incluir medidas como a telemedicina, a redefinição de tarefas e nomeadamente a implementação de políticas de envelhecimento saudável. (*The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand 2009*)

Existe um consenso alargado na necessidade de atenção, à esperada diminuição de profissionais no sector LTC – cuidados formais – bem como na promoção a novas formas de suporte para cuidadores informais.

Esta ênfase nos cuidadores informais já referida, tem também implicações na sustentabilidade, dado que o aumento anual de 1% de utentes em cuidados formais, oriundos de cuidadores informais pode originar uma despesa adicional, que representa 0.6% do PIB, nas próximas décadas. (*Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008*)

O enfoque nos cuidadores informais é transversal a todos os documentos, levantando no entanto questões que necessitam de resolução, como a garantia da qualidade dos cuidados.

Os principais desafios para promover o apoio aos cuidados informais, incluem a qualidade de vida dos que são alvo de cuidados e dos cuidadores, desenvolvimento de serviços que mantenham e promovam as capacidades físicas, emocionais e sociais dos cuidadores, organização de opções de descanso do cuidador na própria casa de quem recebe cuidados, uma avaliação da capacidade funcional de quem recebe cuidados e do cuidador, para que possa ser prestada a ajuda necessária e desenvolvimento de cuidados informais como parte integrante da estrutura de serviços, a longo prazo, incluindo o aumento de cobertura de suporte. (*National Strategy Report on Social Protection and Social Inclusion 2008–finland*)

Deve realçar-se que os cuidadores informais fornecem a maior parte dos cuidados a idosos e dependentes, embora seja difícil de obter números fiáveis. Assim estima-se um máximo de 40.000, o número de trabalhadores no sector

informal na Áustria, e cerca de 29.000 no sector formal. Em França cerca de 80% são do sector informal e na Suécia cerca de 50%. (*The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand 2009*)

Em relação à coordenação de cuidados, é outra preocupação manifestada no *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2008)*, referindo que é necessário reconhecer que não existe um sistema articulado para a provisão de serviços de LTC em grande parte da UE, apesar de todos os países assegurarem que têm acesso universal a serviços de LTC de alta qualidade e economicamente acessíveis.

A OCDE efectuou um estudo em 38 países, sobre coordenação de cuidados (*Improved health system performance through better care coordination 2007*), assumido como termo genérico que engloba os esforços e políticas que asseguram que os utentes recebem serviços adequados às suas necessidades e são integrados, no tempo e através do sistema, tendo como características o utente no centro dos cuidados, circuitos adequados para cuidados de qualidade e melhoria de resultados ao mais baixo custo e integração de processos e informação.

As respostas eram enviadas pelos diferentes países. Perante a questão se os LTC são fornecidos por equipas multidisciplinares (*Long term care is provided by multidisciplinary teams*), só 35% responderam que o eram frequentemente. 61% concorda que há problemas no interface do ambulatório e LTC e 78% concorda que há problemas se o interface com os LTC for o internamento de agudos.

No *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2009)*, mantém-se a questão da coordenação de cuidados, reconhecendo que os Estados-Membros fizeram progressos, mas que há muito para fazer nomeadamente nos cuidados continuados (LTC) no que diz respeito à coordenação entre cuidados de saúde e sociais, entre público e privado, bem como entre público e terceiro sector.

Assim as estratégias dos países analisados e as recomendações de documentos internacionais, evidenciam que os desafios são significativos, são a nível global e a sua solução é um desafio futuro comum.

## 7. Bibliografia

Austrian report on strategies for social protection and social inclusion 2008-2010. Ministry of Social Affairs and Consumer Protection Vienna, September 2008

Carpenter, I., Gladman, J.R.F., Parker, S.G., Potter, J. (2002). Clinical and research challenges of intermediate care. *Age and Ageing* 31:97-199. British Geriatrics Society.

Chan, P., Kenny, S. R. (2002). National Consistency and provincial diversity in delivery of long-term in Canada. *Journal of Aging & Social Policy* 13(2/3): 83-99.

Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L. (2003). European Study of Long-Term Care Expenditure. Personal Social Services Research Unit. Bulletin No. 14: 28-29

Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., di Maio, A., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H. (2008). Projecting Long-Term Care Expenditure in Four European Union Member States: The Influence of Demographic Scenarios. *Soc Indic Res* 86:303–321

Cruz-Jentoft, A.J., Franco, A., Sommer, P., Baeyens, J.P., Jankowska, E., Maggi, A., Ponikowski, P., Ryś, A., Szczerbińska, K., Milewicz, A. (2008). European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease. European Summit on Age-related Disease. Wrocław

Denmark National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008-2010. Ministry of Social Welfare, Ministry of Health and Prevention, September 2008

Department of Health (2001a). HSC 2001/01: LAC (2001)1 *Intermediate Care*. London: Department of Health

Department of Health (2002b). *National Service Framework for Older People – Supporting Implementation. Intermediate Care: Moving Forward*. London: Department of Health.

European Congress “Demographic Change as Opportunity (2007): The Economic Potential of the Elderly”. Berlin, 17–18 April 2007. Co-sponsored by the European Commission

EUROSTAT. Key Data on Health 2000. Luxembourg: European Commission

Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years’ time (2008). Flash Eurobarometer Series 227. Directorate-General Employment European Commission

First joint assessment by the Social Protection Committee and the European Commission of the social impact of the economic crisis and of policy responses (2009). General Secretariat Council of the European Union.

Gibson, M.J. (2006). International perspectives on long-term care. AARP Public Policy Institute

Health and long-term care in the European Union (2007). Special Eurobarometer 283. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities European Commission

Health systems and long-term care for older people in Europe - Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care 2008-2011. INTERLINKS. Coordinator: European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna. Ecole d'études sociales et pédagogiques (CH), University of Southern Denmark (DK), National Institute for Health and Welfare (FI), Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé – IRDES (FR), Institut für Soziale Infrastruktur (DE), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung – WZB (DE), CMT Prooptiki ltd. (EL), University of Valencia – ERI Polibienestar

(ES), Studio Come S.r.l. (IT), Stichting Vilans (NL), Institute for Labour and Family Research (SK), Institute of Public Health (SI), Forum for Knowledge and Common Development (SE), University of Kent – CHSS (UK), University of Birmingham – HSMC (UK).

Improved health system performance through better care coordination (2007). Directorate for Employment, Labour and Social affairs- Health Committee. OCDE

Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2009). Instituto Nacional de Estatística, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Censo 2001 Projeções de População Residente, segundo o sexo e grandes grupos etários, Portugal e NUTS III (NUTS 2001), 2000-2050, CENÁRIO BASE.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2008). Social inclusion, pensions, healthcare and long-term care. European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2009). Council (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs). European Union

Lessons for long-term care policy (2002). WHO The Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care

Long-Term Care for Older People (2005). Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (ELS). OCDE

Long-term care in the European Union (2008). European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

Medical aspects of intermediate care Report of a Working Party. (2002). Federation of Medical Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom.

Melis, R. J. F., Olde Rikkert, M. G. M., Parker, S.G., van Eijken, M. I. J. (2004). What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. *BMJ*,329:360-361

National Strategy Report on Social Protection and Social Inclusion 2008–2010. Ministry of Social Affairs and Health. Finland 2008

Petch, A. (2003). *Intermediate Care: What Do We Know about Older People's Experiences?* York: Joseph Rowntree Foundation.

Plochg, T., Delnoij, D.M., van der Kruk, T.F., Janmaat, T.A., Klazinga, N.S. (2005). Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Serv Res* 24;5(1):38.

Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? (2006) Economics Department Working Papers No. 477. OECD

People Not Patients: Long-term Care in an Ageing Europe (2007). European Social Network.

Rapport sur les stratégies nationales pour la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010. France 2008.

Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008-2010. Sweden 2008  
The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. (2009). Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Health Committee OCDE

Young, J.B., Robinson, M., Chell, S., Sanderson, D., Chaplin, S., Burns, E., Fear, J. (2005). A whole system study of intermediate care services for older people. *Age and Ageing* 34(6):577-83.