



**ESTUDO DA ADEQUAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO – O
CONHECIMENTO DA REALIDADE COMO INSTRUMENTO DE APOIO À
GESTÃO**

Ana Isabel Rodrigues Gonçalves

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre
em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde*

Orientada por Professora Doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes

Bragança, abril, 2013



**ESTUDO DA ADEQUAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO – O
CONHECIMENTO DA REALIDADE COMO INSTRUMENTO DE APOIO À
GESTÃO**

Ana Isabel Rodrigues Gonçalves

Orientada por Professora Doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes

Bragança, abril, 2013

RESUMO

Constituindo o envelhecimento populacional uma realidade cada vez mais presente a nível mundial é essencial conhecer o tipo de cuidados de saúde adequados à população com 65 ou mais anos. É fundamental dar respostas apropriadas à população idosa que, naturalmente, adquire necessidades inerentes ao processo de envelhecimento e que exige, cada vez mais, respostas ajustadas e diversificadas. Em Portugal a tentativa de obter um modelo de cuidados de longa duração surgiu com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Contudo, importa aferir se este tipo de cuidados realmente cumpre os objetivos para que foram criados e desenvolvidos e se estão adequados à estrutura da população portuguesa. Só com o total conhecimento desta realidade é possível melhorar e desenvolver cuidados de saúde adequados à população com 65 ou mais anos e/ou em situação de dependência. Face ao exposto, esta dissertação, tem como objetivo a análise da adequação da RNCCI às necessidades da população portuguesa, no período de 2007 a 2011 com o intuito de perceber se existe um adequado ajustamento e racionalização dos cuidados continuados. Para atingir o objetivo proposto, foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos dispersos por diferentes fontes e relatórios técnicos e que caracterizam a oferta de cuidados de saúde. Em simultâneo, também foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos caracterizadores da estrutura demográfica portuguesa para aferir sobre a procura de cuidados de saúde. Observa-se, de um modo geral, que a RNCCI se está a adequar à procura de cuidados continuados por parte da população portuguesa. Contudo, findo o processo de implementação da RNCCI em 2016, e face ao constante e rápido envelhecimento da população, é importante tentar ajustar o modelo de cuidados continuados no sentido de responder às reais e novas necessidades que vão surgindo.

PALAVRAS-CHAVE: oferta de cuidados de saúde, procura de cuidados de saúde, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Portugal

ABSTRACT

Since the population aging is a reality increasingly present on a worldwide basis it is essential to know the type of appropriate healthcare to the population with 65 or more years. It is essential to give appropriate answers to the elderly population who, naturally, acquires inherent needs to the process of aging and requires more and more diversified and adjusted responses. In Portugal the attempt to obtain a model of long-term care has come up with the National Network of Integrated Long-term Care (RNCCI). However, it is important to assess if this type of care actually meets the objectives for which they were created and developed and whether they are appropriate to the structure of the Portuguese population. Only with the full knowledge of this reality it is possible to improve and develop appropriate healthcare to the population with 65 or more years and/or in a situation of dependency. In view of the above, this dissertation aims at examining the adequacy of the RNCCI to the needs of the Portuguese population, in the period from 2007 to 2011, in order to understand whether there is a suitable adjustment and rationalisation of the long-term care. To achieve the proposed goal it were collected, described and analyzed statistic data that were scattered across different sources and technical reports and that characterize the supply of healthcare. At the same time were also collected, described and analyzed statistical data that characterize the Portuguese population structure to evaluate the demand for healthcare. We can notice, generally speaking, that the RNCCI is adapting itself to the demand by the Portuguese population for long-term care. However, at the end of the implementation process of the RNCCI in 2016, and given the constant and rapid aging of the population, is important try to adjust the long-term care model in order to respond to the real and new needs that arise continuously.

KEYWORDS: supply of healthcare, demand of healthcare, National Network of Integrated Long-term Care (RNCCI), Portugal

RESUMEN

Puesto que el envejecimiento es una realidad cada vez más presente en todo el mundo es esencial conocer el tipo de cuidados de salud que son adecuados a la población con 65 o más años. Es esencial dar respuestas adecuadas a las personas de más edad que, por supuesto, adquieren necesidades inherentes al proceso de envejecimiento y que requieren, cada vez más, respuestas diversificadas y ajustadas. En Portugal, el intento de obtener un modelo de cuidados de larga duración ha surgido con la Red Nacional de Cuidados de Larga Duración Integrados (RNCCI). Sin embargo, es importante evaluar si este tipo de cuidados cumplen realmente los objetivos para los que fueron creados y desarrollados y si son adecuados a la estructura de la población portuguesa. Sólo con el pleno conocimiento de esta realidad es posible mejorar y desarrollar cuidados de salud adecuados a la población con 65 o más años y/o en una situación de dependencia. Atendiendo a lo anterior, esta tesis tiene como objetivo examinar la adecuación de la RNCCI a las necesidades de la población portuguesa, en el período comprendido entre 2007 y 2011, con el fin de entender si existe un ajuste adecuado y una racionalización de los cuidados de larga duración. Para conseguir el objetivo propuesto, fueron recogidos, descritos y analizados datos estadísticos esparcidos a través de diferentes fuentes e informes técnicos que caracterizan la prestación de cuidados de salud. Al mismo tiempo fueron recogidos, descritos y analizados datos estadísticos caracterizadores de la estructura demográfica portuguesa para evaluar la demanda de cuidados de la salud. En términos generales se ha observado que la RNCCI se está adaptando a la búsqueda de cuidados de larga duración por parte de la población portuguesa. Sin embargo, transcurrido el proceso de implementación de la RNCCI en el 2016 y ante el constante y rápido envejecimiento de la población, es importante tratar de ajustar el modelo de cuidados de larga duración para responder a las necesidades reales y nuevas.

PALABRAS CLAVE: Oferta de cuidados de salud, demanda de cuidados de salud, Red Nacional de Cuidados de Larga Duración Integrados (RNCCI), Portugal

Dedico este trabalho aos meus pais, namorado, irmão e cunhada.

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação e sem as quais a sua conclusão não seria possível. Agradeço sinceramente a todas elas.

O meu particular e especial agradecimento:

À minha orientadora, Professora Doutora Alcina Nunes, pela sua dedicação, transmissão de conhecimentos, paciência e disponibilidade.

Ao meu namorado pelo constante incentivo, encorajamento e muita paciência.

Aos meus pais, irmão e cunhada porque nunca deixaram de acreditar e apoiar.

À Doutora Maria João Girão, contacto direto na Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, pela constante disponibilidade, esclarecimento de dúvidas e fornecimento de dados.

A todos eles, muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
AVD – Atividades de Vida Diária
CS – Centro de Saúde
EPE – Entidade Pública Empresarial
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECR – Equipa Coordenadora Regional
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
PPP – Parceria Público Privada
PIB – Produto Interno Bruto
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCM – Santa Casa da Misericórdia
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UC – Unidade de Convalescença
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UDPA – Unidades de Dia e Promoção da Autonomia
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDm – Unidade de Longa Duração de Manutenção
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL E NACIONAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS.....	4
1.1. ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS	5
1.1.1. Envelhecimento Populacional	5
1.1.2. Modelos Internacionais da Prestação de Cuidados de Longa Duração	7
1.1.3. Despesas Relacionadas com os Cuidados de Longa Duração.....	9
1.1.4. Desafios Futuros e Tendências.....	10
1.2. ENQUADRAMENTO NACIONAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS	12
1.2.1. Sistemas de Saúde e Evolução do Sistema de Saúde Português	12
1.2.2. Génese dos Cuidados Continuados	15
1.2.3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	16
1.2.3.1. Princípios e Coordenação da RNCCI	16
1.2.3.2. Modelo Organizativo da RNCCI.....	17
1.2.3.3. Financiamento da RNCCI	19
1.2.3.4. Acesso à RNCCI	19
1.2.3.5. Metas da RNCCI	20
CAPÍTULO II: CARACTERIZAÇÃO ESTATÍSTICA DA PROCURA E OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL, COM DESTAQUE PARA A OFERTA DE CUIDADOS CONTINUADOS	22
2.1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO: DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	23
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	25
2.2.1. Caracterização Demográfica da População Portuguesa	25
2.2.3. População com Doença Crónica e/ou com Deficiência	36
2.3. CARACTERIZAÇÃO ESTATÍSTICA DA OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	38
2.3.1. Caracterização dos Cuidados de Saúde Existentes em Portugal	38
2.3.2. Caracterização Estatística da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ...	41
2.3.2.1. Implementação da RNCCI	42

2.3.2.2. Entidades Prestadoras, Unidades e Equipas.....	46
2.3.2.3. Utentes Referenciados na RNCCI	50
2.3.2.4. Utentes Assistidos na RNCCI	61
2.3.2.5. Demora Média de Internamento/Tratamento dos Utentes da RNCCI	63
2.3.2.6. Motivos de Alta e Destino dos Utentes Após a Alta.....	63
2.3.2.7. Taxa de Ocupação e Cobertura Populacional	64
2.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE EQUILÍBRIO ENTRE A PROCURA E A OFERTA DE CUIDADOS CONTINUADOS.....	68
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXO I: APRESENTAÇÃO ESTATÍSTICA DE DADOS COMPLEMENTARES DE OFERTA E PROCURA DE CUIDADOS CONTINUADOS.....	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores do envelhecimento em 2007 e 2050, para os cinco continentes e em termos globais	6
Tabela 2: Características dos cuidados continuados nos diferentes países	8
Tabela 3: Despesa com cuidados de saúde, com cuidados de longa duração e total de despesa em percentagem do PIB em 2005 e previsão das mesmas despesas para 2050	10
Tabela 4: Tipologias da RNCCI.....	17
Tabela 5: Distribuição, absoluta e relativa, da população residente em Portugal, por região, género e grupo etário, à data dos Censos 2011	25
Tabela 6: Densidade populacional, por região, de 2000 a 2011	26
Tabela 7: Evolução da população residente em Portugal entre 2001 e 2011	27
Tabela 8: Distribuição da população residente em Portugal e Portugal continental, por grupo etário, em 2000 e 2010.....	27
Tabela 9: Evolução da esperança de vida à nascença e esperança de vida aos 65 anos, por género, de 2000 a 2004	28
Tabela 10: Evolução do índice de longevidade, por região, de 2000 a 2010.....	29
Tabela 11: Índice de envelhecimento em Portugal, por género, de 2000 a 2010	30
Tabela 12: Evolução do índice de envelhecimento em Portugal, por região, de 2000 a 2011	30
Tabela 13: Evolução do número de óbitos, por causa de morte, de 2000 a 2010	31
Tabela 14: Evolução do índice de renovação da população em idade ativa, por região, de 2000 a 2010.....	32
Tabela 15: Evolução do índice de dependência de idosos, por género, de 2000 a 2010	33
Tabela 16: Índice de dependência de idosos, por localização geográfica, de 2000 a 2011	33
Tabela 17: Evolução do índice de potencialidade, por região, de 2000 a 2010	34
Tabela 18: Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por região, em 2011.....	35
Tabela 19: Variação da população com 65 ou mais anos, entre 2001 e 2011, por região	35
Tabela 20: Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por região, em 2011	35
Tabela 21: Percentagem de alojamentos habitados exclusivamente por pessoas idosas ou por apenas uma pessoa idosa e alojamentos familiares habitados exclusivamente por pessoas idosas, em 2011, por região	35

Tabela 22: População residente em Portugal com doença crónica, por género, grupo etário e tipo de doença crónica, no período de 2005/2006.....	37
Tabela 23: População residente em Portugal com deficiência, segundo o tipo de deficiência e género, em 2001	37
Tabela 24: Número de estabelecimentos de saúde em Portugal, de 2000 a 2009.....	38
Tabela 25: Rácios de cobertura, por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI	41
Tabela 26: Definição dos lugares de cuidados paliativos nacionais segundo o Plano Nacional de Cuidados Paliativos	42
Tabela 27: Resumo dos indicadores de execução do plano de implementação de 2007.....	43
Tabela 28: Resumo do plano de implementação de 2008	43
Tabela 29: Número de camas por tipologia da RNCCI no plano de implementação em 2009 e número de camas contratadas em funcionamento até 31 de dezembro de 2009.....	44
Tabela 30: Número de camas por tipologia da RNCCI no plano de implementação em 2010 e número de camas contratadas em funcionamento até 31 de dezembro de 2010.....	44
Tabela 31: Número de camas contratadas em 2011, por tipologia da RNCCI e por localização geográfica.....	45
Tabela 32: Número de camas contratadas por tipologia de internamento desde o ano 2008 até ao ano 2011.....	45
Tabela 33: Distribuição dos acordos celebrados por entidade prestadora no ano de 2007	46
Tabela 34: Distribuição dos acordos celebrados e de camas contratadas por entidade prestadora de 2008 a 2011.....	46
Tabela 35: Distribuição das unidades de internamento e equipas da RNCCI, por localização geográfica, de 2008 a 2011.....	48
Tabela 36: Distribuição do número de camas e equipas de cuidados paliativos, por localização geográfica no ano de 2010.....	49
Tabela 37: Distribuição do número de camas de cuidados paliativos por localização geográfica no ano de 2011.....	49
Tabela 38: Circuitos de referência na RNCCI por localização geográfica e por tipologia, de 2009 a 2011.....	50
Tabela 39: Transferências na RNCCI, por localização geográfica, em 2009 e 2010.....	51
Tabela 40: Resumo das características dos utentes referenciados em 2007	52
Tabela 41: Resumo dos utentes referenciados por tipologia da RNCCI em 2008	53

Tabela 42: Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI em 2009 e 2010	54
Tabela 43: Número total de utentes referenciados por tipologia da RNCCI de 2008 a 2011 e acumulado de utentes referenciados desde a criação da RNCCI até 2011	55
Tabela 44: Relação entre o número de utentes referenciados, o número de utentes com critérios a admitir e o número real de utentes admitidos	56
Tabela 45: Utentes a aguardar vaga por localização geográfica e tipologia em 2010 e 2011	56
Tabela 46: Motivo de referenciação dos utentes por tipologia da RNCCI em 2008 e 2009.....	57
Tabela 47: Motivo de referenciação dos utentes por tipologia da RNCCI e a nível nacional nos anos de 2010 e 2011.....	57
Tabela 48: Faixa etária e género dos utentes referenciados na RNCCI de 2008 a 2011	58
Tabela 49: Estado civil e escolaridades dos utentes referenciados de 2008 a 2010	59
Tabela 50: Distribuição percentual dos utentes referenciados, por origem e tipo de apoio que recebem aquando da referenciação, em 2009 e 2010	59
Tabela 51: Situação de convivência dos utentes referenciados de 2008 a 2010.....	60
Tabela 52: Diagnóstico dos utentes referenciados de 01/10/2006 a 31/12/2007 e em 2009	60
Tabela 53: Número de utentes assistidos por localização geográfica e tipologia da RNCCI de 2008 a 2011 e acumulado de utentes assistidos por tipologia da RNCCI de 2007 a 2011.....	62
Tabela 54: Número médio de dias de internamento/tratamento na RNCCI, por tipologia e localização geográfica, de 2008 a 2011.....	63
Tabela 55: Motivo da alta da RNCCI por tipologia da RNCCI e/ou por localização geográfica de 2009 a 2011.....	64
Tabela 56: Destino após a alta dos utentes da RNCCI por tipologia de 2008 a 2010	64
Tabela 57: Taxa de ocupação média por tipologia de internamento da RNCCI e localização geográfica, de 2007 e 2009 a 2011	65
Tabela 58: Cobertura populacional alcançada por localização geográfica e tipologia da RNCCI de 2008 a 2011.....	66
Tabela 59: Cobertura populacional alcançada por localização geográfica nas ECL, ECCI e EGA em 2010 e 2011.....	67

Tabela AI 1: Projeções da população residente até 2060, por género e faixa etária	86
Tabela AI 2: Evolução da taxa bruta de natalidade e taxa bruta de mortalidade, por região, de 2000 a 2010.....	87
Tabela AI 3: Taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2009.....	88
Tabela AI 4: Número de hospitais, por localização geográfica, de 2000 a 2010.....	88
Tabela AI 5: Número de camas nos hospitais, por localização geográfica, de 2002 a 2010	89
Tabela AI 6: Número de centros de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2010	89
Tabela AI 7: Número de extensões de centros de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2010.....	90
Tabela AI 8: Número de centros de saúde, com e sem internamento, por localização geográfica, de 2000 a 2010.....	91
Tabela AI 9: Número de camas nos centros de saúde com internamento, por localização geográfica, de 2000 a 2010.....	92
Tabela AI 10: Número de camas por 1.000 habitantes, por localização geográfica, de 2002 a 2009	92
Tabela AI 11: Número de internamentos nos centros de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2010.....	93
Tabela AI 12: Número de internamentos nos hospitais, por localização geográfica, de 2002 a 2010	93
Tabela AI 13: Número de internamentos por 1.000 habitantes, por localização geográfica, de 2000 a 2009.....	94
Tabela AI 14: Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI em 2009 e 2010.....	94

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos os países têm sofrido alterações sociais e económicas importantes, contribuindo para isso, com relevância, o envelhecimento que se tem verificado nas populações (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 1998). Mais concretamente, ao nível da União Europeia a percentagem de indivíduos com 65 ou mais anos tem vindo a aumentar e prevê-se que o crescimento continue até 2060, onde este grupo populacional pode chegar aos 30% (European Commission, 2010). Verifica-se assim, que a proporção da população com 65 ou mais anos está a aumentar em relação à população em idade ativa. Atualmente o grupo de indivíduos mais idosos (75 ou mais anos) é cada vez mais uma realidade, o que leva a um aumento das despesas com cuidados de saúde e cuidados continuados. Esta realidade conduz a que as políticas governamentais tentem controlar o aumento das despesas, tornando a problemática dos cuidados de longa duração numa inquietação relevante (Casey et al., 2003).

Contudo, as implicações que o envelhecimento acarreta, principalmente a nível económico, podem ser analisadas de diferentes perspetivas. Se, por um lado, aumenta a esperança média de vida, aumentando os anos de utilidade de cada indivíduo com ganhos significativos a nível da saúde, por outro lado, aumentam os custos em cuidados de saúde - quer para manter quer para recuperar a saúde (cuidados de longa duração) (OECD, 1998). O desenvolvimento natural de cada ser humano conduz a um decréscimo das capacidades funcionais dificultando, ou

comprometendo, a realização de Atividades de Vida Diária (AVD). Em consequência, surge a necessidade de cuidados continuados ou de longa duração devendo, este tipo de cuidados, ser um dos elementos integrantes dos sistemas de saúde. O principal objetivo deste tipo de cuidados é manter ou recuperar a autonomia de cada indivíduo, de modo a que este obtenha a melhor qualidade de vida possível, podendo ser prestados no domicílio ou a nível institucional (World Health Organization [WHO], 2000).

Existem diversos sistemas de prestação de cuidados de longa duração, os quais incluem uma série de vastos serviços. Uns que se direcionam mais para a vertente social e outros que se regem mais na vertente de prestação de cuidados de saúde ou, ainda, a combinação dos dois (Huber, 2007). Em Portugal, a compreensão da necessidade de cuidados continuados surgiu na década de 90. Contudo, só em 2006 é que viria a ser criado o modelo aplicado no território continental, designado por Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este modelo tinha o intuito de prestar cuidados continuados a indivíduos em situação de dependência, através da interligação dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde diferenciados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2006). A RNCCI é constituída por diversas tipologias, que incluem unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. Para os indivíduos acederem à RNCCI é necessário cumprirem critérios próprios e específicos a cada tipologia.

Neste sentido, e face ao exposto, o objetivo desta dissertação é a análise da adequação da oferta de cuidados continuados à procura de cuidados de saúde por parte da população portuguesa, em particular a residente em Portugal continental, uma vez que a RNCCI só está presente neste território, durante o período de tempo que decorre entre 2007 e 2011.

O conhecimento da realidade, demográfica e clínica existente, constitui-se como um instrumento de gestão relevante para melhor racionalizar este tipo de cuidados e planear a existência de diferentes tipologias de unidades de cuidados continuados que se adequem, de forma racional, às necessidades das populações que servem. O conhecimento da realidade, demográfica e clínica de uma população e da respetiva adequação das instituições de apoio, como instrumento de apoio à gestão, é, assim, indispensável. Permite determinar as reais necessidades das populações, principalmente neste tipo de cuidados que implicam custos elevados e em que existe ambiguidade na magnitude das necessidades entre regiões. Pode permitir, ainda, projetar as necessidades futuras de procura dos serviços de cuidados continuados.

Para atingir o objetivo proposto, foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos dispersos por diferentes fontes e relatórios técnicos e que caracterizam a oferta de cuidados de saúde. Em simultâneo, também foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos caracterizadores da estrutura demográfica portuguesa para aferir acerca a procura de cuidados de saúde.

O presente trabalho de investigação apresenta-se organizado da seguinte forma.

No capítulo I apresenta-se o enquadramento teórico, internacional e nacional, relativo à prestação de cuidados continuados. No enquadramento internacional é abordado o envelhecimento populacional e apresentam-se os modelos internacionais da prestação de cuidados de longa duração em diferentes países. Destaca-se, aqui, a definição deste tipo de cuidados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e segundo a legislação que criou a RNCCI. Apresenta-se, ainda, uma análise das despesas relacionadas com os cuidados de longa duração, dos desafios futuros e das tendências para o desenvolvimento deste tipo de cuidados. No enquadramento nacional da prestação de cuidados continuados, aprofunda-se o conceito de sistemas de saúde, em particular o sistema de saúde português. Por último, caracterizam-se os cuidados continuados – da sua génese à criação da RNCCI – tendo em conta os princípios de coordenação, modelo organizativo, financiamento, acesso e metas da rede.

No capítulo II caracteriza-se de forma estatística a procura e oferta de cuidados de saúde em Portugal, com incidência particular na oferta de cuidados continuados. Inicialmente efetua-se um enquadramento metodológico, especificando a forma de tratamento dos dados estatísticos. Ao nível da caracterização da procura de cuidados de saúde em Portugal, apresenta-se a situação demográfica da população portuguesa, dando-se especial destaque à população com 65 ou mais anos. Posteriormente aborda-se, através da estatística descritiva, a oferta de cuidados de saúde existentes em Portugal, a qual se divide em cuidados gerais de saúde e em cuidados de saúde oferecidos pela RNCCI. A análise é realizada por região. Relativamente aos cuidados de saúde oferecidos pela RNCCI abrangem-se diversas áreas, entre as quais a implementação da RNCCI, entidades prestadoras de cuidados, unidades e equipas que a constituem, processo de referenciação, utentes assistidos pela RNCCI, tempo de internamento, motivo de alta e destino dos utentes após a alta, taxa de ocupação de cada tipologia e a cobertura populacional atingida. No final deste capítulo apresenta-se a análise e discussão da adequação da oferta à procura de cuidados continuados.

A última secção apresenta as principais conclusões do trabalho de investigação subjacente a esta dissertação de mestrado.

CAPÍTULO I:
ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL E
NACIONAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
CONTINUADOS

1.1. ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS

1.1.1. Envelhecimento Populacional

O envelhecimento da população mundial, principalmente da europeia, é um tema abordado, frequentemente, pela Comissão Europeia, OCDE e Organização Mundial de Saúde (OMS). Estas entidades destacam a mudança na estrutura das populações e o seu envelhecimento mesmo este sendo, naturalmente, previsível. A inversão da pirâmide etária ocorre, sobretudo, devido a melhorias a nível da saúde, maior esperança média de vida, migração e a uma menor taxa de natalidade (Nazareth, 2009). No entanto, a nível social e económico, a maioria dos países não está preparada para o envelhecimento populacional.

O envelhecimento é um fenómeno global, resultante da própria globalização, apesar de durante muito tempo ter sido considerado apenas uma inquietação nos países desenvolvidos, onde este fenómeno se terá iniciado no final do século XX. Nos países subdesenvolvidos só iniciaram esta tendência no início do século XXI. No século XX, verificou-se que a população mundial quadruplicou. No entanto, isso não se observará no século XXI, prevendo-se que a população estabilize. Em consequência, o envelhecimento da população será incontornável. Este fenómeno só é possível quando acompanhado com o aumento da esperança média de vida (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009).

Para melhor compreender o crescente envelhecimento da população a Tabela 1 apresenta alguns indicadores do envelhecimento em 2007 e 2050, em termos globais e para os cinco continentes. Apresentam-se os valores para o índice de envelhecimento¹, a idade média da população², o rácio de dependência³ e a percentagem da população entre os 0 e os 14 anos e da população com mais de 60 anos. É visível que a Europa apresentava o maior nível de envelhecimento em 2007, mantendo-se essa previsão para 2050. No entanto, o envelhecimento ocorre em todo o mundo, de um modo geral, verificando-se que nas outras regiões do mundo, à exceção da Europa, entre 2007 e 2050 os aumentos do índice de envelhecimento são superiores ao dobro do que se verificou em 2007. Em 2007 apenas a Europa apresentava um índice de envelhecimento que ultrapassava a centena, contudo, em 2050 prevê-se que apenas o continente africano apresente um índice de envelhecimento inferior a 107,4 (índice de envelhecimento global). Em todos os continentes prevê-se que a idade média da população aumente, em média, cerca de 10 anos tal como se prevê que duplique a população com mais de 60 anos.

¹ O índice de envelhecimento relaciona a população com 65 ou mais anos e a população entre os 0 e os 14 anos de idade, sendo obtido através do quociente entre estes dois valores (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

² Idade média da população corresponde à média da idade de todos os membros da população (INE, 2012).

³ O rácio de dependência de jovens corresponde ao quociente entre os indivíduos entre os 0 e os 14 anos de idade e os indivíduos entre os 15 e os 64 anos de idade. O rácio de dependência de idosos define-se como o quociente entre indivíduos entre os 65 ou mais anos de idade e os indivíduos entre os 15 e os 64 anos de idade, isto é, relaciona a população idosa e a população em idade ativa (INE, 2012).

Tabela 1

Indicadores do envelhecimento em 2007 e 2050, para os cinco continentes e em termos globais

Continentes	Índice de envelhecimento	Idade média	Rácio de dependência		População %	
	100* b/a		Jovens	Velhos	a: 0-14	b: 60+
2007						
África	12,9	18,9	74,0	6,2	41,1	5,3
Ásia	35,8	27,7	40,6	9,9	27,0	9,6
Europa	136,2	39,0	22,6	23,5	15,5	21,1
América Latina e Caraíbas	31,3	25,9	45,3	9,8	29,2	9,1
América do Norte	86,1	36,3	29,8	18,6	20,1	17,3
Oceania	59,7	32,3	36,9	15,6	24,2	14,4
Mundo	38,7	28,1	42,4	11,5	27,6	10,7
2050						
África	34,7	27,4	44,4	10,3	28,7	10,0
Ásia	129,1	39,9	28,5	27,2	18,3	23,6
Europa	229,7	47,1	26,2	48,0	15,0	34,5
América Latina e Caraíbas	133,4	39,9	28,4	28,9	18,1	24,1
América do Norte	157,6	41,5	27,7	34,2	17,1	27,0
Oceania	139,0	45,0	28,7	30,8	18,0	25,0
Mundo	107,4	37,8	31,7	25,4	20,2	21,7

Fonte: Adaptado de *European Commission* (2009)

De um modo geral pode-se constatar que a demografia global amadureceu tendo, como consequência, o prolongamento da idade da população ativa e a adaptação por parte das sociedades a novos cuidados de saúde. O envelhecimento pode ser considerado como um fator importante no aumento dos custos com os cuidados de saúde. Mais especificamente, pode-se aferir que para este aumento tem contribuído a criação de serviços de cuidados de longa duração (Economic Policy Committee, 2006).

Em consequência, surgiu um novo conceito de envelhecimento ativo e saudável, em que os indivíduos pretendem atingir a melhor qualidade de vida possível ao longo de todo o seu ciclo de vida. Acredita-se que os idosos devem ter, por isso, possibilidade de acesso a diferentes respostas a nível social e de saúde de forma intersectorial e com parcerias entre a sociedade, estado e famílias, acordo com as especificidades da população de cada país (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009). O envelhecimento saudável pressupõe que os idosos devem participar, ativamente, na sociedade de modo a adquirirem, ou manterem, qualidade de vida e bem-estar. Sendo aceite que o propósito de que um envelhecimento saudável não prolonga unicamente a vida, só por si, cabe a todos os países, organizações e indivíduos o dever de melhorar a saúde e enfrentar os desafios decorrentes do envelhecimento (The European Older People's Platform [AGE], 2007).

Desde o início do século XXI que Portugal, sobretudo nas zonas rurais e do interior, é um dos países da Europa e do mundo com a população mais envelhecida o que poderá trazer problemas, não só sociais como também económicos, uma vez que ocorre a redução da população em idade ativa. Nesta perspetiva é fundamental fornecer à população envelhecida as respostas necessárias de forma a reduzir as sequelas do envelhecimento (Nazareth, 2009).

Costa-Font et al. (2008) mencionam que o processo de envelhecimento e os cuidados de longa duração estão intimamente ligados sendo que este problema constitui uma preocupação internacional. Neste sentido, deve dar-se cada vez mais importância aos estudos populacionais de modo a planear, de forma adequada, as políticas sociais, em geral e, em particular, as respostas sociais apropriadas. Segundo um estudo do Economic Policy Committee (2006), os países europeus vão aumentar a sua despesa em cuidados de longa duração entre 0,5 a 1% do seu Produto Interno Bruto (PIB), em média, até ao ano de 2050. Os cuidados de longa duração são um desafio urgente nas sociedades modernas, no entanto, podem ser dramaticamente dispendiosos e daí a importância do seu estudo (World Health Organization [WHO], 2003).

1.1.2. Modelos Internacionais da Prestação de Cuidados de Longa Duração

O termo “cuidados de longa duração” refere-se à prestação de uma gama de cuidados e assistência, durante um período continuado de tempo, a pessoas com limitação funcional para realizar as atividades diárias de forma independente. Tal definição implica que a prestação de cuidados continuados envolva uma componente da saúde mas também uma componente social. A generalidade das avaliações da necessidade deste tipo de cuidados baseia-se no nível de dependência⁴ relativamente à realização de certas tarefas. Refira-se a capacidade de realizar atividades quotidianas (atividades relacionadas com o autocuidado) e a capacidade de realizar atividades instrumentais relacionadas com a vida diária (atividades necessárias para adaptação ao ambiente como usar telefone ou fazer compras) (OECD, 2008).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (p. 3857) define cuidados continuados integrados como “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, ativo 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”.

Estes mesmos cuidados podem decompor-se em cuidados continuados de natureza formal, que correspondem aos cuidados que são prestados por profissionais de saúde a nível institucional ou no domicílio, e em cuidados continuados de natureza informal em que familiares ou amigos são os prestadores de cuidados. Neste sentido, apenas os cuidados continuados de natureza formal são considerados como originadores de despesa pública (Cabral, Amador & Martins, 2010).

A designação atribuída aos serviços que prestam cuidados continuados nem sempre é coincidente. O mesmo acontece com a duração, tipo de serviços prestados e até com os destinatários. Esta situação deve-se, principalmente, à dificuldade em separar cuidados de saúde de ajuda social, sendo que diferentes conceitos são inseridos numa mesma definição. Apesar de existirem diferentes terminologias, o objetivo de cada política de saúde é o de ir ao encontro das

⁴ Estado em um indivíduo não consegue realizar sozinho as atividades de vida diárias devido a perda ou falta de autonomia física, intelectual ou psíquica (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006).

necessidades dos indivíduos de forma adequada, englobando-as numa abordagem holística. Pretende-se que os indivíduos em situação de limitação funcional não continuem a experimentar uma separação a nível dos cuidados, que impeça o alcançar da tão desejada recuperação global. Apesar da dificuldade em classificar e até descrever os diferentes modelos de cuidados de longa duração existentes, pela diversificação de serviços, critérios e até terminologias, torna-se importante identificar e comparar diferentes modelos de prestação de cuidados, pelo que são apresentados alguns modelos na Tabela 2.

Tabela 2

Características dos cuidados continuados nos diferentes países

Países	Características dos cuidados continuados prestados
Estados Unidos	O acesso aos cuidados de longa duração ocorre através do acesso ao programa <i>Medicaid</i> , que se dirige aos indivíduos com os rendimentos mais baixos. Desta forma, não se pode afirmar que neste país exista um sistema universal de cuidados continuados (Gibson, 2006).
Noruega	A prestação de cuidados de longa duração e o respetivo financiamento é da responsabilidade dos municípios. Desde 1998, tem vindo a ser largamente desenvolvida a dimensão dos cuidados ao domicílio, o apoio aos cuidadores informais (financeiros e não financeiros) e a melhoria das condições dos lares (melhores equipamentos e mais quartos simples) (Gibson, 2006).
Holanda	Existe um programa de seguro social de cuidados de longa duração que é obrigatório e envolve toda a população, independentemente da idade, concedendo o direito a cuidados no domicílio ou em instituições (Gibson, 2006).
Alemanha	Constitui um dos países com critérios mais estreitos para aceder a cuidados de longa duração por exigir cuidados durante pelo menos seis meses, com duração superior a noventa minutos e a indivíduos com limitações em duas AVD ou atividades instrumentais de vida diária, no mínimo. Assim, indivíduos com pouca dependência não são cobertos pelo seguro social de cuidados de longa duração que a Alemanha inseriu em regime obrigatório, que a generalidade da população possui (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2006).
Reino Unido	Os cuidados domiciliários constituem o grande componente dos cuidados de longa duração. Os poderes locais para além de avaliarem as necessidades, organizam também o tipo de cuidados de ajuda social. O financiamento destes decorre dos impostos centrais e locais ou por tributos de utilização. As políticas gerais estão a cargo do governo central, no entanto os modelos de cuidados de longa duração não são integralmente idênticos nos quatro países (Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte) (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2003).
Itália	Os cuidados de longa duração são sobretudo financiados por impostos nacionais e locais, sendo que existem diferentes tipos de assistência onde constam os cuidados formais domiciliários ou em instituições e auxílios monetários (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2006).
Espanha	O modelo sociosanitário organizado pelo estado espanhol, baseia-se no princípio de permitir o envelhecimento em casa, pelo que exige a articulação dos cuidados primários com os cuidados hospitalares (Defensor del Pueblo, 2002). Os cuidados primários devem sinalizar os casos que necessitem de cuidados e serve também como acesso aos cuidados sanitários. Por sua vez, a nível hospitalar, uma equipa multidisciplinar tem como função avaliar e encaminhar adequadamente os casos que justifiquem cuidados. No caso, de ser necessário internamento foram programados hospitais de dia geriátricos, unidades de convalescença e unidades de hospitalização de agudos. O delineamento de serviços de apoio domiciliário também está presente, tal como a reserva de vagas em lares para indivíduos que necessitem temporariamente. Os impostos são a principal forma de financiamento deste tipo de cuidados, existindo também outras modalidades como co-pagamentos (Defensor del Pueblo, 2002). Genericamente existe um modelo de cuidados de longa duração em cada região autónoma, o que permite aferir que o sistema de cuidados de longa duração é descentralizado (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2006).
Áustria	Na Áustria, à exceção do sistema hospitalar e outros estabelecimentos de saúde, cuja aplicabilidade cabe aos estados federais, o sistema de saúde é da responsabilidade da República Federal da Áustria. Grande parte dos cuidados de longa duração são prestados no domicílio, tendo consequentemente o objetivo de melhorar a assistência domiciliária não só para o utente em si mas também para os familiares, que constituem os principais cuidadores (Ministry of Social Affairs and Consumer Protection, 2008).

Fonte: Elaboração própria

Todos os países analisados, com exceção dos Estados Unidos, fornecem cuidados de longa duração aos seus habitantes independentemente da sua situação económica. Verifica-se, ainda, um consenso relativamente ao desenvolvimento dos cuidados de longa duração domiciliários, sendo já significativa a expansão deste tipo de cuidados no Reino Unido e Noruega. Dos países em análise a Alemanha é o país com critérios mais específicos para aceder aos cuidados de longa duração, estando estes dependentes de uma avaliação da dependência.

1.1.3. Despesas Relacionadas com os Cuidados de Longa Duração

A qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo dos idosos está dependente da autonomia e da manutenção da capacidade funcional, que implica a conservação das capacidades físicas e mentais de forma a manter uma vida independente. Neste sentido considera-se que a necessidade de cuidados de longa duração começa quando a capacidade funcional é afetada, aumentando assim as despesas com este tipo de cuidados de saúde (Kaleche, Veras & Ramos, 1987). As despesas com cuidados de longa duração correspondem a 0%, até perto dos 60 anos de idade, começando depois a aumentar gradualmente, em todos os países desenvolvidos, o que permite aferir que são gastos concentrados e característicos da população idosa (OECD, 2006a). Mais concretamente, Fujisawa e Colombo (2009) realçam que as despesas com cuidados de longa duração vão aumentar em proporção do acréscimo da população idosa.

As despesas com cuidados de saúde, as despesas com cuidados de longa duração e o total de despesa em percentagem do PIB, em 2005, assim como a previsão dessas mesmas despesas para 2050, sob o cenário de custo pressão⁵ e o cenário de contenção de custos⁶, estão descritas na Tabela 3. Pretende-se apresentar dados que permitam uma interpretação real do valor que estas mesmas despesas adquirem.

Na Tabela 3 é possível observar que as despesas com saúde pública e cuidados de longa duração, nos países da OCDE, correspondiam, em média, a 6,7% do PIB em 2005, sendo que para o ano de 2050 a projeção é de que tal despesa suba, em média, para 12,8% do PIB, num cenário de custo pressão, e de 10,1% do PIB, num cenário de contenção de custos. Verifica-se, também, que Portugal se inclui no grupo de países que apresenta valores de despesa superiores aos da média da OCDE, com exceção dos valores das despesas relacionadas com cuidados de longa duração, em que apresenta dos valores mais baixos em 2005 (0,2% do PIB) e nas projeções para 2050.

⁵ Suposição realizada tendo em conta as tendências dos anos anteriores e na qual as ações políticas não pretendem contrariar essas tendências.

⁶ Neste cenário as ações políticas são direcionadas para a contenção da despesa que até então era crescente.

Tabela 3

Despesa com cuidados de saúde, com cuidados de longa duração e total de despesa em percentagem do PIB em 2005 e previsão das mesmas despesas para 2050

Países	Despesas com cuidados de saúde em % do PIB			Despesas com cuidados de longa duração em % do PIB			Total de despesa em % do PIB		
	2005	2050		2005	2050		2005	2050	
		Cenário de custo pressão	Cenário de contenção de custos		Cenário de custo pressão	Cenário de contenção de custos		Cenário de custo pressão	Cenário de contenção de custos
Áustria	3,8	7,6	5,7	1,3	3,3	2,5	5,1	10,9	8,2
Bélgica	5,7	9,0	7,2	1,5	3,4	2,6	7,2	12,4	9,8
França	7,0	10,6	8,7	1,1	2,8	2,0	8,1	13,4	10,8
Alemanha	7,8	11,4	9,6	1,0	1,9	2,2	8,8	14,3	11,8
Itália	6,0	9,7	7,9	0,6	3,5	2,8	6,6	13,2	10,7
Japão	6,0	10,3	8,5	0,9	3,1	2,4	6,9	13,4	10,9
México	3,0	7,5	5,7	0,1	4,2	3,0	3,1	11,7	8,7
Noruega	7,3	10,7	8,9	2,6	4,3	3,5	9,9	15,0	12,4
Portugal	6,7	10,9	9,1	0,2	2,2	1,3	6,9	13,1	10,4
Espanha	5,5	9,6	7,8	0,2	2,6	1,9	5,6	12,1	9,6
Reino Unido	6,1	9,7	7,9	1,1	3,0	2,1	7,2	12,7	10,0
Estados Unidos	6,3	9,7	7,9	0,9	2,7	1,8	7,2	12,4	9,7
Média	5,7	9,6	7,7	1,1	3,3	2,4	6,7	12,8	10,1

Fonte: Adaptado de *OECD* (2006a)

Note-se que as diferenças entre os países não se resumem apenas à despesa pública, uma vez que a forma de organização e o financiamento dos cuidados de longa duração - seguros, partilha de custos de acordo com o tipo de serviço prestado, parcerias entre o setor público e o privado e/ou impostos gerais - varia muito de país para país. Por outro lado, refira-se que o envelhecimento da população não constitui o único fator que conduz ao aumento das despesas com cuidados continuados. Grande parte da responsabilidade está a cargo das novas tecnologias, novos tratamentos médicos, procura de melhoria dos cuidados e de cuidados com qualidade, sendo que, em alguns casos, o aumento da participação das mulheres no mercado do trabalho ou o crescimento do número de famílias mais reduzidas leva a diminuição de cuidados informais e conseqüentemente, despesas mais elevadas (OECD, 2006b). Do lado oposto, o envelhecimento saudável pode contribuir para que a tendência de envelhecimento da população não aumente as despesas com cuidados de longa duração. Nesse sentido, podem ser desenvolvidas políticas de educação para a saúde de forma a diminuir (ou mesmo eliminar) fatores de risco que conduzem, cada vez mais, a doenças crónicas e à incapacidade (OECD, 2007).

1.1.4. Desafios Futuros e Tendências

De modo geral, em todo o mundo, predominam os cuidados informais prestados por familiares, amigos ou até vizinhos. As mudanças que têm alterado a sociedade como o surgimento de um maior número de pessoas a viverem sozinhas, famílias menores e aumento das mulheres no mercado de trabalho podem levar à diminuição deste tipo de cuidados. Estas tendências constituem uma preocupação da economia mundial (European Communities, 2002). Neste

sentido, têm emergido ações dirigidas aos cuidadores informais. Estas ações vão desde a formação que facilita a prestação de cuidados, o acesso a cuidados de descanso que aliviem a carga emocional e psicológica suportada pelo próprio prestador até ajudas financeiras, principalmente para aqueles que têm de deixar o seu emprego (OECD, 2005).

Na última década, alguns países tentaram melhorar a prestação de cuidados de longa duração no sentido de colmatar a lacuna até então existente. Uma das apostas no desenvolvimento deste tipo de cuidados corresponde à prestação de cuidados em casa por profissionais, os designados *home care*, cujo número tem vindo a aumentar na generalidade dos países da OCDE. Em alguns países correspondem a 30% dos recursos públicos gastos em cuidados de longa duração (OECD, 2005). O decréscimo dos cuidados institucionais em detrimento dos cuidados no domicílio parece constituir a dimensão que ganha cada vez mais força nos estados membros da União Europeia. Um dos desafios na concretização deste tipo de cuidados resume-se à falta de profissionais e, principalmente, de profissionais com formação específica na área (European Commission, 2008).

Santana (2000) salienta que para as pessoas idosas poderem ter acesso a cuidados de saúde adequados é ainda necessário percorrer um longo caminho onde as alterações demográficas, estilos de vida e comportamentos individuais devem ser tidos em linha de conta, a fim de obter equidade na acessibilidade a esses mesmos cuidados. Veras (2009) mantém a mesma linha de pensamento realçando, ainda, a importância do modelo preventivo em detrimento do modelo curativo, valorizando o todo, de forma a obter a máxima capacidade funcional de cada indivíduo.

A oferta de cuidados de longa duração continua a ser insuficiente e desajustada à sua população. Tornou-se um desafio para os países o acesso universal e adequado a cuidados de longa duração, cuidados estes de qualidade que estejam ao dispor de toda a população e que sejam, acima de tudo, sustentáveis ao longo do tempo. Neste sentido cabe a cada país desenvolver a capacidade de moldar os modelos atuais à sua população e até reformula-los, se necessário (Fernandez, Forder, Trukeschitz, Rokosová & McDaid, 2009; Coyote, Goodwin & Laporte, 2008).

1.2. ENQUADRAMENTO NACIONAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS

1.2.1. Sistemas de Saúde e Evolução do Sistema de Saúde Português

Segundo Béresniak e Duru (1999), cada país possui uma determinada forma de organização para dar resposta à constante procura de cuidados de saúde por parte da população. Organização que combina a atividade dos profissionais de saúde com a dos diversos pares que contribuem para o financiamento da prestação de cuidados. A este conjunto de atividades podemos designar de “sistema de saúde” que tem como pressuposto conciliar solidariedade e liberdade. Segundo Ferreira (1989), o conceito de sistema tem implícitos diversos significados devido ao facto de este termo, na vida quotidiana, ser um pouco ambíguo. No entanto, um sistema de cuidados de saúde equivale a um conjunto de regras orientadoras de atividades ordenadas pela sociedade com a finalidade de alcançar um maior nível de saúde dependendo, maioritariamente, dos sistemas políticos, sociais e económicos dominantes.

Os sistemas de saúde emergiram de forma ordenada com a revolução industrial, no final do século XIX, tendo-se desenvolvido sob a influência dos modelos apresentados por Beveridge e Bismark. Estes dois modelos inspiram, na atualidade, os sistemas de saúde existentes (Simões, 2005). De acordo com Cabral et al. (2010), o modelo Beveridge caracteriza-se pelo financiamento baseado em impostos em que os indivíduos têm direito à saúde, independentemente da atividade profissional desenvolvida, sendo o acesso universal. Ainda segundo os autores, o sistema de saúde português, embora inspirado neste modelo, é considerado um modelo misto pois combina financiamentos e prestações públicas e privadas. Por outro lado, o modelo de Bismark condiciona o direito à saúde à atividade profissional - as quotas de empregadores e trabalhadores constituem a base do financiamento. Segundo Carvalho (2009), a partir do século XX as especificidades do modelo Bismark passaram a estar na base do sistema de saúde português, pois o acesso aos cuidados de saúde durante o estado novo fundamentava-se no pagamento de fundos de doença. Posteriormente, a criação do sistema nacional de saúde constituiu a tentativa da transição do modelo de Bismark para o modelo Beveridge sendo que, na atualidade, ainda assume características dos dois modelos, confirmando aquilo que já havia sido referido por Cabral et al. (2010).

O sistema nacional de saúde português caracteriza-se pela coexistência de três sistemas de cobertura, designadamente, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os seguros privados e públicos planeados para certas profissões designados de subsistemas de saúde e os sistemas de seguros de saúde privados voluntários (Grosse-Tebbe & Figueras, 2005).

O sistema de saúde português nem sempre teve a forma com que o conhecemos atualmente. Foram diversas as modificações que ocorreram ao longo dos anos, sobretudo na forma como estes mesmos cuidados se adaptaram à população.

O período anterior a 1976 apresenta características bastante particulares que o distinguem de períodos posteriores. Segundo Cabral et al. (2010), no início, o Estado apenas prestava assistência aos mais necessitados, sendo que a prestação de cuidados de saúde era de índole, essencialmente, privada. As instituições particulares, em especial as misericórdias, prestavam a grande parte dos cuidados de saúde até meados do século XIX. Posteriormente, na segunda metade do século XIX, surgiram as associações de socorros mútuos que forneciam medicamentos e prestavam serviços médicos. Em 1935, o estado português desenvolveu o seguro social obrigatório, no entanto, o provimento de serviços médicos manteve-se diferenciado. Foi com a Federação das Caixas de Previdência, criadas em 1946, que os serviços médicos se propagaram. Em 1975 abrangiam cerca de 78% da população mas a qualidade do mesmo era considerada diminuta (Tribunal de Contas, 1999). Ainda em 1946, foi criado o suporte da organização hospitalar, através da Lei n.º 2011/1946 de 2 de abril, o que impulsionou a construção de hospitais públicos que, posteriormente, foram entregues às misericórdias (Simões, 2010).

No início dos anos 70, Portugal apresentava uma situação económica relativamente boa embora os indicadores de saúde se revelassem bastante desfavoráveis. Foi proposta uma intensa reforma no sistema de saúde português no sentido de se deixar de dar apenas importância ao aspeto curativo e passar-se a dar relevo à prevenção. Neste sentido, entre 1971 e 1973, foi desenvolvida a primeira geração de Centros de Saúde (CS), cuja atividade se centrava em medidas preventivas. Os hospitais mantinham-se a cargo das misericórdias e nos postos médicos das caixas de previdência realizavam-se cuidados curativos (Cabral et al., 2010).

Com o fim do regime ditatorial, e a entrada num período de democracia, as mudanças foram visíveis no SNS. Assim, o período de 1976 a 1990 apresenta características particulares que o distinguem de outros períodos. Em 1976 foi aclamado o reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos, através do artigo 64º da Constituição da República, que instituiu a criação de um SNS “universal, geral e gratuito” (Arnaut, Mendes & Guerra, 1979, p.14). O SNS surge, efetivamente, em 1979 permitindo ao Estado contrair com todos os cidadãos a responsabilidade do direito à saúde englobando todos os cuidados de saúde - estes vão desde a promoção da saúde até à prevenção e tratamento da doença (Cabral et al., 2010).

Em 1983 emergiram os CS de segunda geração que integravam os cuidados curativos e os cuidados preventivos surgindo, no ano seguinte, a Direção-Geral de Cuidados de Saúde Primários (Cabral et al., 2010). Em 1990, através da Lei n.º 48/90 de 24 de setembro, surgiu a Lei de Bases de Saúde, reforçando a obrigatoriedade do direito à proteção da saúde por parte do sistema de saúde. Neste sentido, o termo sistema de saúde passou a ter maior relevância e, simultaneamente, permitiu a abertura à iniciativa privada, como refere a Base XII. “O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades na promoção, prevenção e tratamento na área de saúde, bem como por todas as entidades privadas, e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades” (Lei n.º48/90 de 24 de setembro, 1990, p. 3454).

A nível hospitalar, entre 1994 e 1999 foram criados três modelos de gestão hospitalar com formato empresarial, já anteriormente previstos no Capítulo V do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro, 1993). A primeira concretização surgiu com o Hospital Fernando da Fonseca, posteriormente o Hospital de São Sebastião e, por último, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, considerada uma experiência inovadora, uma vez que engloba cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, com um único conselho de administração (Simões, 2005). Em 1999, apesar de não serem visíveis as implicações práticas, surgiram os CS de terceira geração. Desenvolveram-se, também, políticas de qualidade em que indivíduo se converte no alvo das reformas de saúde (Carvalho, 2009).

A partir de 2002 foi necessária a realização de medidas de controlo de despesa pública a nível da saúde, o que rompeu com as políticas desenvolvidas até à data (Carvalho, 2009). Assim, em 2002 com a Resolução de Ministros n.º 41/2002 de 7 de março, considerou-se que a “empresarialização” dos hospitais era fundamental para reformular a gestão hospitalar e, por conseguinte, melhorar o SNS. Demonstrou-se interesse em, posteriormente, transformar as unidades hospitalares em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Segundo Simões (2010), as Parcerias Público-Privadas (PPP) surgiram no enquadramento do SNS, em agosto de 2002. Com a Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, designada de Lei da Gestão Hospitalar, foi aprovado o novo regime jurídico, foram criadas unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos e foi realizada a primeira alteração à Lei de Bases de Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, 1990).

No final de 2002, 31 hospitais foram transformados em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Decreto-Lei n.º 272 a 281/2002 de 9 de dezembro, Decreto-Lei n.º 282 a 292/2002 de 10 de dezembro, Decreto-Lei n.º 293 a 302/2002 de 11 de dezembro, 2002). Sem uma consolidação efetiva dos Decretos-Lei acima referidos, em 2005 emergiu a transformação dos 31 hospitais em EPE. No mesmo ano, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de outubro, emergiu a Missão para os Cuidados de Saúde Primários com dependência direta do Ministério da Saúde.

Até 2008 mantiveram-se os CS de segunda geração. Estiveram até então dependentes das sub-regiões de saúde existentes em cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS). Após a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, constituiu-se como uma das novidades o aparecimento dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), tendo sido extintas todas as sub-regiões de saúde. Assim, os ACES são constituídos por diversas unidades funcionais como Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) ou outras, que integram um ou mais CS. Apesar de possuírem autonomia administrativa, os ACES estão dependentes da respetiva ARS.

A estrutura orgânica do Ministério da Saúde foi reformulada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro, no ano em que se iniciou um novo ciclo político, sendo que se procedeu à extinção ou fusão de algumas entidades e à criação e reestruturação de outras.

1.2.2. G3nese dos Cuidados Continuados

O conceito de cuidados continuados mistura-se com o de cuidados de sa3de, apesar de o primeiro ter vindo a conquistar a sua independ3ncia. Enquanto os cuidados de sa3de pretendem mudar uma condi3o de sa3de, os cuidados continuados pretendem que a situa3o de sa3de seja toler3vel, implicando interven3o n3o s3o da 3rea da sa3de mas, t3mb3m, das 3reas social e pol3tica. Tal como est3 impl3cito no seu conceito, s3o cuidados duradouros e constantes destinados a toda a popula3o, independentemente da idade. No entanto, a popula3o idosa 3 o seu p3blico-alvo (Cabral et al., 2010).

Em Portugal, durante a d3cada de 90 do s3culo passado, inicia-se o reconhecimento da necessidade de cuidados continuados, dirigidos 3s pessoas em situa3o de depend3ncia. Mais concretamente, em 1998 surge o Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho entre o Minist3rio da Sa3de e o Minist3rio do Trabalho e da Solidariedade Social que apresenta uma abordagem aos cuidados continuados com a defini3o de respostas asseguradas, por entidades, de acordo com a necessidade de cuidados do grupo-alvo.

Campos (2001) referia em 2001 que o sistema de sa3de portugu3s n3o oferecia respostas adequadas em termos de cuidados continuados, uma vez que a articula3o entre os cuidados que permitissem que os indiv3duos em situa3o de depend3ncia recuperassem era rara ou nula. Segundo Sim3es (2010), o passar do tempo demonstrou que as tentativas de resposta do Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho se apresentaram infrutuosas e diminutas devido ao seu estreito impacto face 3s necessidades reais. Assim, em 2003, atrav3s do Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro foi criada a rede de cuidados continuados, numa perspetiva de criar legisla3o pr3pria para uma 3rea que vem ligar e completar as redes j3 existentes de cuidados hospitalares e cuidados de sa3de prim3rios. As Institui3es Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e as institui3es privadas, com ou sem fins lucrativos, s3o, no Decreto-Lei acima referido, louvadas pelo servi3o prestado, at3 ent3o, ao SNS e, inclusivamente, s3o incentivadas a desenvolver o setor dos cuidados continuados. A fim de ser assegurada a presta3o de cuidados continuados foram contempladas diferentes tipologias de servi3os como unidades de internamento, unidades de recupera3o global e unidades m3veis domicili3rias.

Em consequ3ncia do Decreto-Lei acima referido, as miseric3rdias tornaram-se as impulsionadoras principais desta tipologia de servi3os, o que conduziu ao estabelecimento de um protocolo de coopera3o, em 29 de maio de 2004, entre a Uni3o das Miseric3rdias Portuguesas e o Minist3rio da Sa3de. O protocolo salienta que uma comiss3o de acompanhamento de monitoriza3o deve seguir a rede de cuidados continuados de sa3de, Esta comiss3o viria a ser suspensa em mar3o de 2005 (Despacho n.º 16 234/2005 26 de julho, 2005).

Ainda em 2005, a 27 de abril, surgiu com a Resolu3o de Concelho de Ministros n.º 84/2005 a Comiss3o para o Desenvolvimento dos Cuidados de Sa3de 3s Pessoas Idosas e 3s Pessoas em Situa3o de Depend3ncia cujo objetivo compreendia assimilar as necessidades existentes, para as pessoas idosas e em situa3o de depend3ncia, no que se refere 3 3rea da sa3de. Pretendia-se conhecer a oferta existente, nesta 3rea, de modo a ser criado um modelo operacional. Foi

considerado fundamental a ocorrência de modificações ao nível da política social e da saúde, pois a população mais idosa ou com perda de autonomia necessitava cada vez mais de cuidados de saúde personalizados e diferenciados. Verificam-se, portanto, novas necessidades no setor da saúde às quais devem ser fornecidas soluções adequadas de forma a melhorar a qualidade de vida e garantir a dignidade (Resolução de Conselho de Ministros n.º 84/2005, 2005).

Só em 2006 viria a surgir a RNCCI no sentido de dar resposta a um conjunto de necessidades a descoberto no sistema de saúde português (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2006).

1.2.3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A temática do envelhecimento propicia a que a sociedade, em geral, e os governos, em particular, se questionem e debatam quais as respostas mais adequadas. É, neste sentido, que se torna cada vez mais exequível o reconhecimento e desenvolvimento dos cuidados continuados como parte integrante dos cuidados de saúde. Tornou-se claro, ao longo dos últimos anos, que o envelhecimento e o aumento da esperança média de vida devem ter como premissa a preservação da dignidade humana em todo o seu sentido (Cabral et al., 2010). Segundo Campos (2008), o aparecimento dos cuidados continuados no SNS português tornou-se numa das mais, ou talvez até a sua mais importante remodelação desde 1978. A componente hospitalar passou a ter um seguimento com o aparecimento dos cuidados continuados, uma vez que cada indivíduo passou a ter cuidados adequados ao seu nível de dependência.

1.2.3.1. Princípios e Coordenação da RNCCI

Foi com o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho que surgiu, efetivamente, a RNCCI com o objetivo de cobrir o défice de cuidados paliativos e de longa duração, em Portugal. A necessidade deste tipo de cuidados torna-se mais visível devido ao gradual envelhecimento populacional em Portugal, ao aumento da esperança média de vida e ao aumento das doenças crónicas ou incuráveis, tal como refere Santana (2000). Este autor salienta, ainda, que em Portugal verificam-se desigualdades ao nível dos cuidados de saúde rurais e urbanos. É nas áreas rurais que vivem mais idosos em situação de isolamento social o que é acompanhado por menor oferta a nível de cuidados de saúde.

A RNCCI tem como principal objetivo “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. A recuperação total e a manutenção são o propósito dos cuidados continuados, num processo que se configura ativo e permanente (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006). De forma inovadora, a RNCCI pretende aliar a saúde, através dos hospitais e centros de saúde, a segurança social e as autarquias pois só com a sua unificação é possível a realização de um processo ativo e ininterrupto que inclui a “reabilitação, a readaptação e a reintegração social”. De um modo geral, a RNCCI destina-se a indivíduos com dependência funcional prolongada ou transitória, indivíduos

com doença avançada/terminal, indivíduos com incapacidade e pessoas idosas com critérios de fragilidade. De facto, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade são as principais especificidades da RNCCI, tal como o princípio da proximidade, a participação ativa do doente e familiares e a consequente responsabilização destes na prestação dos cuidados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006).

A RNCCI é coordenada a nível nacional, regional e local de forma hierarquizada através de um modelo que prevê a articulação e integração de diferentes tipos de unidades e equipas, de forma a prestar cuidados aos níveis social e de saúde, formando uma estrutura descentralizada. A nível regional existem 5 equipas, sendo que o local físico da sua existência corresponde à localização das respetivas ARS. Cada equipa é constituída por elementos das ARS e dos centros distritais de Segurança Social, que se articulam com a coordenação nacional e local. A nível local estão contempladas as Equipas Coordenadoras Locais (ECL), constituídas por um médico, um enfermeiro, um assistente social e, se necessário, um representante da autarquia local, que avaliam e acompanham as equipas e unidades existentes a nível local e, em simultâneo, se articulam com a coordenação regional (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006; Despacho n.º 19 040/2006 de 19 de setembro, 2006).

1.2.3.2. Modelo Organizativo da RNCCI

A prestação de cuidados continuados à população é assegurada por diversas tipologias, descritas na Tabela 4.

Tabela 4

Tipologias da RNCCI

Tipologias da RNCCI	
Internamento	Unidade de Convalescença (UC)
	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)
	Unidade de Longa Duração de Manutenção (ULDM)
Ambulatório	Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)
Hospitalares	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA)
	Equipa de Gestão de Altas (EGA)
Domiciliárias	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)
	Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

Fonte: Elaboração própria com base em informação do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006)

Cada uma destas entidades possui características e objetivos próprios, presta serviços diferenciados, possui recursos especializados e tem inerentes critérios de ingresso ou prazos de internamento adequados a cada uma delas (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006; Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008 de 07 de janeiro, 2008):

- (i) As Unidades de Convalescença (UC) prestam, sobretudo, cuidados de reabilitação e dirige-se a utentes com perda temporária da autonomia potencialmente recuperável tendo, por conseguinte, um período de internamento até 30 dias ininterruptos. Este tipo

de unidades de internamentos deve estar integrado ou articulado com um hospital de agudos, embora seja independente;

- (ii) As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) devem estar articuladas com um hospital de agudos e coexistir em espaço físico próprio. Têm como objetivo a prestação de cuidados que levem à estabilização clínica e reabilitação do utente que perdeu temporariamente a autonomia, devido a um processo agudo ou descompensação de uma patologia crónica, mas potencialmente recuperável entre 30 a 90 dias. Neste caso o doente necessita de cuidados de reabilitação e de enfermagem 24 horas por dia.
- (iii) As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) prestam cuidados que beneficiem e mantenham a melhor qualidade de vida possível, na tentativa de evitar ou adiar a situação de dependência do indivíduo. Este tipo de unidade pressupõe um período de internamento superior a 90 dias e insere consigo um novo conceito de descanso do cuidador, que permite o internamento, até 90 dias por ano, em situações de necessidade de descanso do cuidador principal ou em situações de dificuldade de apoio ao utente;
- (iv) As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) prestam cuidados de saúde a indivíduos com doença progressiva, incurável e avançada devendo, por isso, localizar-se num hospital, mas com espaço físico próprio;
- (v) Relativamente às unidades de ambulatório, sobressai a Unidade de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA) que, tal como o nome da tipologia indica, se destina a prestar cuidados de suporte, apoio social e melhoria da autonomia, em regime de ambulatório, a indivíduos que não têm condições para o realizar nas suas habitações;
- (vi) A nível hospitalar destacam-se a Equipa de Gestão de Altas (EGA) e a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), ambas constituídas por equipas multidisciplinares. A EGA tem como função preparar e gerir as altas hospitalares, articulando-se com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Equipa Coordenadora Regional (ECR) e a ECL, de forma a dar continuidade às necessidades que os doentes requerem, quer no domicílio quer em unidades de internamento. A EIHSCP presta cuidados de aconselhamento em cuidados paliativos às diferentes equipas de profissionais do hospital ou cuidados diretos a doentes internados em fase avançada/terminal, caso seja solicitada. Neste sentido, a esta equipa é exigida formação em cuidados paliativos, tal como devem possuir espaço próprio que permita o planeamento da sua laboração;
- (vii) A ECCI presta cuidados em regime de ambulatório a indivíduos cuja situação não necessita de internamento e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) auxilia e aconselha as equipas de cuidados integrados, as UMDR e as ULDM na área de cuidados paliativos.

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) surgiu em 2006, com o objetivo de coordenar o funcionamento da RNCCI sendo, por conseguinte, uma estrutura de missão que operacionaliza e conduz, efetivamente, a sua implementação (Simões, 2010).

A UMCCI foi criada em 2006 pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 168/2006 de 18 de dezembro. Contudo em 29 de dezembro, com o Decreto-Lei n.º 124/2011 foi extinta a UMCCI, passando as suas competências para a Administração Central do Sistema de Saúde.

1.2.3.3. Financiamento da RNCCI

De acordo com a legislação já referida que instituiu a RNCCI, esta integra o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e pretende prestar cuidados a indivíduos cuja autonomia se encontra comprometida, independentemente da idade. A diversificação das fontes de financiamento é uma das particularidades da RNCCI. Assim, os ministérios referidos partilham os encargos resultantes das unidades e equipas existentes, dependendo da tipologia. O Ministério da Saúde, através dos orçamentos das respetivas ARS, é totalmente responsável pelas UC, UCP, EGA, EIHS CP e ECSCP. As restantes unidades/equipas são imputadas aos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, dependendo da natureza dos cuidados prestados.

O artigo 47º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho salienta, ainda, que as UMDR, ULDM, as UDPA e as equipas de cuidados continuados seriam comparticipadas pelo utente, dependendo do rendimento familiar. As experiências piloto seguiram as orientações acima mencionadas, no entanto, o desenvolvimento da RNCCI levou a alterações no que se refere aos preços atribuídos a cada tipologia.

Campos (2008) salienta o facto de a reforma nos cuidados continuados ter sido possível após a publicação do Decreto-Lei n.º 56/2006 de 15 de março, que modificou a partilha dos resultados líquidos dos jogos sociais. A parcela de 16,6% foi destinada à concretização do Plano Nacional de Saúde. Segundo o autor, aquando da distribuição dos recursos grande parte destes dirigiu-se para os cuidados continuados. O Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, no seu artigo 36º, menciona que as instituições impulsionadoras e administradoras das unidades e equipas da RNCCI são as entidades públicas, com ou sem autonomia patrimonial, e com autonomia financeira e administrativa, os CS, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou as entidades privadas com fins lucrativos.

1.2.3.4. Acesso à RNCCI

O aplicativo de monitorização da RNCCI (plataforma informática), criado pela UMCCI, corresponde a um instrumento de utilização comum que permite a administração constante dos diferentes níveis de coordenação existentes na RNCCI. Os registos no aplicativo, a preencher por cada unidade/equipa, são fundamentais para permitir a monitorização e avaliação da RNCCI.

A proposta de ingresso na RNCCI é efetuada pela vertente hospitalar, mais concretamente pelas EGA e pela vertente domiciliária, através das ECCI. No caso do doente se encontrar internado, o serviço deve sinalizar à EGA a necessidade da referenciação, o mais precocemente possível, isto é, nas primeiras 48 horas após o internamento. Esta, por sua vez, inicia a proposta de ingresso na

RNCCI à ELC da área de residência do utente, através do aplicativo onde é criado um novo episódio. Se o utente se encontra no domicílio, qualquer cidadão ou profissional, tanto da área de saúde como da área social, deve sinalizar a situação ao médico da família, enfermeiro ou assistente social do CS da área de residência do doente. Após ser verificado se o doente reúne critérios de ingresso na RNCCI um elemento referenciador do CS (médico, enfermeiro ou assistente social) referencia o utente.

A criação de um novo episódio no aplicativo implica a introdução dos elementos identificativos do doente, diagnóstico e caracterização social, tal como a identificação da tipologia de cuidados, proposta por ser apropriada às necessidades do utente. Posteriormente, ainda através do aplicativo, a respetiva ECL avalia o processo verificando se os critérios de referenciação são cumpridos e se a tipologia é adequada ao doente aprovando, ou não, a proposta e iniciando o processo de admissão.

Caso o doente aceite as condições de admissão deve proceder à escolha da unidade que, geograficamente, lhe é mais vantajosa em termos de distância à zona de residência, por ordem preferencial dentro da mesma tipologia. É obrigatório que o doente, ou o seu representante legal, assine o consentimento informado e/ou o termo de aceitação. No caso de o utente estar referenciado para uma UMDR ou para uma ULDM este, ou o seu representante legal, deve assinar o termo de aceitação de internamento que se refere ao valor diário que lhe corresponde pagar em função dos rendimentos e do agregado familiar do utente. De seguida, a ECL informa a ECR para alocar vaga, porque esta é detentora das vagas existentes em cada unidade, sendo que as próprias unidades devem informar sempre o número de vagas disponíveis e o género que pode ser ocupado.

Se existir vaga, a ECR certifica a associação com a ECL, a entidade referenciadora, doente e unidade/equipa prestadora. No caso de não existir vaga na região é contactada a ECR mais próxima e assim, sucessivamente, até se encontrar vaga. No caso de os objetivos terapêuticos não serem atingidos, ou se ter esgotado o prazo de internamento, existe a possibilidade de mobilidade dos utentes dentro da RNCCI.

Segundo o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2008) o aplicativo da RNCCI não permite a formação de lista de espera de doentes para ingressar numa unidade, pelo que apenas existem doentes a aguardar vaga numa unidade.

1.2.3.5. Metas da RNCCI

Em 2006, quando a RNCCI foi criada, foi definido que o período de execução em todo o território nacional seria de dez anos e esta execução seria realizada em três fases de modo a atingir, em 2016, determinado número de camas de cada tipologia por habitante. A primeira fase, cuja cobertura corresponde a 30% do território nacional, compreende o período de 2006 a 2009, a segunda fase avançaria de 2009 a 2013, com objetivo de 60% de cobertura, e a terceira fase revestiria todo o território nacional a 100% até ao ano de 2016 (Cabral et al., 2010).

Para Simões (2010), previa-se que em 2010 se atingisse 60% de cobertura e decorridos dez anos desde a sua implementação serão atingidos os objetivos de 1,44 camas de convalescença, 1,6 camas de média duração, 4 camas de longa duração, 0,48 camas de paliativos e 1,2 lugares em unidades de dia, por cada 1.000 habitantes com mais de 65 anos. Deveria, também, existir, por hospital, uma equipa de gestão de altas e, pelo menos, uma equipa de cuidados continuados integrados por cada ACES. Prevê-se que, por cada 150.000 habitantes, haverá uma ESCP e uma EIHSCP por cada 250.000 habitantes.

A UMCCI coordenou também o programa nacional de cuidados paliativos, com o intuito de aproximar os cuidados paliativos às orientações internacionais e reconhecendo esta área como prioritária. Assim definiram-se rácios ao nível da área de internamento de cuidados paliativos, com o pressuposto de que 30% das camas de cuidados paliativos deveriam localizar-se em hospitais, 50% das camas em unidades de paliativos da RNCCI e 20% em unidades da RNCCI não específicas unidades de paliativos. O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) pretende cumprir 80% dos rácios internacionais que são: 80 a 100 camas por milhão de habitante. Neste sentido em Portugal deverão existir 64 a 80 camas por milhão de habitante no final do plano de implementação. A RNCCI tornou-se uma peça fundamental no desenvolvimento dos cuidados paliativos e um enorme desafio para a sua concretização (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2010a; UMCCI 2010c).

Com a RNCCI esperam-se ganhos a nível da saúde e da qualidade de vida dos utilizadores mas, também, ganhos no que se refere aos hospitais do SNS, ao nível da sua eficiência. A oferta de serviços no SNS pretende ser aperfeiçoada com a integração da RNCCI (Simões, 2010).

A implementação das experiências piloto tornou-se a fase inaugural da RNCCI, numa tentativa de ser avaliada a viabilidade do modelo nas suas especificidades e, se necessário, melhorá-lo e adaptá-lo à realidade existente no terreno. Deste modo, no decorrer dos últimos anos até à atualidade, foi surgindo nova legislação no sentido de aperfeiçoar e melhorar a RNCCI. De tudo um pouco foi abordado e especificado desde participações, atribuição de apoios financeiros, afixação dos preços em vigor no decorrer dos anos em cada unidade/equipa da RNCCI até à identificação anual das unidades implementadas no território nacional.

CAPÍTULO II:
CARACTERIZAÇÃO ESTATÍSTICA DA PROCURA E
OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM
PORTUGAL, COM DESTAQUE PARA A OFERTA
DE CUIDADOS CONTINUADOS

2.1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO: DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O presente capítulo permite identificar os métodos e técnicas utilizadas durante a execução da dissertação em causa. Recorde-se que com este trabalho de investigação pretende-se comparar a oferta existente dos serviços prestados pelas unidades de cuidados continuados, em Portugal, com a procura deste tipo de serviços, por parte da população, tendo como base dados secundários e a metodologia estatística adequada à análise deste tipo de informação. Face ao objetivo proposto este é um estudo, marcadamente, de carácter quantitativo descritivo onde se procede à descrição e caracterização de fatores, especificamente da oferta e da procura existente dos serviços de cuidados continuados integrados. Pretende-se relacionar estes dois lados do mercado deste tipo de serviços e identificar as ligações existentes entre os mesmos.

A OMS (1948) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença e a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948 (1978) considera a saúde como um dos direitos fundamentais do Homem sendo que a procura de cuidados de saúde, por parte das populações, tem sido uma constante. A saúde permite que haja desenvolvimento a nível humano e económico, contudo a oferta deste tipo de cuidados tem sofrido alterações ao longo dos tempos, no conjunto dos países desenvolvidos. Portugal não é exceção.

As ilações, sobre a adequação da oferta e da procura de cuidados continuados de saúde, serão retiradas recorrendo a instrumentos de estatística descritiva que permitam realizar comparações entre os dois lados do mercado e analisar a evolução tanto da componente da procura como da componente da oferta. Serão utilizadas medidas de localização e comparação de valores médios entre grupos – destaca-se a análise, em particular, do grupo populacional com 65 ou mais anos – assim como de crescimento dos indicadores ao longo do tempo.

O período temporal, em análise, corresponde à última década (2000 a 2011), para o lado da procura de cuidados de saúde e para a oferta geral dos mesmos. Analisa-se, em particular, o quinquénio 2007 a 2011 já que a RNCCI só foi implementada em 2006 e apenas a partir de 2007 existem dados consistentes e comparáveis para a análise deste tipo de oferta de cuidados de saúde. Note-se que a seleção deste período de tempo, para análise da evolução dos cuidados de saúde, prende-se com uma razão fundamental. A atividade da RNCCI, a oferta de cuidados de saúde em destaque neste trabalho de investigação, só ter iniciado a sua atividade em 2006.

Para analisar a evolução da oferta de cuidados de saúde em Portugal, nos últimos anos, foram recolhidos e analisados dados estatísticos que permitem caracterizar a evolução da oferta de cuidados de saúde existentes em Portugal recorrendo a um conjunto de indicadores. Destacam-se, para a procura de cuidados de saúde, os seguintes indicadores: população residente em Portugal e por regiões, densidade populacional, esperança de vida à nascença, esperança de vida aos 65 anos, índice de longevidade, índice de envelhecimento, número de óbitos por causa de

morte, índice de dependência de idosos, índice de renovação da população em idade ativa e distribuição da população idosa que vive sozinha. Para a oferta de cuidados de saúde, em geral, destacam-se os indicadores relativos a: estabelecimentos de saúde, taxa de ocupação de camas, número de hospitais e centros de saúde, número de camas e número de internamentos nos hospitais, centros de saúde e por 1.000 habitantes.

Para a análise particular da evolução da oferta de cuidados de saúde continuados abrangem-se diversas áreas, entre as quais a implementação da RNCCI, entidades prestadoras de cuidados, unidades e equipas que a constituem, processo de referenciação, utentes assistidos pela RNCCI, tempo de internamento, motivo de alta e destino dos utentes após a alta, taxa de ocupação de cada tipologia e a cobertura populacional atingida. Ao longo da apresentação dos indicadores selecionados para analisar a evolução da oferta de cuidados de saúde serão apresentados os valores absolutos para cada indicador em cada ano, os seus valores relativos e as respetivas taxas de crescimento anuais⁷ e médias⁸. Sempre que se justifique serão apresentados outros indicadores de estatística descritiva.

O estudo estatístico da procura e oferta de cuidados de saúde continuados, faz-se por região NUT II⁹, sendo que a este nível de desagregação estatística regional as regiões de Portugal continental consideradas são: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Dá-se particular destaque a Portugal continental porque ser nesta localização geográfica que se distribui a RNCCI.

Os dados estatísticos utilizados na análise, e tratados em Excel, foram recolhidos em diversas publicações estatísticas. Relativamente à procura de cuidados de saúde e à oferta de cuidados de saúde gerais foram principalmente recolhidos dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE). Em relação à oferta de cuidados continuados foram recolhidos dados estatísticos da UMCCI e da RNCCI, dos quais se destacam relatórios de monitorização do desenvolvimento e da atividade e publicações da RNCCI.

⁷ A taxa de crescimento anual é obtida através da fórmula: $(\frac{X_t - X_{t-1}}{X_{t-1}}) \times 100$, sendo X_t , o valor do indicador no ano t e X_{t-1} , o valor do indicador no ano t-1.

⁸ A taxa de crescimento média anual num determinado período de tempo é obtida através da fórmula: $\sqrt[n]{\frac{X_t}{X_{t-n}}} \times 100$, sendo X_t , o valor do indicador no ano t e X_{t-n} , o valor do indicador no ano t-n.

⁹ NUT II – Nomenclatura de Unidade Territorial de Nível II

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

2.2.1. Caracterização Demográfica da População Portuguesa

Para a caracterização da procura de cuidados de saúde em Portugal considerou-se fundamental recolher dados sobre as características demográficas e clínicas da população nacional, ao nível regional (NUT II). Tais dados estatísticos foram recolhidos junto do INE. A população portuguesa residente em Portugal continental é aquela aqui considerada pois é aquela que integra o grupo-alvo da procura de unidades de cuidados continuados. A RNCCI não está contemplada nas regiões autónomas da Madeira e Açores.

Em 2011, de acordo com os últimos censos, a população portuguesa compõem-se de 10.561.614 indivíduos, sendo que 52,2% destes são mulheres. A distribuição da população portuguesa por região, género e grupo etário, em 2011, apresenta-se na Tabela 5. Nesta tabela é possível ainda verificar a ponderação de cada um dos géneros (por faixa etária) no total da população.

Tabela 5

Distribuição, absoluta e relativa, da população residente em Portugal, por região, género e grupo etário, à data dos Censos 2011

Faixa etária	Género	Local de residência à data dos Censos 2011													
		Portugal	%	Continente	%	Norte	%	Centro	%	Lisboa e Vale do Tejo	%	Alentejo	%	Algarve	%
Total	Total	10.561.614		10.047.083		3.689.609		2.327.580		2.821.699		757.190		451.005	
	Homens	5.047.387	47,8	4.799.593	47,8	1.766.450	47,9	1.111.400	47,7	1.334.983	47,3	366.760	48,4	220.000	48,8
	Mulheres	5.514.227	52,2	5.247.490	52,2	1.923.159	52,1	1.216.180	52,3	1.486.716	52,7	390.430	51,6	231.005	51,2
0 - 14 anos	Total	1.572.546		1.484.328		557.299		319.284		437.963		102.795		66.987	
	Homens	804.133	51,1	758.970	51,1	284.901	51,1	163.398	51,2	223.621	51,1	52.794	51,4	34.256	51,1
	Mulheres	768.413	48,9	725.358	48,9	272.398	48,9	155.886	48,8	214.342	48,9	50.001	48,6	32.731	48,9
15 - 24 anos	Total	1.145.770		1.078.057		425.465		238.908		294.547		73.637		45.500	
	Homens	580.834	50,7	546.342	50,7	215.329	50,6	121.430	50,8	148.630	50,5	37.799	51,3	23.154	50,9
	Mulheres	564.936	49,3	531.715	49,3	210.136	49,4	117.478	49,2	145.917	49,5	35.838	48,7	22.346	49,1
25 - 64 anos	Total	5.820.794		5.535.141		2.072.089		1.244.936		1.571.120		396.882		250.114	
	Homens	2.813.232	48,3	2.672.822	48,3	1.000.528	48,3	604.815	48,6	747.107	47,6	197.500	49,8	122.872	49,1
	Mulheres	3.007.562	51,7	2.862.319	51,7	1.071.561	51,7	640.121	51,4	824.013	52,4	199.382	50,2	127.242	50,9
65 e mais anos	Total	2.022.504		1.949.557		634.756		524.452		518.069		183.876		88.404	
	Homens	849.188	42,0	821.459	42,1	265.692	41,9	221.757	42,3	215.625	41,6	78.667	42,8	39.718	44,9
	Mulheres	1.173.316	58,0	1.128.098	57,9	369.064	58,1	302.695	57,7	302.444	58,4	105.209	57,2	48.686	55,1

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012)

Apesar da superioridade numérica do género feminino no total nacional é de realçar que esta não se verifica nas faixas etárias dos 0 aos 24 anos de idade. Segundo os Censos 2011, em Portugal as faixas etárias dos 25 aos 64 anos e dos 65 ou mais anos têm uma representatividade superior às faixas etárias dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24 anos. Note-se que a faixa etária dos 65 ou mais anos se encontra mais representada do que a faixa etária daqueles que possuem até 14 anos de idade. É possível, também, visualizar que a região onde se concentra uma grande fatia da população é a região Norte (34,9% da população total), sendo que nas regiões do Alentejo e

Algarve é onde existe menor expressividade populacional. Note-se que 95,1% da população se concentra no território continental. No que respeita à idade da população verifica-se que as regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo apresentam maior percentagem de população com 65 ou mais anos.

Outro indicador importante na caracterização de uma população num determinado território refere-se à densidade populacional. O INE (2012) considera a densidade populacional como a intensidade do povoamento dada pela relação entre o número de habitantes residentes num determinado território e a superfície territorial do mesmo (medida em km²). Pode observar-se a evolução deste indicador, por região, entre o ano de 2000 e 2011 na Tabela 6.

Tabela 6

Densidade populacional, por região, de 2000 a 2011

Localização geográfica	Indicadores	Anos											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Portugal	Valor anual (Nº/km ²)	111,6	112,3	113,2	113,9	114,3	114,8	115,1	115,3	115,4	115,4	115,4	114,5
	Taxa de crescimento (%)		0,6	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	-0,8
	Taxa de crescimento médio (%)												0,2
Continente	Valor anual (Nº/km ²)	110,1	110,9	111,8	112,5	112,9	113,3	113,6	113,8	113,9	113,9	113,9	112,8
	Taxa de crescimento (%)		0,7	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	-1,0
	Taxa de crescimento médio (%)												0,2
Norte	Valor anual (Nº/km ²)	171,2	172,4	173,5	174,4	175,1	175,6	175,9	176,0	176,0	176,0	175,8	173,3
	Taxa de crescimento (%)		0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	-0,1	-1,4
	Taxa de crescimento médio (%)												0,1
Centro	Valor anual (Nº/km ²)	82,5	83,0	83,6	84,0	84,3	84,5	84,6	84,6	84,5	84,4	84,3	82,5
	Taxa de crescimento (%)		0,6	0,7	0,5	0,4	0,2	0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-2,1
	Taxa de crescimento médio (%)												0,0
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº/km ²)	929,2	938,0	947,6	956,6	940,7	946,9	952,1	956,9	959,0	943,3	946,0	940,0
	Taxa de crescimento (%)		0,9	1,0	0,9	-1,7	0,7	0,5	0,5	0,2	-1,6	0,3	-0,6
	Taxa de crescimento médio (%)												0,1
Alentejo	Valor anual (Nº/km ²)	24,3	24,4	24,4	24,4	24,3	24,2	24,1	24,0	23,8	23,7	24,0	24,0
	Taxa de crescimento (%)		0,4	0,0	0,0	-0,4	0,0	-0,4	-0,4	-0,4	-0,8	-0,4	1,3
	Taxa de crescimento médio (%)												-0,1
Algarve	Valor anual (Nº/km ²)	76,8	78,3	79,8	81,2	82,4	83,4	84,4	85,3	86,1	86,9	87,6	90,3
	Taxa de crescimento (%)		2,0	1,9	1,8	1,5	1,2	1,2	1,1	0,9	0,9	0,8	3,1
	Taxa de crescimento médio (%)												1,5

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

A região onde se destaca maior densidade populacional, em 2011, é Lisboa e Vale do Tejo (940 habitantes/km²), em detrimento do Alentejo, onde a densidade populacional é de 24 habitantes/km². O Alentejo é a única região que viu a sua intensidade de povoamento, em média, ser diminuída desde 2000 até 2011 (0,1%/ano). Verifica-se, ainda, que nas restantes regiões houve crescimento médio anual entre os 0,1% e os 0,2%, à exceção do Algarve em que o crescimento médio anual foi de 1,5%.

A caracterização da população portuguesa ao longo dos anos tem sofrido alterações quer no número de indivíduos que a constituem quer na prevalência dos diferentes grupos etários. As

Tabelas 7 e 8 permitem observar tal evolução ao apresentar a população portuguesa residente, juntamente com as taxas de crescimento e taxas de crescimento médio anual.

Tabela 7

Evolução da população residente em Portugal entre 2001 e 2011

População residente		Local de residência						
		Portugal	Continente	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
Ano	2001	10.356.117	9.869.343	3.687.293	2.348.397	2.661.850	776.585	395.218
	2011	10.561.614	10.047.083	3.689.609	2.327.580	2.821.699	757.190	451.005
Taxa de crescimento entre 2001 e 2011 (%)		2,0	1,8	0,1	-0,9	6,0	-2,5	14,1
Taxa de crescimento médio (%)		0,2	0,2	0,0	-0,1	0,6	-0,3	1,3

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela 8

Distribuição da população residente em Portugal e Portugal continental, por grupo etário, em 2000 e 2010

Faixa etária	Género	Total			0 - 14 anos			15 - 24 anos			25 - 64 anos		
		Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Portugal	2000	10.256.658	4.950.696	5.305.962	1.640.675	839.176	801.499	1.465.315	744.054	721.261	5.473.381	2.666.249	2.807.132
	2010	10.636.979	5.146.643	5.490.336	1.607.734	823.336	784.398	1.162.855	593.437	569.418	5.934.933	2.924.154	3.010.779
Taxa de crescimento (%)		3,7	4,0	3,5	-2,0	-1,9	-2,1	-20,6	-20,2	-21,1	8,4	9,7	7,3
Taxa de crescimento médio (%)		0,4	0,4	0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-2,3	-2,2	-2,3	0,8	0,9	0,7
Continente	2000	9.779.845	4.720.879	5.058.966	1.544.365	789.762	754.603	1.385.034	702.967	682.067	5.235.288	2.551.296	2.683.992
	2010	10.143.600	4.907.502	5.236.098	1.520.178	778.339	741.839	1.094.523	558.285	536.238	5.660.494	2.788.615	2.871.879
Taxa de crescimento (%)		3,7	4,0	3,5	-1,6	-1,4	-1,7	-21,0	-20,6	-21,4	8,1	9,3	7,0
Taxa de crescimento médio (%)		0,4	0,4	0,3	-0,2	-0,1	-0,2	-2,3	-2,3	-2,4	0,8	0,9	0,7

Faixa etária	Género	65 e mais anos			65 - 74 anos			75 e mais anos		
		Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Portugal	2000	1.677.287	701.217	976.070	982.620	436.485	546.135	694.667	264.732	429.935
	2010	1.931.457	805.716	1.125.741	1.015.424	454.860	560.564	916.033	350.856	565.177
Taxa de crescimento (%)		15,2	14,9	15,3	3,3	4,2	2,6	31,9	32,5	31,5
Taxa de crescimento médio (%)		1,4	1,4	1,4	0,3	0,4	0,3	2,8	2,9	2,8
Continente	2000	1.615.158	676.857	938.301	946.035	421.366	524.669	669.123	255.491	413.632
	2010	1.868.405	782.263	1.086.142	981.197	441.002	540.195	887.208	341.261	545.947
Taxa de crescimento (%)		15,7	15,6	15,8	3,7	4,7	3,0	32,6	33,6	32,0
Taxa de crescimento médio (%)		1,5	1,5	1,5	0,4	0,5	0,3	2,9	2,9	2,8

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

As regiões do país onde, em 2011, reside maior população são o Norte e Lisboa e Vale do Tejo, sendo o Algarve a região onde reside menos população, como se tinha já visto. As Regiões Centro e Alentejo foram aquelas em que se verificou uma diminuição média anual negativa da população residente, de 0,1% e 0,3%, respetivamente. Em Portugal e em Portugal continental o aumento médio anual foi de 0,2%.

De 2000 a 2010 a população portuguesa apresentou, para os dois géneros e tanto em Portugal como em Portugal continental, um crescimento médio anual entre os 0,3% e os 0,4%. Verifica-se, ainda, que os grupos etários dos 0-14 anos e dos 15-24 anos foram aqueles em que houve uma diminuição média anual. Os restantes grupos etários apresentaram um crescimento médio anual, sendo este mais evidente para as faixas dos 65 e mais anos e 75 e mais anos.

As projeções constituem uma forma de compreender a evolução da população residente em Portugal, por isso, a Tabela A1 em Anexo I refere-se às projeções da população portuguesa até

2060, por género. Segundo a tabela, verifica-se que a população portuguesa até 2030 vai aumentar, de um modo geral e em ambos os géneros, mas posteriormente vai diminuir até 2060. Os grupos etários dos 80 aos 84 anos e dos 85 ou mais anos são os únicos que desde o ano de 2010 até ano de 2060 têm taxas de crescimento positivas, tanto nos homens como nas mulheres.

Uma população caracteriza-se, também, recorrendo à análise de esperança de vida à nascença, isto é, a média de número de anos que um indivíduo pode esperar viver à nascença e, pela esperança de vida aos 65 anos, que corresponde ao número de anos que um indivíduo de 65 anos pode esperar ainda viver. A Tabela 9 apresenta a evolução destes mesmos indicadores entre 2000 e 2004.

Tabela 9

Evolução da esperança de vida à nascença e esperança de vida aos 65 anos, por género, de 2000 a 2004

Indicadores		Anos				
		2000	2001	2002	2003	2004
Esperança de vida à nascença	Valor anual (Anos)	76,4	76,9	77,1	77,3	77,8
	Taxa de crescimento (%)		0,6	0,3	0,2	0,6
	Taxa de crescimento médio (%)					0,5
Esperança de vida à nascença (Mulheres)	Valor anual (Anos)	79,9	80,4	80,6	80,6	81,0
	Taxa de crescimento (%)		0,6	0,2	0,0	0,5
	Taxa de crescimento médio (%)					0,3
Esperança de vida à nascença (Homens)	Valor anual (Anos)	72,9	73,4	73,7	74,0	74,5
	Taxa de crescimento (%)		0,7	0,4	0,4	0,7
	Taxa de crescimento médio (%)					0,6
Esperança de vida aos 65 anos	Valor anual (Anos)	17,0	17,4	17,6	17,5	17,8
	Taxa de crescimento (%)		2,2	0,7	-0,2	1,4
	Taxa de crescimento médio (%)					1,0
Esperança de vida aos 65 anos (Mulheres)	Valor anual (Anos)	18,6	19,0	19,2	19,1	19,3
	Taxa de crescimento (%)		2,0	0,7	-0,4	1,2
	Taxa de crescimento médio (%)					0,9
Esperança de vida aos 65 anos (Homens)	Valor anual (Anos)	15,2	15,6	15,7	15,7	16,0
	Taxa de crescimento (%)		2,4	0,8	0,0	1,7
	Taxa de crescimento médio (%)					1,2

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

É visível que a esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar desde 2000 até 2004. Em 2004, cada indivíduo, à nascença, podia esperar viver 77,8 anos, em média. Isto significa que desde 2000 até 2004, o crescimento médio anual foi de 0,5%. No que se refere aos géneros, em 2004, as mulheres, em média, podem esperar viver mais anos do que os homens (81 *versus* 74,5 anos). No entanto foi nos homens que se verificou maior crescimento médio anual do indicador – a taxa de crescimento médio foi de 0,3%, para as mulheres, e de 0,6% para os homens. A esperança de vida aos 65 anos aumentou, em média para a população portuguesa, 1%/ano. Isto significa que, em 2004, os indivíduos que atingem os 65 anos, podem esperar viver ainda 17,8 anos, se se mantiveram as taxas de mortalidade por idade. Tal como acontece com a esperança de vida à nascença, também neste indicador se verifica que, de 2000 a 2004, as mulheres podem esperar viver mais anos, quando atingem os 65 anos, do que os homens. No entanto, é para estes últimos que o crescimento médio anual é maior.

Para completar a análise relativa a aspetos relacionados com o envelhecimento da população, a Tabela 10 apresenta a evolução do índice de longevidade de 2000 a 2010. O índice de longevidade espelha o amadurecimento populacional que ocorre num determinado território, uma vez que relaciona a população mais idosa (com 75 ou mais anos) e a população idosa (com 65 ou mais anos).

Tabela 10

Evolução do índice de longevidade, por região, de 2000 a 2010

Local de residência	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (%)	41,4	41,9	42,3	42,6	43,1	43,9	44,9	45,7	46,4	46,8	47,4
	Taxa de crescimento (%)		1,2	1,0	0,7	1,2	1,9	2,3	1,8	1,5	0,9	1,3
	Taxa de crescimento médio (%)											1,4
Continente	Valor anual (%)	41,4	42,0	42,3	42,7	43,2	43,9	44,9	45,8	46,4	46,9	47,5
	Taxa de crescimento (%)		1,4	0,7	0,9	1,2	1,6	2,3	2,0	1,3	1,1	1,3
	Taxa de crescimento médio (%)											1,4
Norte	Valor anual (%)	40,4	41,0	41,3	41,6	42,2	43,0	44,2	45,0	45,7	46,1	46,6
	Taxa de crescimento (%)		1,5	0,7	0,7	1,4	1,9	2,8	1,8	1,6	0,9	1,1
	Taxa de crescimento médio (%)											1,4
Centro	Valor anual (%)	43,3	43,9	44,2	44,6	45,1	45,9	47,0	47,9	48,6	49,4	50,1
	Taxa de crescimento (%)		1,4	0,7	0,9	1,1	1,8	2,4	1,9	1,5	1,6	1,4
	Taxa de crescimento médio (%)											1,5
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (%)	39,7	40,1	40,4	40,7	41,1	41,7	42,5	43,2	43,6	43,8	44,2
	Taxa de crescimento (%)		1,0	0,7	0,7	1,0	1,5	1,9	1,6	0,9	0,5	0,9
	Taxa de crescimento médio (%)											1,1
Alentejo	Valor anual (%)	42,8	43,5	44,1	44,7	45,4	46,3	47,8	49,0	50,0	51,0	52,2
	Taxa de crescimento (%)		1,6	1,4	1,4	1,6	2,0	3,2	2,5	2,0	2,0	2,4
	Taxa de crescimento médio (%)											2,0
Algarve	Valor anual (%)	43,9	44,2	44,4	44,6	44,6	44,9	46,0	46,8	47,2	47,9	48,8
	Taxa de crescimento (%)		0,7	0,5	0,5	0,0	0,7	2,4	1,7	0,9	1,5	1,9
	Taxa de crescimento médio (%)											1,1

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

De um modo geral, em todas as regiões, houve um crescimento médio anual positivo do índice de longevidade, refletindo o crescimento do número de indivíduos mais idosos em todas as regiões do continente. O Alentejo apresenta a maior taxa de crescimento do indicador (2%) e as regiões do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo são aquelas onde o crescimento é menor (1,1% em ambas).

O índice de envelhecimento, que relaciona a população idosa (65 ou mais anos) com a população jovem (0 aos 14 anos), apresenta-se nas Tabelas 11 e 12. A Tabela 11 apresenta os dados, por género, para toda a população portuguesa. A Tabela 12 apresenta o índice de envelhecimento por região.

Tabela 11

Índice de envelhecimento em Portugal, por género, de 2000 a 2010

Género	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	Valor anual (Nº)	102,2	104,2	105,5	106,8	108,7	110,1	111,7	113,6	115,5	117,6	120,1
	Taxa de crescimento (%)		1,9	1,2	1,3	1,8	1,3	1,5	1,7	1,7	1,8	2,1
	Taxa de crescimento médio (%)											1,6
Homens	Valor anual (Nº)	83,6	85,1	86,1	87,2	88,7	89,7	90,9	92,4	94,0	95,7	97,9
	Taxa de crescimento (%)		1,8	1,2	1,3	1,7	1,2	1,3	1,7	1,7	1,8	2,3
	Taxa de crescimento médio (%)											1,6
Mulheres	Valor anual (Nº)	121,8	124,2	125,8	127,5	129,8	131,5	133,5	135,8	138,1	140,6	143,5
	Taxa de crescimento (%)		2,0	1,3	1,3	1,8	1,3	1,5	1,7	1,7	1,8	2,1
	Taxa de crescimento médio (%)											1,7

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela 12

Evolução do índice de envelhecimento em Portugal, por região, de 2000 a 2011

Localização geográfica	Indicadores	Anos											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Portugal	Valor anual (Nº)	102,2	104,2	105,5	106,8	108,7	110,1	111,7	113,6	115,5	117,6	120,1	128,6
	Taxa de crescimento (%)		2,0	1,2	1,2	1,8	1,3	1,5	1,7	1,7	1,8	2,1	7,1
	Taxa de crescimento médio (%)												2,1
Continente	Valor anual (Nº)	104,6	106,5	107,8	109,3	111,2	112,6	114,2	116,2	118,1	120,3	122,9	131,3
	Taxa de crescimento (%)		1,8	1,2	1,4	1,7	1,3	1,4	1,8	1,6	1,9	2,2	6,8
	Taxa de crescimento médio (%)												2,1
Norte	Valor anual (Nº)	79,9	82,2	84,2	86,1	88,6	90,9	93,3	96,4	99,3	102,6	106,6	113,9
	Taxa de crescimento (%)		2,9	2,4	2,3	2,9	2,6	2,6	3,3	3,0	3,3	3,9	6,8
	Taxa de crescimento médio (%)												3,3
Centro	Valor anual (Nº)	129,9	132,3	133,7	135,8	138,2	140,1	142,3	144,8	147,2	149,7	152,9	164,3
	Taxa de crescimento (%)		1,8	1,1	1,6	1,8	1,4	1,6	1,8	1,7	1,7	2,1	7,5
	Taxa de crescimento médio (%)												2,2
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	103,3	104,1	104,2	104,6	105,6	105,9	106,3	107,0	108,1	109,4	111,0	118,3
	Taxa de crescimento (%)		0,8	0,1	0,4	1,0	0,3	0,4	0,7	1,0	1,2	1,5	6,6
	Taxa de crescimento médio (%)												1,2
Alentejo	Valor anual (Nº)	163,2	166,6	167,9	169,1	170,4	170,8	171,6	172,7	172,9	173,2	173,4	178,9
	Taxa de crescimento (%)		2,1	0,8	0,7	0,8	0,2	0,5	0,6	0,1	0,2	0,1	3,2
	Taxa de crescimento médio (%)												0,8
Algarve	Valor anual (Nº)	127,3	128,4	128,2	127,4	127,4	126,2	125,2	124,1	123,5	122,8	122,5	132,0
	Taxa de crescimento (%)		0,9	-0,2	-0,6	0,0	-0,9	-0,8	-0,9	-0,5	-0,6	-0,2	7,8
	Taxa de crescimento médio (%)												0,3

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

O índice de envelhecimento tem vindo a aumentar gradualmente ao longo dos anos para ambos os géneros. Os indivíduos do género feminino têm um índice de envelhecimento significativamente mais elevado do que os do género masculino (143,5 *versus* 97,9), em 2010, o que reforça as conclusões relativas à esperança média de vida à nascença. Em 2011, o índice de envelhecimento era de 128,6, o que significa que, por cada 100 indivíduos dos 0 aos 14 anos, existiam 128 idosos. De referir ainda que, em 2000, esse mesmo índice era de 102,2. A diferença corresponde a um crescimento médio de 2,1%/ano. Por NUT II, em 2011, o Alentejo (178,9) e o Centro (164,3) constituem as regiões com maior índice de envelhecimento. Inversamente, a zona Norte (113,9) apresenta o menor índice. Entre 2010 e 2011 verifica-se que, em todas as regiões com exceção do Alentejo, um crescimento positivo superior a 6,6%.

A taxa bruta de natalidade e a taxa bruta de mortalidade consolidam o estudo do envelhecimento populacional verificado nos últimos anos (Tabela A1 2 em Anexo I). A taxa bruta de mortalidade, que se refere ao número de óbitos observados, decresceu, em média, 0,3%, enquanto a taxa bruta de natalidade, referente ao número de nados vivos observados, diminuiu, em média, 2,1%, no território português. Em 2010, o Norte (8,6%) é a região onde a taxa bruta de mortalidade é menor e o Alentejo aquela em que a referida taxa é maior (14%). Por sua vez, as regiões de Lisboa e Vale do Tejo (11,5%) e do Algarve (11,2%) são aquelas onde o número de nados vivos ocorridos em 2010 foi mais elevado. A região Centro (8%) é aquela onde a taxa bruta de natalidade foi menor, para esse mesmo ano.

O conhecimento do número de óbito por causa de morte, apresentado na Tabela 13, permite obter informação adicional para caracterizar a população portuguesa e também o tipo de cuidados a que esta população mais recorre ou mais necessita.

Tabela 13

Evolução do número de óbitos, por causa de morte, de 2000 a 2010

Causa de Morte	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Doenças do aparelho circulatório	Valor anual (Nº)	40.804	40.557	40.846	40.893	36.983	36.570	32.872	34.103	33.642	33.314	33.693
	Taxa de crescimento (%)		-0,6	0,7	0,1	-9,6	-1,1	-10,1	3,7	-1,4	-1,0	1,1
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,9
Tumores malignos	Valor anual (Nº)	21.421	21.908	22.234	22.677	22.283	22.682	22.168	23.380	23.944	24.277	24.917
	Taxa de crescimento (%)		2,3	1,5	2,0	-1,7	1,8	-2,3	5,5	2,4	1,4	2,6
	Taxa de crescimento médio (%)											1,5
Diabetes mellitus	Valor anual (Nº)	3.133	3.956	4.443	4.546	4.482	4.569	3.729	4.392	4.267	4.603	4.744
	Taxa de crescimento (%)		26,3	12,3	2,3	-1,4	1,9	-18,4	17,8	-2,8	7,9	3,1
	Taxa de crescimento médio (%)											4,2
Doenças do aparelho respiratório	Valor anual (Nº)	10.254	8.960	9.233	9.536	8.665	11.288	11.496	10.949	11.555	12.170	11.776
	Taxa de crescimento (%)		-12,6	3,0	3,3	-9,1	30,3	1,8	-4,8	5,5	5,3	-3,2
	Taxa de crescimento médio (%)											1,4
Doenças do aparelho digestivo	Valor anual (Nº)	4.123	4.448	4.559	4.599	4.638	4.625	4.291	4.537	4.561	4.607	4.627
	Taxa de crescimento (%)		7,9	2,5	0,9	0,8	-0,3	-7,2	5,7	0,5	1,0	0,4
	Taxa de crescimento médio (%)											1,2
Outras causas	Valor anual (Nº)	20.954	20.228	19.322	20.998	19.587	23.247	22.894	21.749	21.812	25.463	26.197
	Taxa de crescimento (%)		-3,5	-4,5	8,7	-6,7	18,7	-1,5	-5,0	0,3	16,7	2,9
	Taxa de crescimento médio (%)											2,3
Acidentes, envenenamentos e violências	Valor anual (Nº)	4.675	5.035	5.621	5.546	5.372	4.481	4.540	4.402	4.499	4.409	4.488
	Taxa de crescimento (%)		7,7	11,6	-1,3	-3,1	-16,6	1,3	-3,0	2,2	-2,0	1,8
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,4
Total	Valor anual (Nº)	105.364	105.092	106.258	108.795	102.010	107.462	101.990	103.512	104.280	104.434	105.954
	Taxa de crescimento (%)		-0,3	1,1	2,4	-6,2	5,3	-5,1	1,5	0,7	0,1	1,5
	Taxa de crescimento médio (%)											0,1

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

A principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e outras causas, verificando que se mantém este perfil entre 2000 e 2010. No entanto, ao longo dos 10 anos analisados, verifica-se que, anualmente e em média, a taxa de crescimento das doenças do aparelho circulatório diminuiu 1,9%, tal como a taxa de crescimento referente aos acidentes, envenenamentos e violências (-0,4%). Todas as restantes, em média, aumentaram entre 1,2% e 4,2%. No total, o número de óbitos, entre 2009 e 2010, sofreu um crescimento de 1,5%.

Os dados apresentados na Tabela 14 corroboram o facto de em Portugal a população estar cada vez mais envelhecida. Na tabela apresenta-se a evolução do índice de renovação da população

ativa que relaciona a potencial população a entrar e a sair do mercado de trabalho. Verifica-se que há uma diminuição média de 3,2% no índice de renovação da população em idade ativa, entre 2000 e 2010. As regiões de Lisboa e Vale do Tejo (88), Alentejo (97) e Algarve (97), são as que têm maior número de indivíduos a sair do mercado de trabalho relativamente aqueles que estão a entrar. Observa-se não só um envelhecimento generalizado da população, por todo o país, como, também, uma diminuição da população em idade ativa e, por conseguinte, maior dependência dos indivíduos com 65 ou mais anos.

Tabela 14

Evolução do índice de renovação da população em idade ativa, por região, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	143	143	141	137	133	127	121	115	111	107	103
	Taxa de crescimento (%)		-0,3	-1,3	-2,4	-3,2	-4,6	-4,7	-4,5	-3,6	-3,6	-3,7
	Taxa de crescimento médio (%)											-3,2
Continente	Valor anual (Nº)	141	140	139	135	131	125	119	113	109	105	101
	Taxa de crescimento (%)		-0,4	-1,3	-2,5	-3,2	-4,7	-4,8	-4,6	-3,6	-3,7	-3,8
	Taxa de crescimento médio (%)											-3,3
Norte	Valor anual (Nº)	165	163	160	156	150	143	135	128	123	117	112
	Taxa de crescimento (%)		-1,1	-1,8	-2,6	-4,0	-4,9	-5,5	-5,0	-4,3	-4,5	-4,4
	Taxa de crescimento médio (%)											-3,8
Centro	Valor anual (Nº)	127	128	129	128	127	123	119	115	111	107	103
	Taxa de crescimento (%)		1,2	0,5	-0,5	-1,3	-3,0	-3,2	-3,5	-3,1	-3,5	-3,5
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,0
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	135	133	129	123	117	109	103	97	93	90	88
	Taxa de crescimento (%)		-1,8	-2,9	-4,7	-4,8	-6,6	-6,0	-5,5	-3,9	-3,2	-3,0
	Taxa de crescimento médio (%)											-4,3
Alentejo	Valor anual (Nº)	113	117	119	120	120	117	113	108	105	101	97
	Taxa de crescimento (%)		3,2	1,9	0,5	0,2	-2,5	-3,6	-4,3	-3,1	-3,4	-4,3
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,6
Algarve	Valor anual (Nº)	128	128	126	122	119	114	110	106	103	101	97
	Taxa de crescimento (%)		-0,6	-1,2	-2,9	-2,9	-4,0	-3,7	-3,5	-2,6	-2,1	-3,7
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,7

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

A analogia entre a população idosa e aqueles que se encontram em idade ativa (15 aos 64 anos), realizada pelo índice de dependência de idosos, encontra-se refletida na Tabela 15, por género. Também na Tabela 16 apresenta-se o índice de dependência de idosos, por região.

Tabela 15

Evolução do índice de dependência de idosos, por género, de 2000 a 2010

Género	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	Valor anual (Nº)	24,2	24,5	24,7	24,9	25,3	25,4	25,6	25,9	26,3	26,7	27,2
	Taxa de crescimento (%)		1,3	0,9	0,9	1,3	0,6	0,8	1,2	1,5	1,5	1,9
	Taxa de crescimento médio (%)											1,2
Homens	Valor anual (Nº)	20,6	20,8	21,0	21,1	21,4	21,5	21,7	21,9	22,2	22,5	22,9
	Taxa de crescimento (%)		1,2	0,7	0,9	1,2	0,5	0,9	0,9	1,4	1,4	1,8
	Taxa de crescimento médio (%)											1,1
Mulheres	Valor anual (Nº)	27,7	28,0	28,3	28,6	29,0	29,3	29,5	29,9	30,3	30,8	31,4
	Taxa de crescimento (%)		1,4	1,1	1,0	1,3	1,0	0,7	1,4	1,3	1,7	1,9
	Taxa de crescimento médio (%)											1,3

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

O índice de dependência de idosos tem vindo a aumentar entre os dois géneros, sendo que, em 2010 os homens apresentavam um índice de envelhecimento de 22,9 e, no mesmo ano, por cada 100 indivíduos em idade ativa existiam cerca de 31 mulheres idosas (índice de dependência de 31,4).

Tabela 16

Índice de dependência de idosos, por localização geográfica, de 2000 a 2011

Localização geográfica	Indicadores	Anos											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Portugal	Valor anual (Nº)	24,2	24,5	24,7	24,9	25,2	25,4	25,6	25,9	26,3	26,7	27,2	29,0
	Taxa de crescimento (%)		1,2	0,8	0,8	1,2	0,8	0,8	1,2	1,5	1,5	1,9	6,6
	Taxa de crescimento médio (%)												1,8
Continente	Valor anual (Nº)	24,4	24,7	25,0	25,2	25,6	25,8	26,0	26,3	26,7	27,1	27,7	29,5
	Taxa de crescimento (%)		1,2	1,2	0,8	1,6	0,8	0,8	1,2	1,5	1,5	2,2	6,5
	Taxa de crescimento médio (%)												1,9
Norte	Valor anual (Nº)	20,4	20,7	21,0	21,2	21,5	21,7	21,9	22,1	22,5	22,9	23,4	25,4
	Taxa de crescimento (%)		1,5	1,4	1,0	1,4	0,9	0,9	0,9	1,8	1,8	2,2	8,5
	Taxa de crescimento médio (%)												2,2
Centro	Valor anual (Nº)	29,7	29,9	30,0	30,3	30,5	30,7	30,8	31,0	31,3	31,5	31,9	35,3
	Taxa de crescimento (%)		0,7	0,3	1,0	0,7	0,7	0,3	0,6	1,0	0,6	1,3	10,7
	Taxa de crescimento médio (%)												1,7
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	22,2	22,6	23,0	23,4	23,9	24,3	24,7	25,2	25,9	26,6	27,4	27,8
	Taxa de crescimento (%)		1,8	1,8	1,7	2,1	1,7	1,6	2,0	2,8	2,7	3,0	1,5
	Taxa de crescimento médio (%)												2,3
Alentejo	Valor anual (Nº)	34,9	35,3	35,5	35,6	35,9	35,9	35,9	36,0	36,1	36,2	36,4	39,1
	Taxa de crescimento (%)		1,1	0,6	0,3	0,8	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,6	7,4
	Taxa de crescimento médio (%)												1,1
Algarve	Valor anual (Nº)	27,9	27,8	27,8	28,0	28,1	28,3	28,4	28,6	29,0	29,4	29,7	29,9
	Taxa de crescimento (%)		-0,4	0,0	0,7	0,4	0,7	0,4	0,7	1,4	1,4	1,0	0,7
	Taxa de crescimento médio (%)						0,7						

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

De 2000 a 2011, o índice de dependência de idosos aumentou, em média, 1,8% em Portugal e 1,9% em Portugal continental. Nos 12 anos em análise, por região, o Algarve (0,7%) apresentou o menor crescimento médio anual e Lisboa e Vale do Tejo o maior crescimento (2,3%). De referir ainda que, entre 2010 e 2011, a taxa de crescimento anual do índice de dependência de idosos se situa entre os 0,7%, na região do Algarve, e os 10,7% na região Centro, situando-se em 6,5% no território de Portugal continental.

Se, por um lado, tem aumentado a população idosa, por outro o número de nascimentos diminuiu, tal como a população mais jovem. O índice de potencialidade que estabelece a relação entre a população feminina mais fecunda, teoricamente mulheres dos 20 aos 34 anos, e mulheres entre os 35 e os 49 anos de idade apresenta-se na Tabela 17.

O índice de potencialidade decresceu em Portugal e em Portugal continental, em média, 1,9%/ano, entre 2000 e 2010, sendo que na região de Lisboa e Vale do Tejo e Norte esse declínio foi de 2,5% e 2%, respetivamente. As regiões do Alentejo e Centro foram aquelas onde o decréscimo foi menor.

Tabela 17

Evolução do índice de potencialidade, por região, de 2000 a 2010

Local de residência	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	105,6	104,8	104,1	103,0	101,7	102,1	97,5	95,1	92,8	90,0	87,1
	Taxa de crescimento (%)		-0,8	-0,7	-1,1	-1,3	0,4	-4,5	-2,5	-2,4	-3,0	-3,2
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,9
Continente	Valor anual (Nº)	105,1	104,3	103,6	102,6	101,2	101,5	96,9	94,6	92,2	89,4	86,5
	Taxa de crescimento (%)		-0,8	-0,7	-1,0	-1,4	0,3	-4,5	-2,4	-2,5	-3,0	-3,2
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,9
Norte	Valor anual (Nº)	106,7	105,2	103,8	102,4	100,8	101,0	96,4	94,0	91,7	89,1	86,8
	Taxa de crescimento (%)		-1,4	-1,3	-1,3	-1,6	0,2	-4,6	-2,5	-2,4	-2,8	-2,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,0
Centro	Valor anual (Nº)	102,4	102,0	101,8	101,1	100,2	100,9	97,3	95,8	94,1	92,1	89,6
	Taxa de crescimento (%)		-0,4	-0,2	-0,7	-0,9	0,7	-3,6	-1,5	-1,8	-2,1	-2,7
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,3
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	106,8	106,6	106,6	105,3	103,7	104,2	97,7	94,3	90,8	86,9	82,7
	Taxa de crescimento (%)		-0,2	0,0	-1,2	-1,5	0,5	-6,2	-3,5	-3,7	-4,3	-4,8
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,5
Alentejo	Valor anual (Nº)	100,2	99,6	99,7	99,6	99,6	99,7	97,7	96,3	95,2	92,9	90,2
	Taxa de crescimento (%)		-0,6	0,1	-0,1	0,0	0,1	-2,0	-1,4	-1,1	-2,4	-2,9
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,0
Algarve	Valor anual (Nº)	101,2	100,4	99,1	98,4	97,2	96,2	93,9	92,0	90,0	87,9	85,6
	Taxa de crescimento (%)		-0,8	-1,3	-0,7	-1,2	-1,0	-2,4	-2,0	-2,2	-2,3	-2,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,7

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

2.2.2. População com 65 ou Mais Anos

O envelhecimento é um tema muito abordado nos últimos tempos e, conseqüentemente, a população com 65 anos ou mais adquiriu relevância, tal como a sua distribuição e até as condições habitacionais (Martins, 2003). A Tabela 18 refere-se à distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos em 2011, por NUTS II. Mas não só a distribuição da população residente com mais de 65 anos é relevante. Importa também, referir a variação da população com 65 ou mais anos nos últimos anos, por região (Tabela 19). A situação habitacional é essencial para caracterizar esta mesma população, pelo que a Tabela 20 apresenta, por localização geográfica, os indivíduos com 65 ou mais anos que vivem sozinhos e aqueles que vivem com outros indivíduos com 65 ou mais anos, em 2011.

Também a Tabela 21 se refere à situação habitacional da população com 65 ou mais anos, por região, em 2011, mais concretamente, à percentagem de alojamentos habitados exclusivamente

por pessoas idosas, por apenas uma pessoa idosa e alojamentos familiares exclusivamente habitados por pessoas idosas. Estes indicadores são fundamentais para caracterizar a população idosa residente em Portugal e, conseqüentemente, o tipo de ajudas que devem dar resposta a essa mesma população.

Tabela 18

Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por região, em 2011

Localização geográfica	População Residente (%)	População com 65 ou mais anos (%)
Norte	34,9	31,4
Centro	22,0	25,9
Lisboa e Vale do Tejo	26,7	25,6
Alentejo	7,2	9,1
Algarve	4,3	4,4

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela 19

Varição da população com 65 ou mais anos, entre 2001 e 2011, por região

Localização geográfica	População que vive sozinha (%)	População que vive exclusivamente com pessoas com 65 anos ou mais (%)
Norte	33,8	41,1
Centro	20,6	19,1
Lisboa e Vale do Tejo	38,5	35,8
Alentejo	12,1	6,2
Algarve	30,8	19,6
Portugal	28,7	27,5

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela 20

Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por região, em 2011

Localização geográfica	População com 65 ou mais anos que vive sozinha (%)	População com 65 ou mais anos que vive com indivíduos com 65 ou mais anos (%)
Norte	17,1	37,0
Centro	20,1	42,9
Lisboa e Vale do Tejo	22,3	40,1
Alentejo	21,9	43,5
Algarve	20,7	41,2
Portugal	19,8	39,8

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela 21

Percentagem de alojamentos habitados exclusivamente por pessoas idosas ou por apenas uma pessoa idosa e alojamentos familiares habitados exclusivamente por pessoas idosas, em 2011, por região

Localização geográfica	Alojamentos habitados exclusivamente por pessoas idosas, em 2011 (%)	Alojamentos habitados por apenas uma pessoa idosa, em 2011 (%)	Alojamentos familiares habitados exclusivamente por pessoas idosas, em 2011 (%)
Norte	17,0	8,2	8,7
Centro	24,1	11,7	12,4
Lisboa e Vale do Tejo	19,3	10,2	9,1
Alentejo	26,6	13,5	13,2
Algarve	20,2	10,2	10,0
Portugal	20,0	10,0	9,9

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Em 2011, a região Norte tinha maior percentagem de população residente (34,9%) e de população com 65 ou mais anos (31,4%). As regiões do Alentejo e Algarve situam-se na posição oposta. Entre 2001 e 2011, verifica-se que há uma significativa percentagem de indivíduos com 65 ou mais anos a viver sozinhos, destacando-se a região Norte, com mais 33,8% em 2011 que em 2001, Lisboa e Vale do Tejo (mais 38,5%) e Algarve (mais 30,8%). Similarmente, o número de indivíduos com 65 anos ou mais que vivem exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, aumentou em Portugal 27,5%, desde 2001. Evidencia-se a região Norte como aquela em que o aumento foi maior (41,1%) e o Alentejo a região onde o aumento foi menor (6,2%).

Em 2011, em Portugal, 19,8% da população idosa vive sozinha e 39,8% vive com indivíduos também idosos. A região de Lisboa e Vale do Tejo (22,3%) é aquela em que mais indivíduos com 65 anos ou mais vivem sozinhos, seguida pelo Alentejo (21,9%), Algarve (20,7%), Centro (20,1%) e, por último, a região Norte (17,1%). Por sua vez, a região do Alentejo (43,5%) é a que apresenta maior percentagem de idosos que vivem com outros idosos, seguida pelo Centro (42,9%), Algarve, Lisboa e Vale do Tejo e, por último, novamente a região Norte. De salientar, ainda, que 20% dos alojamentos em Portugal são habitados exclusivamente por pessoas idosas, sendo as regiões do Alentejo (26,6%) e do Centro (24,1%) aquelas que apresentam maior percentagem de alojamentos habitados exclusivamente por idosos, alojamento habitados por apenas uma pessoa idosa e alojamentos familiares habitados por dois ou mais indivíduos com 65 ou mais anos. Nas categorias referidas anteriormente, a região Norte é a que apresenta menor percentagem.

2.2.3. População com Doença Crónica e/ou com Deficiência

A caracterização da população com doença crónica e/ou com deficiência é essencial, de forma a ser possível facultar cuidados de saúde adequados a esta mesma população, uma vez que a doença crónica é caracterizada como uma doença que dura ou se prevê que dure mais do que um período de seis meses e a deficiência é definida como a “perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função do corpo”, segundo o INE (2012).

Nos anos de 2005 e 2006 o INE (2009) realizou um estudo acerca da prevalência de doenças crónicas, na população residente em Portugal. Os resultados apresentam-se na Tabela 22. A Tabela 23, por sua vez, refere-se à população residente em Portugal com deficiência. As doenças crónicas predominantes, na generalidade e especificamente dos indivíduos com 65 ou mais anos, são a tensão arterial alta, doença reumática, dor crónica ou outra doença crónica. De um modo geral, verifica-se que, no género feminino, existe predominância do número de doenças crónicas em relação ao género masculino, com a exceção do acidente vascular cerebral e do enfarte do miocárdio.

Em 2001, existiam 636.059 indivíduos residentes em Portugal com deficiência dos quais, 25,7% apresentavam deficiência visual e 24,6% deficiência motora. A paralisia cerebral é a menos presente (2,4%). No total, e por tipo de deficiência, verifica-se que existiam mais homens com deficiência do que mulheres, com exceção da deficiência visual.

Tabela 22

População residente em Portugal com doença crónica, por género, grupo etário e tipo de doença crónica, no período de 2005/2006

Faixa etária	Género	Tipo de doença crónica																		
		Acidente Vascular Cerebral	Ansiedade Crónica	Asma	Depressão	Diabetes	Doença Reumática	Dor Crónica	Enfarte do Miocárdio	Enfisema, Bronquite crónica	Ferida Crónica	Glaucoma	Insuficiência Renal	Obesidade	Osteoporose	Pedra nos rins	Retinopatia	Tensão Arterial Alta	Tumior Maligno / Cancro	Outra Doença Crónica
Total	Total	165.092	460.121	556.979	839.319	658.945	1.639.935	1.643.871	129.797	373.843	93.773	70.053	160.052	391.968	631.058	496.353	78.403	2.013.619	192.372	2.451.618
	Homens	86.064	127.220	232.665	192.752	288.126	553.368	617.157	90.612	168.841	36.651	23.782	65.814	146.894	54.478	232.397	36.362	798.274	80.581	1.128.436
	Mulheres	79.028	332.901	324.314	646.567	370.819	1.086.566	1.026.714	39.185	205.002	57.122	46.271	94.238	245.074	576.580	263.956	42.042	1.215.345	111.792	1.323.182
65 - 74 anos	Total	48.029	74.515	72.931	119.269	174.786	406.079	314.417	38.995	80.517	33.515	19.919	30.228	61.957	178.752	122.524	17.526	510.611	43.433	344.992
	Homens	28.848	15.777	26.135	31.369	78.974	144.728	116.923	23.812	37.346	14.040	7.042	15.046	19.304	16.179	56.548	6.166	204.883	17.813	149.390
	Mulheres	19.181	58.738	46.796	87.900	95.812	261.350	197.493	15.183	43.171	19.475	12.877	15.182	42.653	162.573	65.976	11.360	305.728	25.621	195.601
75 - 84 anos	Total	44.960	45.766	42.186	50.248	106.733	287.073	210.233	40.275	66.854	21.284	16.571	25.756	25.739	108.237	59.854	17.751	310.658	35.420	206.760
	Homens	25.755	10.466	13.837	11.483	42.781	97.090	64.590	25.763	29.800	5.963	5.611	12.214	9.693	9.425	29.000	8.971	104.368	17.836	95.427
	Mulheres	19.205	35.300	28.350	38.765	63.952	189.983	145.643	14.512	37.055	15.321	10.960	13.542	16.046	98.812	30.854	8.780	206.290	17.584	111.333
85 e mais anos	Total	15.421	6.078	10.432	9.450	15.367	74.823	46.076	6.019	16.131	3.908	6.395	7.698	4.476	33.520	10.165	10.297	66.693	8.899	49.993
	Homens	2.660	1.766	2.780	735	5.849	18.518	8.852	2.577	4.871	1.144	1.029	2.536	x	4.293	3.362	3.506	16.802	2.504	12.023
	Mulheres	12.761	4.312	7.652	8.715	9.518	56.304	37.224	3.443	11.260	2.765	5.366	5.162	3.235	29.227	6.804	6.791	49.891	6.396	37.970

Fonte: Adaptado de informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela 23

População residente em Portugal com deficiência, segundo o tipo de deficiência e género, em 2001

Ano	Género	Total	Tipo de deficiência					
			Auditiva	Visual	Motora	Mental	Paralisia cerebral	Outra deficiência
2001	Total	636.059	84.172	163.569	156.246	70.994	15.009	146.069
	Homens	334.879	43.533	77.800	88.829	38.113	8.014	78.590
	Mulheres	301.180	40.639	85.769	67.417	32.881	6.995	67.479
	%		13,2	25,7	24,6	11,2	2,4	23,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

2.3. CARACTERIZAÇÃO ESTATÍSTICA DA OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

2.3.1. Caracterização dos Cuidados de Saúde Existentes em Portugal

Para o INE (2012), estabelecimento de saúde é um “serviço ou conjunto de serviços prestadores de cuidados de saúde, dotados de direção técnica, de administração e instalações próprias. Pode ter ou não internamento”. O cálculo do número de estabelecimentos de saúde existentes faz-se através do somatório do número de centros de saúde e hospitais. Na Tabela 24, apresenta-se o número de estabelecimentos de saúde em Portugal contabilizados, anualmente, desde 2000 até 2009. Apresenta-se, ainda, a taxa de crescimento anual do número destes estabelecimentos e a taxa de crescimento médio dos mesmos, no período de 10 anos em análise.

Tabela 24

Número de estabelecimentos de saúde em Portugal, de 2000 a 2009

Localização geográfica	Estabelecimentos de saúde	Anos									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Valor anual (Nº)	612	609	604	597	582	583	578	575	566	561
Portugal	Taxa de crescimento (%)		-0,5	-0,8	-1,2	-2,5	0,2	-0,9	-0,5	-1,6	-0,9
	Taxa de crescimento médio (%)										-1,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

De acordo com o INE, no ano de 2009 existiam 561 estabelecimentos de saúde, ou seja, menos cerca de 8% de estabelecimentos do que no ano de 2000, o que representa um decréscimo médio de 1%, ao ano, no número de estabelecimentos de saúde. O decréscimo no número de estabelecimentos de saúde nem sempre foi a tendência anual - em 2005 verificou-se um crescimento do número de estabelecimentos de saúde, seguindo-se um período de quebras constantes.

Um outro indicador importante da oferta deste tipo de serviços refere-se à taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde. É possível observar a evolução da taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde, de 2000 até 2009 para o país, como um todo, para a região continental e para as cinco NUT II – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Tabela AI 3 em Anexo I).

Verifica-se uma taxa de ocupação de camas em Portugal nos estabelecimentos de saúde de 77,5% em 2009 sendo que, em média, o indicador cresceu 0,3%, ao ano, desde 2000. O Algarve destaca-se como sendo a região onde a taxa de ocupação de camas é maior - 88% em 2009 – e onde se observa o maior crescimento médio anual (1,3%, ao ano). Todas as NUT II, à exceção do Centro, que é aquela onde a taxa de ocupação de camas é menor (74,9%) e a única em que se

verifica uma taxa de crescimento médio anual negativa no período em análise, apresentam valores superiores aos apresentados para Portugal, em 2009.

Sendo os estabelecimentos de saúde divididos em centros de saúde e hospitais, é importante analisar a evolução de cada uma destas categorias. A evolução do número de hospitais, em Portugal e por região, de 2000 a 2010, presente na Tabela AI 4 em Anexo I mostra que em Portugal, de um modo geral, o número de hospitais cresceu nos 11 anos em análise. Em média, no território português o número de hospitais cresceu 0,3% ao ano. Em 2010, existiam no país 226 hospitais sendo que 211 se localizavam no continente. A região Norte foi aquela onde se verificou um maior crescimento médio (1,3%). Já as regiões do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo, apesar de algumas oscilações anuais, apresentavam, em 2010, o mesmo número de hospitais que possuíam em 2000. Na região Centro verificou-se a perda de 2 hospitais, o que representa cerca de 4,76% da oferta hospitalar.

De forma a complementar a informação anterior recorre-se à evolução, absoluta e relativa, do número de camas nos hospitais para as mesmas áreas geográficas mas para um período mais reduzido de tempo – entre 2002 e 2010. A Tabela AI 5 (Anexo I) mostra que apesar do aumento do número de hospitais, o número de camas abrandou, em média, 0,6%/ano em Portugal continental, desde 2002 até 2010. Especificamente, esse decréscimo ocorreu nas regiões do Alentejo (-1,7%), Lisboa e Vale do Tejo (-0,9%) e Centro (-0,8%) uma vez que no Norte e Algarve se verificou um pequeno aumento do número de camas nos hospitais correspondente a 0,1 e 0,3%, ao ano, respetivamente.

Inversamente ao verificado para os hospitais, observa-se que desde 2000 até 2010, os centros de saúde diminuíram o seu número em cerca de 0,4% ao ano, no território português, sendo que o território de Portugal continental sofreu uma quebra acentuadamente maior no número de centros de saúde (-0,5%, em média, por ano). A nível regional, é possível verificar que em Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve não se verificou qualquer alteração no número de centros de saúde, enquanto no Norte e Centro houve uma diminuição média de 1,5% e 0,1%, respetivamente (Tabela AI 6 em anexo I).

Ainda relativamente aos centros de saúde, estes sofreram alterações quantitativas de diversos níveis ao longo dos anos. Estas alterações referem-se quer ao número de extensões quer ao nível dos internamentos realizados nos centros de saúde. A evolução destes indicadores entre 2000 e 2010 pode visualizar-se na Tabela AI 7 e Tabela AI 8, respetivamente, presentes no Anexo I.

No que se refere ao número de extensões, em 2010 existiam, em Portugal continental, 1.087 extensões de centros de saúde tendo o seu número sofrido uma redução média de 5,0%/ano em relação a 2000. Em termos regionais, as zonas Norte e de Lisboa e Vale do Tejo foram aquelas onde se observou um decréscimo maior, de 8,4% e 14,6%, respetivamente.

O número de centros de saúde com internamento também sofreu alterações, no período aqui em análise. Em Portugal, mais especificamente no continente, o número de centros de saúde com internamento diminuiu, aumentando, por sua vez o número daqueles que não têm internamento

(Tabela AI 8 em Anexo I). Aos centros de saúde com internamento está associado um determinado número de camas. A contabilização e evolução, absoluta e relativa, deste indicador podem ser observadas na Tabela AI 9 em Anexo I. Aos 10 centros de saúde com internamento existentes, no ano de 2010, no continente correspondem 103 camas, sendo as regiões do Norte e do Alentejo as regiões onde existe maior expressividade do número de camas (35, cada região), seguidas da região Centro (22) e o Algarve (11)¹⁰.

Após a análise da evolução do número de centros de saúde e hospitais, e respetivos serviços de internamento e número de camas, em Portugal, importa referir o indicador respeitante ao número de camas (lotação praticada) por 1.000 habitantes, a evolução deste indicador, por região e desde 2002 até 2009 (Tabela AI 10 em Anexo I).

Desde 2002 até 2009, o número de camas por 1.000 habitantes, no continente, diminuiu, em média, 1,3% ao ano fazendo com que, em 2009, estivessem disponíveis 3,2 camas por 1.000 habitantes. O decréscimo foi generalizado em todas as regiões do país, mas mais acentuado no Algarve (2,4%) e Alentejo (3,0%). No ano de 2009, a zona onde existia um maior número de camas por 1.000 habitantes era Lisboa e Vale do Tejo, com 4 camas por 1.000 habitantes, seguindo-se a zona Centro (3,4) e, por último, a região Norte (2,9).

No que se refere ao total de internamentos, descrito pelo INE (2002) como a “existência inicial de doentes, num estabelecimento de saúde com internamento, adicionado ao número de doentes entrados, durante o período, nesse estabelecimento de saúde”, verifica-se que nos centros de saúde estes decresceram na última década em todas as regiões do país. Este facto pode ser observado na Tabela AI 11 em Anexo I, onde se apresenta o número de internamentos nos centros de saúde, desde 2000 a 2010. A Tabela AI 12 em Anexo I, por sua vez, apresenta a evolução do número de internamentos nos hospitais, de 2002 a 2010, por localização geográfica e as respetivas taxas de crescimento anuais e taxas de crescimento médio.

Nos centros de saúde o número de internamentos decresceu sempre, desde 2000 até 2010. Tal como foi referido na Tabela AI 9 (Anexo I), em Lisboa e Vale do Tejo desde 2005, deixaram de existir centros de saúde com internamento, logo não foi verificado qualquer internamento. Nas restantes regiões verificou-se um decréscimo médio, anual, entre os 21,9% e os 29,5%.

Nos hospitais, apenas baixou o número de internamentos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo (0,2%, em média, por ano) e Centro (0,6%, em média, por ano). Nas regiões Norte e Alentejo verificou-se, anualmente, um aumento de 0,4 e 0,3%, em média, respetivamente, no número de internamentos nos hospitais e no Algarve um aumento médio anual do número de internamentos em hospital significativo (1,9%), entre 2002 e 2010.

Para completar a análise relativa à evolução do número de internamentos, acrescenta-se a evolução do número de internamentos por 1.000 habitantes (Tabela AI 13 em Anexo I).

¹⁰ De referir que, na Tabela AI 9 (Anexo I), é possível visualizar que, em Lisboa e Vale do Tejo, o número de camas nos centros de saúde é inexistente, desde o término do serviço de internamento nos mesmos, como seria expectável.

No ano de 2009 verificaram-se 114 internamentos por cada 1.000 habitantes, no território de Portugal e Portugal continental, valor este apenas ultrapassado pela região de Lisboa e Vale do Tejo (135). A região do Alentejo é aquela que apresenta menor número de internamentos, ficando-se por 74 internamentos por 1.000 habitantes, em 2009. Desde 2000, a taxa de crescimento médio anual foi negativa em Portugal (-0,1%), no Centro (-1,7%) e Alentejo (-0,5%). Por sua vez, esta mesma taxa foi positiva no Norte (0,2%), Lisboa e Vale do Tejo (1,2%) e Algarve (1,4%), sendo que no continente foi nula.

2.3.2. Caracterização Estatística da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Nesta secção as tabelas apresentadas correspondem à sistematização de informação diversa, que foi compilada e sistematizada de modo a permitir apresentar o quadro completo da informação distribuída pelos diferentes relatórios que serviram de base à elaboração da informação.

Ao longo desta secção serão utilizadas siglas para cada tipologia. Assim a sigla UC corresponde a Unidade de Convalescença, UMDR corresponde a Unidade de Média Duração e Reabilitação, ULDM corresponde a Unidade de Longa Duração e Manutenção, UCP corresponde a Unidade de Cuidados Paliativos, UDPA corresponde a Unidade de Dia e Promoção da Autonomia, EIHSCP corresponde a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, ECSCP corresponde a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, EGA corresponde a Equipa de Gestão de Altas e ECCI corresponde a Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

A RNCCI, tal como já referido, surgiu em 2006 com o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho e, desde logo, foi iniciado o plano de implementação e as experiências piloto. O plano de implementação, iniciado em 2006, terminará em 2016. Está dividido em três fases de implementação que compreendem os períodos de tempo de 2006-2008 (fase 1), 2009-2012 (fase 2) e 2013-2016 (fase 3) como descrito na Tabela 25 que, apresenta também a evolução por tipologia.

Tabela 25

Rácios de cobertura, por tipologias de internamento e fases de implementação da RNCCI

Fases de implementação	Camas por 1.000 habitantes com 65 ou mais anos (Nº)				Lugares por 1.000 habitantes com 65 ou mais anos (Nº)	Equipa por 250.000 habitantes (Nº)	Equipa por 150.000 habitantes (Nº)	Por cada hospital (Nº)	Por cada centro de saúde (Nº)	
	UC	UMDR	ULDM	UCP	UDPA	EIHSCP	ECSCP	EGA	ECCI	
Fase 1 (2006/2008)	0,6	0,7	1,67	0,2	0,5	1	1	1	1	
Fase 2 (2009/2012)	1,2	1,3	3,3	0,4	1	1	1	1	1	
Fase 3 (2013/2016)	1,8	2	5	0,6	1,5	1	1	1	1	
	Número camas (Nº)				Número de lugares (Nº)		Número de equipas (Nº)			
	UC	UMDR	ULDM	UCP	UDPA	EIHSCP	ECSCP	EGA	ECCI	
Fase 1 (2006/2008)	977	1.139	2.720	326	814	39	66	82	363	
Fase 2 (2009/2012)	1.954	2.117	5.374	651	1.629	39	66	82	363	
Fase 3 (2013/2016)	2.931	3.257	8.143	977	2.443	39	66	82	363	

Fonte: Elaboração própria com base em informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2007)

Aquando da definição das três fases de implementação foi, também, definido o número de camas, por 1.000 habitantes com 65 ou mais anos, a atingir em cada uma das fases sendo que, no final de 2016, deveriam existir 1,8 camas da tipologia de convalescença (UC), 2 camas de média duração e reabilitação (UMDR), 5 camas de longa duração e manutenção (ULDM) e 0,6 camas de cuidados paliativos (UCP). Isto implica que ao longo do período de implementação se verifique um aumento progressivo do número de camas, pelo que no final de todas as fases de implementação deverão existir, no total, 2.931 camas de convalescença, 3.257 camas de média duração e reabilitação, 8.143 camas de longa duração e manutenção e 977 camas de cuidados paliativos. Em simultâneo, as EIH CSP, as ECSCP, as EGA e as ECCI atingem os números ideais logo na fase 1 do plano de implementação. Estes números preveem-se ser mantidos.

A adequação dos cuidados paliativos à população é também um dos objetivos da RNCCI, pelo que este tipo de cuidados está englobado na estrutura organizativa da RNCCI, quer em termos de equipas quer em termos de unidades específicas de internamento. A Tabela 26 apresenta a definição dos lugares de cuidados paliativos nacionais segundo o PNCP, que define a existência de 64 a 80 camas por milhão de habitantes, logo como a população portuguesa é de cerca de 10 milhões, deveriam existir no total 643 a 804 camas de cuidados paliativos para a população portuguesa, o que corresponde ao alcance de 80% dos rácios internacionais.

Tabela 26

Definição dos lugares de cuidados paliativos nacionais segundo o Plano Nacional de Cuidados Paliativos

Entidades	%	Número camas
Hospitais	30	193 a 241
UCP da RNCCI	50	322 a 402
Unidades da RNCCI fora das UCP	20	129 a 161
Total	100	643 a 804

Fonte: Elaboração própria com base em informação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2012)

A oferta total de cuidados paliativos foi dividida por 3 tipos de entidades, os hospitais a que corresponde 30% dos lugares previstos, unidades de cuidados paliativos da RNCCI com 50% desses lugares e unidades da RNCCI fora das unidades de cuidados paliativos a quem cabem os restantes 20% de lugares. Prevê-se que, para o total da população portuguesa, devam estar disponíveis entre 643 a 804 camas destinadas a cuidados paliativos.

2.3.2.1. Implementação da RNCCI

Desde a criação da RNCCI foram realizados, anualmente, planos de implementação no sentido de operacionalizar e adequar as metas delineadas e anteriormente referidas. Em cada ano o plano foi avaliado no sentido de verificar qual a sua execução real. Os indicadores de execução estão

presentes nas Tabelas 27, 28, 29, 30 e 31, para os anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, respetivamente.

Tabela 27

Resumo dos indicadores de execução do plano de implementação de 2007

Percentagem de execução de camas previstas no plano de implementação (%)		78
Número de acordos celebrados		106
Número total de camas		1.902
Número médio de camas por acordo para o total de tipologias de internamento		18
Região que se aproximou mais dos objetivos do plano de implementação de 2007 relativamente ao nº de camas implementadas sobre o previsto	Centro com 88%	
Região que se distanciou mais dos objetivos do plano de implementação de 2007 relativamente ao nº de camas implementadas sobre o previsto	Alentejo com 68%	
EGA (Nº)		65 (79% nos hospitais)
ECCI (Nº)		26 (10% nos centros de saúde)
Taxa de execução (%)	EIHSCP	43
	ECSCP	33
	ECCI	51

Fonte: Elaboração própria com base em informação da RNCCI (2008)

Através do resumo do plano de implementação de 2007 pode verificar-se que, do total do número de camas previstas em 2007, foram executadas 78% sendo que, a região Centro foi aquela que se aproximou mais dos objetivos e a região do Alentejo aquela que se distanciou mais. Nesse mesmo ano existiam 65 EGA e 26 ECCI a que corresponde uma taxa de execução de 51%.

Tabela 28

Resumo do plano de implementação de 2008

Resumo do plano de implementação de 2008	
Número de camas contratualizadas	2.870
Aumento da contratualização de camas em relação a 2007 (%)	51
Grau de execução das camas previstas para as respostas de internamento (%)	74
Número de acordos celebrados	149
Rácio de cobertura em 2008 para o total de tipologias de internamento da RNCCI	177 camas por 100.000 habitantes com idade >= a 65 anos
EGA	Todos os hospitais do SNS
EIHSCP	13
Variação de EIHCP em relação a 2007 (%)	117
ECCI	72 (57% do previsto no plano de implementação)
ECR	5
ECL	82

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009)

Em 2008 foram executadas 74% do número de camas previstas no plano de implementação existindo 82 ECL, 5 ECR, 72 ECCI, 13 EIHSOP e 13 EGA em todos os hospitais do SNS. Em relação a 2007, verifica-se que aumentou em 51% a contratualização de camas, tendo sido realizados 149 acordos com entidades prestadoras dos setores da saúde, social e privado.

Tabela 29

Número de camas por tipologia da RNCCI no plano de implementação em 2009 e número de camas contratadas em funcionamento até 31 de dezembro de 2009

Localização geográfica	Número de camas por tipologias da RNCCI no plano de implementação em 2009					Número de camas contratadas em funcionamento até 31 de Dezembro de 2009					Taxa de execução	Número de acordos existentes em 2009						
	UC	UMDR	ULDM	UCP	Total	UC	UMDR	ULDM	UCP	Total		%	UC	UMDR	ULDM	UCP	Total	%
Norte	251	420	602	35	1.308	251	420	602	35	1.308	33,2	100,0	14	22	26	3	65	34,4
Centro	142	437	603	14	1.196	142	437	603	14	1.196	30,4	100,0	7	21	29	1	58	30,7
Lisboa e Vale do Tejo	124	215	351	53	743	124	215	351	53	743	18,9	100,0	7	9	12	5	33	17,5
Alentejo	58	107	203	6	374	58	107	203	6	374	9,5	100,0	3	6	9	1	19	10,0
Algarve	50	74	183	10	317	50	74	183	10	317	8,0	100,0	3	3	7	1	14	7,4
Total	625	1.253	1.942	118	3.938	625	1.253	1.942	118	3.938	100,0	100,0	34	61	83	11	189	100,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b)

Ao contrário do averiguado para os anos de 2007 e 2008, em 2009 o número de camas idealizado no plano de implementação foi executado, para todas as tipologias e para as 5 regiões de Portugal continental. Assim, no final de 2009 existiam 3.938 camas tendo sido efetuados 189 acordos. Verifica-se também que as regiões do país onde existe maior número de camas e de acordos são o Norte (1.308 camas e 65 acordos) e o Centro (1.196 camas e 58 acordos). O Algarve é a região onde existe menor número de camas e de acordos (317 camas e 14 acordos). No que se refere às tipologias da RNCCI com maior número de camas, destacam-se as ULDM, posteriormente as UMDR e UC e, por último, as UCP.

Tabela 30

Número de camas por tipologia da RNCCI no plano de implementação em 2010 e número de camas contratadas em funcionamento até 31 de dezembro de 2010

Tipologias da RNCCI	Número de camas do plano de implementação de 2010 por localização geográfica						Número de camas contratadas em funcionamento em 2010 por localização geográfica							%
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total		
UC	351	181	124	122	75	853	278	172	124	58	50	682	14,7	
UMDR	527	555	405	148	74	1.709	504	511	281	127	74	1.497	32,4	
ULDM	764	781	485	338	219	2.587	697	722	423	261	183	2.286	49,4	
UCP	35	65	82	31	24	237	35	40	63	12	10	160	3,5	
Total	1.677	1.582	1.096	639	392	5.386	1.514	1.445	891	458	317	4.625	100,0	
%							32,7	31,2	19,3	9,9	6,9	100,0		
Taxa de execução física (%)							90,0	91,0	81,0	72,0	81,0	86,0		

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2011)

Em 2010 manteve-se o perfil do número de camas contratadas, tanto ao nível das regiões como ao nível das tipologias. Contudo, a taxa de execução do total de camas, em relação ao plano de implementação, foi de apenas 86%. No Centro verificou-se a taxa de execução superior (91%), seguida do Norte (90%), de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (81%, cada) e, por último, do Alentejo (72%).

Tabela 31

Número de camas contratadas em 2011, por tipologia da RNCCI e por localização geográfica

Tipologia de internamento da RNCCI	Localização geográfica					Total
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	
UC	332	202	157	135	80	906
UMDR	518	581	385	159	104	1.747
ULDM	891	779	571	292	219	2.752
UCP	43	45	75	17	10	190
TOTAL	1.784	1.607	1.188	603	413	5.595
%	31,9	28,7	21,2	10,8	7,4	100,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2012)

No total, em 2011, verifica-se que existiam 5.595 camas contratadas, das quais 1.784 situavam-se na região Norte e 1.607 na região Centro, perfazendo, estas duas regiões, cerca de 60% do total de camas contratadas. Em todas as regiões predominam as camas de longa duração e manutenção, sendo que aquelas que se verificam em menor número correspondem à tipologia de cuidados paliativos.

O número de camas contratadas, para as diferentes tipologias de internamento, entre os anos de 2008 e 2011 encontra-se na Tabela 32. Nesta tabela é possível, também, observar alguns indicadores do seu crescimento.

Tabela 32

Número de camas contratadas por tipologia de internamento desde o ano 2008 até ao ano 2011

Tipologias de internamento da RNCCI	Número de camas contratadas										Aumento do número de camas entre 2008 e 2011		
	até 31/12/2008		até 31/12/2009		até 31/12/2010		até 31/12/2011						
	Nº	%	Nº	%	Taxa de crescimento anual (%)	Nº	%	Taxa de crescimento anual (%)	Nº	%	Taxa de crescimento anual (%)	Nº	Taxa de crescimento médio (%)
UC	530	18,5	625	15,9	17,9	682	14,7	9,1	906	16,2	32,8	376	19,6
UMDR	922	32,1	1.253	31,8	35,9	1.497	32,4	19,5	1.747	31,2	16,7	825	23,7
ULDM	1.325	46,2	1.942	49,3	46,6	2.286	49,4	17,7	2.752	49,2	20,4	1.427	27,6
UCP	93	3,2	118	3,0	26,9	160	3,5	35,6	190	3,4	18,8	97	26,9
Total	2.870	100,0	3.938	100,0	37,2	4.625	100,0	17,4	5.595	100,0	21,0	2.725	24,9

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011)

De 2008 a 2011, verifica-se que um aumento de 2.725 camas, no total, o que corresponde a um aumento médio anual de 24,9%. As ULDM, desde o ano de 2008, prevalecem com maior número de camas, constituindo entre 46,2% a 49,4% do total de camas. Simultaneamente, corresponde a este tipo de unidades o maior crescimento médio anual (27,6%). As camas de UC, apesar de não estarem em minoria em nenhum dos anos abordados, foram aquelas que tiveram um menor crescimento médio anual (19,6%).

2.3.2.2. Entidades prestadoras, Unidades e Equipas

Os acordos realizados, anualmente, apresentam-se distribuídos por diferentes entidades prestadoras como IPSS, onde se destacam as Santas Casas da Misericórdia (SCM), instituições do SNS ou até entidades privadas com fins lucrativos. As Tabelas 33 e 34 referem-se à distribuição dos acordos celebrados por entidade prestadora.

Tabela 33

Distribuição dos acordos celebrados por entidade prestadora no ano de 2007

	Instituições de	União das Misericórdias Portuguesas	65
Instituições que realizam acordos com a RNCCI (%)	solidariedade social	Total	84
	Serviço Nacional de Saúde		9
	Entidades privadas com fins lucrativos		5
Número de acordos			106

Fonte: Elaboração própria com base em informação da RNCCI (2008)

Tabela 34

Distribuição dos acordos celebrados e de camas contratadas por entidade prestadora de 2008 a 2011

Entidade prestadora	Número de acordos celebrados								Número de camas contratadas								
	2008		2009		2010		2011		2008		2009		2010		2011		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SNS	Nº	18	12,1	23	12,2	27	12,4	32	12,5	307	10,7	378	9,6	425	9,2	529	9,5
	Taxa de crescimento (%)			27,8		17,4		18,5				23,1		12,4		24,5	
	Taxa de crescimento médio (%)							21,1									19,9
SCM	Nº	89	59,7	100	52,9	116	53,2	131	51,2	1.628	56,7	1.919	48,7	2.241	48,5	2.569	45,9
	Taxa de crescimento (%)			12,4		16,0		12,9				17,9		16,8		15	
	Taxa de crescimento médio (%)							13,8									16,4
IPSS	Nº	26	17,4	29	15,3	35	16,1	41	16,0	482	16,8	597	15,2	823	17,8	1.074	19,2
	Taxa de crescimento (%)			11,5		20,7		17,1				23,9		37,9		30	
	Taxa de crescimento médio (%)							16,4									30,6
Total IPSS	Nº	115	77,2	129	68,3	151	69,3	172	67,2	2.110	73,5	2.516	63,9	3.064	66,2	3.643	65,1
	Taxa de crescimento (%)			12,2		17,1		13,9				19,2		21,8		18,9	
	Taxa de crescimento médio (%)							14,4									20,0
Privada com fins lucrativos	Nº	16	10,7	37	19,6	40	18,3	52	20,3	453	15,8	1.044	26,5	1.136	24,6	1.423	25,4
	Taxa de crescimento (%)			131,3		8,1		30,0				130,5		8,8		25,3	
	Taxa de crescimento médio (%)							48,1									46,5
Total	Nº	149	100	189	100	218	100	256	100	2.870	100	3.938	100	4.625	100	5.595	100
	Taxa de crescimento (%)			26,8		15,3		17,4				37,2		17,4		21,0	
	Taxa de crescimento médio (%)							19,8									24,9

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011, 2012)

Foram realizados em 2007, 106 acordos dos quais 84% com IPSS – destes, 65% com a união das misericórdias portuguesas. O SNS e as entidades privadas com fins lucrativos detêm apenas uma pequena percentagem do total de acordos efetuados (9% e 5 %, respetivamente)

Entre 2008 e 2011, os acordos celebrados e o número de camas contratadas pertencem, maioritariamente, às IPSS, em especial às SCM. Das entidades prestadoras fazem ainda parte entidades do SNS e entidades privadas com fins lucrativos, ambas com menor expressão. Salienta-se, no entanto, o crescimento verificado nas entidades privadas com fins lucrativos. Estas entidades prestadoras foram aquelas onde mais cresceu, em média, o número de acordos celebrados e camas contratadas (48,1% e 46,5%, respetivamente).

A RNCCI é constituída por unidades de internamento e equipas pelo que é fundamental contabilizar o número das mesmas, por localização geográfica, e a sua evolução ao longo dos anos de desenvolvimento da RNCCI (Tabela 35).

Tal como referido na Tabela 28, desde o ano 2008 passaram a existir EGA em todos os hospitais do SNS, o que se manteve até ao ano de 2011. Neste sentido importa referir a evolução das EGA dos CS, tal como se encontra na Tabela 35. Relativamente às ECCI importa referir que, tal como mostra a Tabela 35, existem número de ECCI e número de lugares de ECCI, que se refere à capacidade que cada equipa tem a nível de assistência domiciliária, mais em concreto ao número de lugares domiciliários. Esta capacidade não é estanque, podendo variar de ECL para ECL, sendo essa a razão da existência da coluna – número médio de lugares de ECCI.

O número de EGA CS existentes na RNCCI tem vindo a aumentar em todas as regiões, existindo no total de 293 EGA CS no ano de 2011, que corresponde a um aumento de 65,5% em relação ao ano anterior. O número de ECL aumentou, em média, 4,6% anualmente. No entanto, desde o ano 2009 que em cada uma das regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo existe apenas mais uma ECL. O Algarve mantém o mesmo número de ECL desde o ano 2009 e no Alentejo surgiram 5 ECL (17 em 2009 e 22 em 2011). Relativamente às ECCI, verifica-se que, entre 2008 e 2011, estas triplicaram (72 em 2008 e 253 em 2011), e os seus lugares quadruplicaram (1.660 em 2008 e 7.332 em 2011). No entanto, a nível regional, entre 2010 e 2011 as regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve apresentaram um decréscimo nos lugares de ECCI, devido a um ajustamento da capacidade assistencial de cada ECCI. Desde 2007 até 2011, o número de camas de internamento aumentou anualmente, em média, 31%, sendo que, em 2007, existiam 1.902 camas e, em 2011, existiam 5.595 camas. No total, a soma dos lugares de ECCI com o número de camas de internamento aumentou, em média, 41,8%/ano entre 2008 e 2011.

Tabela 35

Distribuição das unidades de internamento e equipas da RNCCI, por localização geográfica, de 2008 a 2011

Localização geográfica	Anos de referência dos dados	EGA CS		ECL		ECCI			N.º médio lugares ECCI		Lugares ECCI				Nº de camas de internamento					Total (lugares ECCI + nº camas internamento)								
		2010	2011	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011			
Norte	Nº	37	91	27	27	28	0	9	71	86	20	19		1.410	1.660			1.308	1.514	1.784					2.924	3.444		
	Taxa de crescimento (%)	145,9		0,0		3,7			688,9	21,1		-5,0			17,7				15,7	17,8						17,8		
	Taxa de crescimento médio (%)	1,8																										
Centro	Nº	25	64	16	16	17	39	43	42	45	37	34		1.557	1.522			1.196	1.445	1.607					3.002	3.129		
	Taxa de crescimento (%)	156,0		0,0		6,3			10,3	-2,3	7,1		-8,1			-2,2			20,8	11,2						4,2		
	Taxa de crescimento médio (%)	3,1						4,9																				
Lisboa e Vale do Tejo	Nº	84	86	22	23	23	6	6	58	58	47	36		2.744	2.093			743	891	1.188					3.635	3.281		
	Taxa de crescimento (%)	2,4		4,5		0,0			0,0	866,7	0,0		-23,4			-23,7			19,9	33,3						-9,7		
	Taxa de crescimento médio (%)	2,2						113,0																				
Alentejo	Nº	14	19	17	17	22	9	10	15	35	27	18		402	617			374	458	603					860	1.220		
	Taxa de crescimento (%)	35,7		0,0		29,4			11,1	50,0	133,3		-33,3			53,5			22,5	31,7						41,9		
	Taxa de crescimento médio (%)	13,8						57,3																				
Algarve	Nº	17	33	3	3	3	18	15	28	29	70	50		1.950	1.440			317	317	413					2.267	1.853		
	Taxa de crescimento (%)	94,1		0,0		0,0			-16,7	86,7	3,6		-28,6			-26,2			0,0	30,3						-18,3		
	Taxa de crescimento médio (%)	0,0						17,2																				
Total	Nº	177	293	85	86	93	72	96	214	253	38	29		1.660	5.050	8.063	7.332	1.902	2.870	3.938	4.625	5.595			4.530	8.988	12.688	12.927
	Taxa de crescimento (%)	65,5		1,2		8,1			33,3	122,9	18,2		-23,7			204,2	59,7	-9,1		50,9	37,2	17,4	21,0			98,4	41,2	1,9
	Taxa de crescimento médio (%)	4,6						52,0																				

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011, 2012)

Uma das preocupações da RNCCI foi o desenvolvimento da área dos cuidados paliativos, sobretudo após o ano de 2010, com a introdução do PNCP, que evidencia a carência de respostas à população (UMCCI, 2010a, 2010c). A Tabela 36 refere-se à distribuição do número de camas e equipas de cuidados paliativos no ano de 2010, por localização geográfica. A Tabela 37 complementa a informação anterior, ao apresentar a distribuição do número de camas de cuidados paliativos nos hospitais, em unidades de cuidados paliativos da RNCCI e em unidades da RNCCI fora das unidades de cuidados paliativos para o rácio de 64 a 80 camas/milhão de habitantes. Apresenta ainda a comparação com o número de camas efetivamente existentes e aquelas que estão em falta, em 2011.

Tabela 36

Distribuição do número de camas e equipas de cuidados paliativos, por localização geográfica no ano de 2010

Camas e equipas de cuidados paliativos no ano de 2010		Localização geográfica					Total
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	
Camas totais de UCP	Camas de UCP da RNCCI	35	40	63	12	10	160
	Camas de UCP fora da RNCCI	20	25	0	5	0	50
	Total	55	65	63	17	10	210
EIHSCP		4	1	3	4	2	14
ECCI que presta cuidados paliativos		10	4	13	6	7	40
ECSCP		2	0	1	1	1	5

Fonte: Adaptado com base em informação da UMCCI (2011)

Tabela 37

Distribuição do número de camas de cuidados paliativos por localização geográfica no ano de 2011

Localização geográfica	Rácios: 64 a 80 camas / milhão de habitantes										
	Hospitais - Número camas fora da RNCCI		Número de camas UCP da RNCCI		Número de camas nas unidades fora das UCP		Número de camas existentes nas UCP da RNCCI		Número de camas em falta nas UCP da RNCCI		
	64	80	64	80	64	80			64	80	
Norte	71	89	118	148	47	59	43	75	105		
Centro	33	42	56	69	22	28	45	11	24		
Lisboa e Vale do Tejo	70	88	117	146	47	59	75	42	71		
Alentejo	10	12	16	20	7	8	17	-1	3		
Algarve	9	11	14	18	6	7	10	4	8		
Total	193	241	322	402	129	161	190	132	212		

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2012)

No total, verifica-se que existem 210 camas de cuidados paliativos no ano de 2010, das quais 160 fazem parte da RNCCI e 50 estão fora da RNCCI. O maior número de camas de cuidados paliativos está localizado na região Centro (65). É na região do Algarve que estão em menor número. Refira-se que é na região de Lisboa e Vale do Tejo que está presente o maior número de camas de cuidados paliativos da RNCCI. Em 2010 existiam 14 EIHSCP, 40 ECCI que prestam cuidados paliativos e 5 ECSCP, sendo que há ausência de ECSCP na região Centro.

De acordo com a Tabela 37 comparando o número de camas de cuidados paliativos nas unidades de cuidados paliativos da RNCCI que deveriam existir nos rácios de 64 a 80 camas/milhão de habitantes com o existentes, verifica-se que para o rácio de 64 camas/milhão de habitantes estão em falta 132 camas e 212 camas para o rácio de 80 camas/milhão de habitantes. A nível regional, tendo em conta o rácio de 64 camas/milhão de habitantes a região do Alentejo foi a única que atingiu os objetivos, sendo que a região mais distanciada dos objetivos é a região Norte.

2.3.2.3. Utentes Referenciados na RNCCI

As orientações da RNCCI referem que os utentes internados a nível hospitalar e, que necessitem de cuidados continuados, devem ser referenciados nas primeiras 48 horas após a admissão para que o processo seja agilizado com a maior brevidade possível (UMCCI, 2010b). Os tempos que decorrem entre a sinalização da EGA até ao internamento são fulcrais para caracterizar a RNCCI, pelo que devem ser contabilizados os períodos temporais como: (i) a data de internamento hospitalar e a sinalização, (ii) tempo decorrido entre a data da sinalização à EGA e a data prevista da alta, (iii) tempo decorrido entre a data de sinalização à EGA e a referência, (iv) tempo de demora da avaliação das propostas pela ECL e, (v) o tempo de identificação da vaga pela ECR. Na Tabela 38 reportam-se estes períodos temporais, em diferentes anos.

Tabela 38

Circuitos de referência na RNCCI por localização geográfica e por tipologia, de 2009 a 2011

Período de tempo decorrido, em dias, por tipologia de RNCCI	Norte			Centro			Lisboa e Vale do Tejo			Alentejo			Algarve			Média			
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	
Tempo decorrido entre a data de internamento hospitalar e a sinalização do doente à EGA	29,5	10,3		18,8	16,9		24,6	36,3		12,0	28,2		15,4	6,1		20,1	19,6		
(Período de tempo considerado ideal decorrido entre a data de internamento hospitalar e a sinalização do doente à EGA = 2 dias)																			
Tempo decorrido entre a data da sinalização à EGA e a data prevista da alta	2,7	3,3		0,1	1,5		2,0	1,5		4,6	5,4		1,8	1,4		2,2	2,6		
Tempo decorrido entre a data da sinalização hospitalar e a referência	2,0	1,2		2,0	1,0		4,2	2,2		4,1	3,1		2,6	2,0		3,0	1,9		
Tempo de avaliação das referências propostas nas ECL	UC	4,0	2,2	2,0	4,0	1,1	1,0	9,0	4,8	4,7	6,0	3,3	3,0	1,0	2,9	0,8	4,8	2,9	2,3
	UCP	4,0	2,2	2,0	5,0	5,8	2,8	9,0	4,1	5,0	3,0	1,9	2,9	5,0	2,2	2,0	5,2	3,2	2,9
	UMDR	7,0	5,2	4,9	6,0	7,2	6,7	17,0	10,9	11,8	14,0	8,1	7,4	8,0	5,9	4,0	10,4	7,5	7,0
	ULDM	12,0	5,2	4,9	7,0	7,9	8,0	16,0	11,1	13,1	17,0	9,8	7,2	11,0	39,9	6,0	12,6	14,8	7,8
	ECCI	2,0	3,0	3,0	4,0	0,9	0,9	9,0	4,9	3,9	7,0	3,0	3,0	1,0	0,7	0,7	4,6	2,5	2,3
Média	5,8	3,6	3,4	5,2	4,6	3,9	12,0	7,2	7,7	9,4	5,2	4,7	5,2	10,3	2,7	7,5	6,2	4,5	
Tempo decorrido até à identificação de vaga pelas ECR	UC	1,0	0,7	0,8	3,0	2,2	1,2	11,0	14,2	12,1	6,0	8,2	6,9	3,0	1,1	1,1	4,8	5,3	4,4
	UCP	1,0	2,4	0,8	12,0	11,0	1,6	17,0	50,0	56,7	0,0	0,4	9,1	4,0	0,9	0,2	6,8	12,9	13,7
	UMDR	7,0	1,2	4,3	7,0	11,2	6,0	50,0	51,1	28,9	22,0	22,3	22,4	11,0	0,8	5,9	19,4	17,3	13,5
	ULDM	14,0	7,1	7,0	18,0	14,0	18,9	61,0	89,0	54,2	27,0	43,0	40,8	11,0	1,3	12,5	26,2	30,9	26,7
	ECCI	2,0	0,1	0,1	3,0	0,1	0,1	9,0	0,4	1,0	1,0	0,4	0,4	2,0	0,8	0,3	3,4	0,4	0,4
Média	5,0	2,3	2,6	8,6	7,7	5,6	29,6	40,9	30,6	11,2	14,9	15,9	6,2	1,0	4,0	12,1	13,4	11,7	
Tempo decorrido entre a identificação da vaga pela ECR e o internamento	UC							4,0					0,0					1,8	
	UCP							3,0					0,0					1,6	
	UMDR							4,0					1,0					2,4	
	ULDM							5,0					1,0					2,0	
	ECCI							10,0					1,0					3,4	
Média							5,2					1,4					2,2		
Tempo total decorrido entre a referência até ao internamento	UC	6,2			9,0			24,0					3,8					11,5	
	UCP	6,8			18,6			27,7					9,1					13,1	
	UMDR	15,7			15,6			71,0					38,8					32,2	
	ULDM	27,3			26,9			81,7					44,7					40,7	
	ECCI	7,8			9,8			27,7					10,1					11,9	
Média	12,8			16,0			46,4					22,2					21,9		

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011, 2012)

O tempo decorrido entre a data de internamento hospitalar e a sinalização do doente à EGA aumentou nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, entre 2009 e 2011, sendo que a região do Algarve no ano de 2010 apresenta o menor número de dias decorridos. Uma vez que o período de tempo decorrido entre a data de internamento hospitalar e a sinalização do doente à EGA, considerado ideal, é de 2 dias, pode-se analisar o tempo decorrido entre a data da sinalização à EGA e a data prevista da alta. A região com maior número de dias entre a data da sinalização à EGA e a data prevista da alta é o Alentejo, o que significa que é a região onde a sinalização dos utentes é menos tardia. As regiões Norte e Centro melhoraram os seus tempos, aumentando o número de dias entre a data da sinalização à EGA e a data prevista da alta. Lisboa e Vale do Tejo e o Algarve pioraram os seus tempos. Em 2009, o tempo total decorrido entre a referenciação até ao internamento era, em média, de 11,5 dias, para as UC, 13,1 dias para as UCP, 32,2 dias para as UMDR, 40,7 dias para as ULDM e 11,9 dias para as ECCI. A média, no total, é de 21,9 dias, sendo que, para 2010 e 2011 não existem valores totais.

A RNCCI contempla a mobilidade dos utentes através da transferência de utentes entre diferentes unidades e/ou tipologias. Desta forma, permite-se que um utente se aproxime da sua residência e se adequem os cuidados (UMCCI, 2010b). A Tabela 39 apresenta, por localização geográfica, os pedidos de transferência e as transferências efetivamente efetuadas, em 2009 e 2010. Em geral, a percentagem das transferências efetuadas aumentou entre 2009 e 2010. Aumento também presente nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. Por sua vez, nas regiões do Norte e Alentejo diminuiu a percentagem de transferências efetuadas não se tendo verificado qualquer alteração na região Centro.

Tabela 39

Transferências na RNCCI, por localização geográfica, em 2009 e 2010

2009	Localização geográfica						2010	Localização geográfica					
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total
Pedidos de transferências (Nº)						1.271	Pedidos de transferências (Nº)	744	644	270	248	270	2.176
Pedidos de transferências efetivadas (%)	87	74	21	72	43	69	Transferências efetivadas (Nº)	545	474	197	165	209	1.590
Tempo médio de avaliação pelas ECL para os pedidos de transferência (dias)	2,3	2,6	3,5	4,3	3,5		% transferências efetivadas	73	74	73	67	77	73

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011)

A caracterização dos utentes referenciados é fundamental para compreender o perfil dos utentes referenciados na RNCCI, por tipologia e por localização geográfica. A Tabela 40 apresenta um resumo das características dos utentes referenciados no ano de 2007, onde se destacam dados como tipologia de internamento mais frequente nas propostas de admissão, entidade referenciadora, idade média dos utentes referenciados, motivo das propostas de admissão,

situação de convivência dos utentes referenciados e tipo de apoio na realização das atividades básicas/instrumentais de vida diária que os utentes referenciados recebem.

A Tabela 41 fornece a informação para 2008, salientando a distribuição dos utentes referenciados por tipologia e a percentagem de referenciados por entidade referenciadora. A Tabela 42 apresenta a relação dos utentes referenciados por tipologia e localização geográfica no total da RNCCI e da tipologia e a mesma relação para a origem de referência e a Tabela A1 14 (em Anexo I) apresenta a distribuição dos utentes referenciados por localização geográfica nas diferentes tipologias e por entidade referenciadora, nos anos de 2009 e 2010. Por fim, a Tabela 43 completa a informação sobre a caracterização dos utentes referenciados, a origem de referência com dados referentes ao ano 2011 e o valor acumulado de utentes referenciados desde o início da RNCCI até 2011, assim como as respetivas taxas de crescimento anual e a taxa de crescimento médio no período de 5 anos.

Tabela 40

Resumo das características dos utentes referenciados em 2007

Propostas de admissão de utentes na RNCCI de 01/10/2006 a 30/11/2007 (%)	Tipologias de internamento	ULDM	17	
		UMDR	15	
		UC	27	
Distribuição total de propostas de referência da RNCCI (%)	Entidade referenciadora da RNCCI	Hospital	56	
		Centro de Saúde	35	
		Unidade da RNCCI	7	
		Instituição	3	
Idade média dos utentes propostos para admissão (Anos)			73	
Utentes que vivem com a família natural (%)			66	
Utentes Casados (%)			46	
Distribuição do total de utentes referenciados da RNCCI de 01.11.2006 a 30.11.2007 (%)	Motivo das propostas de admissão	Necessidade de cuidados continuados	64	
		Situação de fragilidade do idoso	52	
		Necessidade de ensino do utente ou do cuidador	45	
	Situação de convivência	ULDM	Com família natural	66
			Só	16
			Sem abrigo	3
			Em instituição	9
			Outro	5
			Idoso em situação de fragilidade	22
			Necessidade continuidade de cuidados	12
Propostas de admissão por tipologia de internamento e motivo de referência (%)	UMDR	Necessidade de ensino doente/ cuidadores	10	
		Doença crónica com EP agudização	10	
		Necessidade e tratamentos complexos	25	
		Idoso em situação de fragilidade	12	
		Necessidade continuidade de cuidados	16	
UC	UC	Necessidade de ensino doente/ cuidadores	11	
		Doença crónica com EP agudização	8	
		Necessidade e tratamentos complexos	16	
		Idoso em situação de fragilidade	23	
		Necessidade continuidade de cuidados	36	
Utentes referenciados na RNCCI (%)	Tipo de apoio na realização de actividades básicas/ instrumentais de vida diária	Necessidade de ensino doente/ cuidadores	33	
		Doença crónica com EP agudização	30	
		Necessidade e tratamentos complexos	23	
		Higiene pessoal	21	
		Higiene da roupa	21	
		Higiene da casa	17	
		Ajudas técnicas	6	

Fonte: Elaboração própria com base em informação da RNCCI (2008)

Em 2007, os utentes referenciados na RNCCI foram referenciados, maioritariamente, pelos hospitais, tinham 73 anos de idade média e o principal motivo da proposta de admissão foi a necessidade de cuidados continuados (64%). Nas ULDM, o maior número de doentes necessita de tratamentos complexos (25%), seguindo-se o critério de fragilidade do idoso (22%). A necessidade de cuidados continuados e a necessidade de tratamentos complexos são os principais motivos de referência para as UMDR (16%, cada). Também nas UC, a necessidade de cuidados continuados ocupa o primeiro lugar nos motivos de referência (36%), seguindo-se a necessidade de ensino aos doentes/cuidadores (33%).

Tabela 41

Resumo dos utentes referenciados por tipologia da RNCCI em 2008

Tipologia da RNCCI	Distribuição dos utentes referenciados em 2008 (%)	Número de utentes referenciados em 2008
UC	30,1	5.508
UMDR	27,3	5.010
ULDM	26,7	4.902
UCP	7,7	1.408
ECCI	8,2	1.495
Total	100	18.323
Número de utentes referenciados para a RNCCI em 2008		18.323
Total de utentes referenciados desde o início da RNCCI até 2008		26.222
Variação de utentes referenciados em relação a 2007 (%)		132
% de referência, em 2008, por entidades referenciadoras	EGA	72
	Centro de saúde	28
	Total	100

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009)

Em 2008, tal como no ano de 2007, a maior percentagem de utentes referenciados corresponde à tipologia UC, sendo 18.323 o total de utentes referenciados. Destaca-se que a variação de utentes referenciados, em relação ao ano de 2007, foi de 132% e as entidades que mais referenciaram foram as EGA.

A tipologia de convalescença mantém, também, em 2009 a liderança em relação ao número de utentes referenciados. No total, é a região Norte a que mais utentes referencia (34,2%), seguida da região do Centro (25,5%) e, por último, as regiões do Alentejo (10,3%) e do Algarve (10,1%). Em 2010, foram as UMDR que passaram a liderar com o maior número de utentes referenciados - 27%, contra 24,6% das UC. A região Norte manteve-se como a que mais referencia. Na posição oposta surge o Algarve (8,9%). Relativamente à origem da referência, os hospitais são os que mais referenciam (69,2%) em 2009. Esta tendência mantém-se durante 2010.

Tabela 42

Caracterização da referênciação de utentes para a RNCCI em 2009 e 2010

Caracterização da referênciação de utentes para a RNCCI em 2009																	
Localização geográfica	Tipologias da RNCCI											Origem da referênciação					
	% ECCI Região/ ECCI Total	% ECCI Região/ RNCCI Total	% UC Região/ UC Total	% UC Região/ RNCCI Total	% UCP Região/ UCP Total	% UCP Região/ RNCCI Total	% ULDM Região/ ULDM Total	% ULDM Região/ RNCCI Total	% UMDR Região/ UMDR Total	% UMDR Região/ RNCI Total	% RNCCI Região/ RNCCI Total	% CS Região/ CS Total	% CS Região/ Região Total	%CS Região/ Total	% Hospital Região/ Hospital Total	% Hospital Região/ Região Total	% Hospital Região/ Total
Norte	22,7	3,0	42,8	12,5	25,6	2,3	35,0	9,0	32,2	7,4	34,2	24,4	21,9	7,5	38,6	78,1	26,7
Centro Lisboa e	14,1	1,9	30,0	8,8	13,6	1,2	25,0	6,4	31,7	7,2	25,5	32,3	39,0	10,0	22,5	61,0	15,6
Vale do Tejo	7,0	0,9	14,3	4,2	49,7	4,4	23,0	5,9	19,4	4,4	19,9	16,4	25,5	5,1	21,4	74,5	14,8
Alentejo	15,8	2,1	6,1	1,8	4,8	0,4	12,4	3,2	12,4	2,9	10,3	13,4	39,9	4,1	9,0	60,1	6,2
Algarve	40,4	5,4	6,8	2,0	6,3	0,6	4,6	1,2	4,3	1,0	10,1	13,5	41,4	4,2	8,5	58,6	5,9
Total	100,0	13,3	100,0	29,2	100,0	8,8	100,0	25,7	100,0	22,9	100,0	100,0		30,8	100,0		69,2
Caracterização da referênciação de utentes para a RNCCI em 2010																	
Norte	24,2	3,5	46,0	11,3	25,8	2,8	35,0	8,1	33,0	8,9	34,6	24,3	20,9	7,2	39,0	79,1	27,4
Centro Lisboa e	11,6	1,7	19,7	4,8	12,7	1,4	24,9	5,7	32,0	8,6	22,3	30,9	41,2	9,2	18,7	58,8	13,1
Vale do Tejo	21,7	3,1	17,8	4,4	49,0	5,3	22,1	5,1	18,4	4,9	22,9	22,0	28,6	6,5	23,2	71,4	16,3
Alentejo	14,5	2,1	8,9	2,2	5,4	0,6	13,7	3,2	12,0	3,2	11,3	16,4	43,3	4,9	9,1	56,7	6,4
Algarve	28,0	4,0	7,6	1,9	7,1	0,8	4,3	1,0	4,6	1,2	8,9	6,4	21,5	1,9	10,0	78,5	7,0
Total	100,0	14,5	100,0	24,6	100,0	10,8	100,0	23,1	100,0	27,0	100,0	100,0		29,8	100,0		70,2

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011)

Em 2011, de forma semelhante ao verificado para 2010, as UMDR continuam a ser as unidades para as quais estão referenciados mais utentes. Também a região Norte se mantém como a que mais utentes referencia e os hospitais como a entidade que mais referencia.

Tabela 43

Número total de utentes referenciados por tipologia da RNCCI de 2008 a 2011 e acumulado de utentes referenciados desde a criação da RNCCI até 2011

Tipologia da RNCCI		Ano de referência dos dados				
		2007	2008	2009	2010	2011
UC	Utentes referenciados (Nº)		5.508	7.289	5.903	7.118
	Taxa de crescimento (%)			32,3	-19,0	20,6
	Taxa de crescimento médio (%)					8,9
UMDR	Utentes referenciados (Nº)		5.010	5.708	6.483	7.240
	Taxa de crescimento (%)			13,9	13,6	11,7
	Taxa de crescimento médio (%)					13,1
ULDM	Utentes referenciados (Nº)		4.902	6.418	5.550	5.896
	Taxa de crescimento (%)			30,9	-13,5	6,2
	Taxa de crescimento médio (%)					6,3
UCP	Utentes referenciados (Nº)		1.408	2.198	2.593	2.897
	Taxa de crescimento (%)			56,1	18,0	11,7
	Taxa de crescimento médio (%)					27,2
ECCI	Utentes referenciados (Nº)		1.495	3.315	3.475	6.952
	Taxa de crescimento (%)			121,7	4,8	100,1
	Taxa de crescimento médio (%)					66,9
Total	Utentes referenciados (Nº)		18.323	24.928	24.004	30.103
	Taxa de crescimento (%)			36,0	-3,7	25,4
	Taxa de crescimento médio (%)					18,0
Valor acumulado de utentes referenciados desde a criação da RNCCI	Número de utentesc(Nº)	7.899	26.222	51.150	75.154	105.257
	Taxa de crescimento (%)		232,0	95,1	46,9	40,1
	Taxa de crescimento médio (%)					91,1

Fonte: Elaboração própria com base em informação da RNCCI (2008) e UMCCI (2009, 2010b, 2011, 2012)

Entre os anos de 2009 e 2010, as tipologias de convalescença e longa duração obtiveram uma taxa de crescimento negativa de 19,0% e 13,5%, respetivamente. Também, no total, isso se verificou (3,7% de decréscimo). Ainda assim, no total e em média, o número de utentes referenciados aumentou 18%/ano entre 2008 e 2011. Em média, entre 2008 e 2011, as ECCI foram as que cresceram em termos de número de utentes referenciados (66,9%/ano) e as UC as que menos cresceram (8,9%/ano).

Entre 2007 e 2008 verificou-se a maior taxa de crescimento do valor acumulado de utentes referenciados desde a criação da RNCCI (232%). Esta taxa tem vindo a diminuir até 2011, no entanto, em média entre 2007 e 2011, o acumulado de utentes referenciados aumentou 91,1%/ano.

O número de utentes referenciados não corresponde linearmente ao número de utentes que reúnem critérios para serem admitidos na RNCCI, nem estes últimos são todos realmente admitidos uma vez que, alguns casos são cancelados, os utentes recusam a admissão ou verifica-se o óbito antes da admissão. A Tabela 44 relaciona os motivos anteriormente referidos para os anos de 2009, 2010 e 2011.

Tabela 44

Relação entre o número de utentes referenciados, o número de utentes com critérios a admitir e o número real de utentes admitidos

Ano	Total de referenciados	Em avaliação	Total de referenciados (utentes em avaliação)		Utentes com critérios			Total de utentes com critérios a admitir			
			Com critérios	Sem critérios	Recusaram	Cancelados	Óbitos	Total a admitir	Número real de utentes admitidos	Utentes em espera	Utentes admitidos/Utentes a admitir (%)
2009	24.928	1.637	20.313	2.978	226	1.522	239	18.326	17.156	1.170	94
2010	24.004	579	20.373	3.052	393	57	1.107	18.816	17.806	1.010	95
2011	30.103	517	27.167	2.419	439	1.298	722	24.708	24.017	691	97

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011, 2012)

No final de 2009 tinham sido referenciados 24.928 utentes estando 1.637 casos em avaliação. Assim, restaram 23.291 utentes com possibilidade de admissão na RNCCI. Destes só 20.313 é que reuniam critérios, sendo que 1.987 recusaram, cancelaram ou faleceram. Assim, o total de utentes a admitir foi de 18.326 tendo, na realidade, sido admitidos 94% destes. Do total de utentes referenciados foram realmente admitidos apenas cerca de 69%. Em 2010, 74% dos utentes referenciados foram efetivamente admitidos e, no final de 2011, foram admitidos 80%. Pela tabela anterior verifica-se que, tanto em 2010 como em 2011, existiam utentes a aguardar vaga, pelo que a Tabela 45 especifica a distribuição dos utentes que aguardavam vaga por localização geográfica e por tipologia da RNCCI.

Tabela 45

Utentes a aguardar vaga por localização geográfica e tipologia em 2010 e 2011

Localização geográfica		Total		UC		UMDR		ULDM		UCP		ECCI	
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Norte	Utentes a aguardar vaga	53	82	1	9	18	22	31	33	3	11	0	7
	% dos utentes em espera	5	12	1	8	8	13	6	16	3	7	0	17
Centro	Utentes a aguardar vaga	185	62	29	19	55	8	89	24	12	10	0	1
	% dos utentes em espera	18	9	3	16	25	5	16	12	11	7	0	2
Lisboa e Vale do Tejo	Utentes a aguardar vaga	580	361	47	22	84	112	348	86	86	121	15	20
	% dos utentes em espera	57	52	48	18	38	64	62	41	81	82	65	48
Alentejo	Utentes a aguardar vaga	173	163	15	51	60	30	90	65	1	5	7	12
	% dos utentes em espera	17	24	15	43	27	17	16	31	1	3	30	29
Algarve	Utentes a aguardar vaga	19	23	5	19	5	2	4	0	4	0	1	2
	% dos utentes em espera	2	3	5	16	2	1	1	0	4	0	4	5
Total		1.010	691	97	120	222	174	562	208	106	147	23	42
Taxa crescimento (%)			-32		24		-22		-63		39		83
Diferença entre 2011 e 2010 (Nº)			319		-23		48		354		-41		-19

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2011, 2012)

Com exceção da região do Alentejo, no ano de 2011 para a tipologia UC, Lisboa e Vale do Tejo é a região com mais utentes a aguardar vaga em todas as tipologias. No total, na região de Lisboa e Vale do Tejo encontram-se 52% dos utentes a aguardar vaga, sendo esta a região com menor cobertura populacional. Entre 2010 e 2011 diminuiu em 319 o número de utentes a aguardar vaga, no total, refletido numa taxa de crescimento negativa de 32%. Por sua vez, nas tipologias de UC,

UCP e ECCI o número de utentes a aguardar vaga aumentou pelo que apresentam taxas de crescimento positivas de 24%, 39% e 83%, respetivamente.

Os motivos de propostas de referenciação são muito diversificados e cada utente pode apresentar mais do que um motivo. (UMCCI, 2012). As Tabelas 46 e 47 descrevem a distribuição dos motivos de referenciação por tipologia da RNCCI ao longo do tempo.

Tabela 46

Motivo de referenciação dos utentes por tipologia da RNCCI em 2008 e 2009

Motivos de referenciação	Tipologia									
	UC			UMDR			ULDM			ECCI
	2008	2009	Taxa de crescimento	2008	2009	Taxa de crescimento	2008	2009	Taxa de crescimento	2009
%										
Necessidade de continuidade de cuidados	89	86	-3,4	58	63	8,6	46	58	26,1	89
Dependência AVD	48	52	8,3	64	72	12,5	87	92	5,7	91
Vigilância tratamentos complexos	82	87	6,1	52	62	19,2	7	5	-28,6	3
Ensino utente cuidados informal	33	31	-6,1	28	18	-35,7	3	6	100,0	7
Doença crónica com agudização	26	19	-26,9	14	11	-21,4	9	12	33,3	8

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b)

Tabela 47

Motivo de referenciação dos utentes por tipologia da RNCCI e a nível nacional nos anos de 2010 e 2011

Motivos de Referenciação	Tipologia																	
	ECCI		UC		UCP		ULDM		UMDR		Nacional							
	2010	2011	Taxa de crescimento	2010	2011	Taxa de crescimento	2010	2011	Taxa de crescimento	2010	2011	Taxa de crescimento	2010	2011	Taxa de crescimento			
%																		
Dependencia AVD	84	86	2,4	92	93	1,1	78	81	3,8	89	89	0,0	94	93	-1,1	90	90	0,0
Ensino utente/cuidador informal	91	66	-27,5	88	66	-25,0	74	32	-56,8	80	56	-30,0	86	64	-25,6	85	61	-28,2
Reabilitação	27	41	51,9	86	87	1,2	3	4	33,3	28	29	3,6	83	77	-7,2	59	57	-3,4
Cuidados pós-cirúrgicos	20	15	-25,0	39	41	5,1	4	5	25,0	5	5	0,0	20	20	0,0	21	21	0,0
Tratamento de feridas/úlceras de pressão	44	36	-18,2	6	4	-33,3	9	8	-11,1	19	17	-10,5	8	10	25,0	15	16	6,7
Doença cardiovascular	16	12	-25,0	15	13	-13,3	3	2	-33,3	15	13	-13,3	19	16	-15,8	15	13	-13,3
Gestão regime terapêutico	13	10	-23,1	4	5	25,0	56	56	0,0	23	25	8,7	4	6	50,0	13	13	0,0
Portadores de SNG/PEG		9		2				11			22			7				9
Úlceras de pressão múltiplas	16	15	-6,3	2	1	-50,0	4	3	-25,0	11	8	-27,3	5	7	40,0	7	7	0,0
Descanso do cuidador	2	2	0,0	1	0	-100,0	5	3	-40,0	30	26	-13,3	4	3	-25,0	7	6	-14,3
Manutenção de dispositivos	7	6	-14,3	2	2	0,0	9	10	11,1	15	13	-13,3	2	2	0,0	5	5	0,0
DPOC	3	3	0,0	2	2	0,0	2	3	50,0	3	3	0,0	2	2	0,0	3	3	0,0
Cuidados pós-traumáticos	3	3	0,0	4	4	0,0	0	0		2	2	0,0	4	4	0,0	3	3	0,0
Deterioração cognitiva	4	2	-50,0	1	1	0,0	4	3	-25,0	7	6	-14,3	2	2	0,0	3	3	0,0
Hepatopatia	1	1	0,0	1	1	0,0	3	3	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0
Desnutrição	1	1	0,0	1	0	-100,0	3	3	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0
Ventilação assistida		1		0				1			1			0				1

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2011, 2012)

Em 2008 e 2009 os motivos de referenciação dos utentes dividem-se em 5 grandes grupos. Assim, para a tipologia de convalescença o principal motivo de referenciação, em 2008, prende-se com a necessidade de continuidade de cuidados (89%) e, em 2009, com a vigilância de tratamentos complexos (87%). Para as UMDR, a dependência nas AVD foi o motivo de referenciação mais frequente em 2008 (64%). O menos frequente prende-se com a doença

crónica com agudização (14%). A tendência manteve-se em 2009. Ainda assim, nesta tipologia, a vigilância de tratamentos complexos foi o motivo que apresentou maior crescimento em termos de referenciação (19,2%). Nas ULDM a dependência nas AVD destaca-se como o motivo mais frequente (87%, em 2008 e 92%, em 2009). O mesmo acontece nas ECCI apesar de, nesta tipologia, só existirem dados para o ano de 2009.

Para 2010 e 2011 os motivos de referenciação apresentam-se mais diversificados, tal como mostra a Tabela 47. A nível nacional o principal motivo de referenciação é a dependência nas AVD's, (90%), seguido do ensino ao utente/cuidador informal (61%). Para as ECCI, em 2010, o principal motivo de referenciação foi o ensino ao utente/cuidador informal (91%), perdendo a liderança no ano seguinte para a dependência nas AVD's (86%). Nas UC, a reabilitação é um motivo muito frequente, a par da dependência nas AVD's e o ensino ao utente/cuidador informal. A gestão do regime terapêutico ganha destaque apenas nas UCP, com 56% dos motivos de referenciação nos dois anos, enquanto o motivo de descanso do cuidador é mais frequente nas ULDM (30%, em 2010 e 26%, em 2011).

A caracterização dos utentes referenciados permite o conhecimento de uma série de fatores sociais e demográficos associados ao utente e, assim, conhecer o seu perfil. É importante conhecer o género e idade (mais frequentes) dos utentes da RNCCI no sentido de permitir melhorar a adequação dos cuidados. A Tabela 48 permite observar o cruzamento da distribuição do género e grupo etário dos utentes da RNCCI.

Tabela 48

Faixa etária e género dos utentes referenciados na RNCCI de 2008 a 2011

Faixa etária dos utentes referenciados (anos)		Género										
		Feminino				Masculino				Total		
		2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010
18-49	%	2	2	2	2	6	4	4	3	8	6	
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0		-33,3	0,0	-25,0		-25,0	
50-64	%	5	5	6	6	8	8	9	4	13	13	
	Taxa de crescimento (%)		0,0	20,0	0,0		0,0	12,5	-55,6		0,0	
65-79	%	22	20	21	25	19	19	19	22	41	39	
	Taxa de crescimento (%)		-9,1	5,0	19,0		0,0	0,0	15,8		-4,9	
mais de 80 anos	%	27	26	25	21	12	16	15	18	39	42	40,3
	Taxa de crescimento (%)		-3,7	-3,8	-16,0		33,3	-6,3	20,0		7,7	-4,0
65 ou mais anos	%	49	46			30	35			79,3	80,5	79,9
	Taxa de crescimento (%)		-6,1				16,7				1,5	-0,7
	%	56	53	54	54	44	47	46	46	100	100	
Total	Taxa de crescimento (%)		-5,4	1,9	0,0		6,8	-2,1	0,0		0,0	
	Taxa de crescimento médio (%)				-1,2							1,5

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009,2010b, 2011, 2012)

O género feminino constitui a maioria aos utentes referenciados. No entanto, em média, as mulheres referenciadas diminuíram 1,2%/ano e os homens aumentaram 1,5%/ano. No total, o grupo etário mais referenciado é o de utentes com mais de 65 anos, com valores sempre acima dos 79% nos anos analisados. Salienta-se ainda um crescimento de 6,9% entre 2010 e 2011. A faixa etária com mais de 80 anos tem vindo a perder peso desde 2009: de 42% dos referenciados

passaram a 39% em 2011. Nos anos em análise a predominância do género feminino nas referências só não é visível nas faixas etárias dos 18 aos 64 anos de idade.

O estado civil e escolaridade permitem, igualmente, uma caracterização dos utentes referenciados complementando a informação anteriormente referida (Tabela 49).

Tabela 49

Estado civil e escolaridades dos utentes referenciados de 2008 a 2010

Estado civil dos utentes referenciados				Escolaridade dos utentes referenciados					
	2008	2009	2010		2008	2009	2010		
Solteiro	%	19	22	13	Analfabeto	%	27	35	28
	Taxa de crescimento (%)		15,8	-40,9		Taxa de crescimento (%)		29,6	-20,0
	Taxa de crescimento médio (%)			-17,3		Taxa de crescimento médio (%)			1,8
Casado	%	46	45	49	1 a 6 anos	%	60	55	61
	Taxa de crescimento (%)		-2,2	8,9		Taxa de crescimento (%)		-8,3	10,9
	Taxa de crescimento médio (%)			3,2		Taxa de crescimento médio (%)			0,8
Divorciado	%	2	3	5	7 a 12 anos	%	9	6	9
	Taxa de crescimento (%)		50,0	66,7		Taxa de crescimento (%)		-33,3	50,0
	Taxa de crescimento médio (%)			58,1		Taxa de crescimento médio (%)			0,0
Viúvo	%	33	21	32	13 ou mais anos	%	4	4	2
	Taxa de crescimento (%)		-36,4	52,4		Taxa de crescimento (%)		0,0	-50,0
	Taxa de crescimento médio (%)			-1,5		Taxa de crescimento médio (%)			-29,3
Omisso	%	0	10	1					
	Taxa de crescimento (%)			-90,0					
	Taxa de crescimento médio (%)								

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009,2010b, 2011)

No que refere ao estado civil, a maioria dos utentes referenciados é casada. Entre 2008 e 2010 diminuíram, em média, 17,3%/ano os utentes solteiros e aumentaram 58,1%/ano os utentes divorciados. No que se refere à escolaridade, grande parte dos utentes são analfabetos ou têm 1 a 6 anos de escolaridade. Este último grupo apresenta sempre valores acima dos 55%. O único grupo que, em média, decresceu foi o grupo daqueles com 13 ou mais anos de escolaridade (9,3%/ano, entre 2008 e 2010).

Outras das características abordadas para caracterizar os utentes referenciados é a situação de convivência, aquando da referência, e a proveniência e tipo de apoio recebido por parte destes utentes. Estes indicadores apresentam-se nas Tabelas 50 e 51, respetivamente.

Tabela 50

Distribuição percentual dos utentes referenciados, por origem e tipo de apoio que recebem aquando da referência, em 2009 e 2010

Distribuição percentual dos utentes referenciados por origem de apoio que recebem aquando da referência								
Anos	Familiares	Técnicos de saúde	Ajuda domiciliária	Outros	Técnicos de serviço	Centro dia	Empregada doméstica	Vizinhos
2009	52	11	11	8	7	5	3	3
2010	51	10	11	7	10	5	8	4
Distribuição percentual dos utentes referenciados por tipo de apoio que recebem aquando da referência								
Anos	Alimentação	Higiene pessoal	Higiene da roupa	Higiene da casa	Medicamentos	Ajudas técnicas	Outros	Pecuniário
2009	20	19	19	17	16	5	2	1
2010	43	42	42	40	33	13	8	2

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011)

Em 2009 e 2010 a maioria dos utentes referenciados recebe apoio maioritariamente de familiares aquando da referenciação, 52% e 51% respetivamente. No entanto, os tipos de origem de apoio são diversos. Nestes surgem: técnicos de saúde, ajuda domiciliária, centros de dia, empregada doméstica, vizinhos, técnicos de serviço social ou outros, todos com menor relevância. Em relação aos tipos de apoio, os mais frequentes são a alimentação, a higiene pessoal, a higiene da roupa, a higiene da casa e os medicamentos, sendo que todos estes aumentaram, para cerca do dobro, entre 2009 e 2010.

Tabela 51

Situação de convivência dos utentes referenciados de 2008 a 2010

Situação de convivência dos utentes referenciados	Ano de referência dos dados				
	2008	2009	2010		
	%	% crescimento (%)	% crescimento (%)		
Com família natural	79,0	74,7	-5,4	65,9	-11,8
Sozinho	13,0	20,7	59,2	21,7	4,8
Com família de acolhimento	2,0	1,3	-35,0	3,2	146,2
Instituição	4,0	3,1	-22,5	5,7	83,9
Sem abrigo	1,0	0,2	-80,0	0,5	150,0
Outro	1,0	0,0	-100,0	3,0	0

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009,2010b, 2011)

Relativamente à situação de convivência dos utentes referenciados da RNCCI, estes maioritariamente, vivem com a família natural. No entanto, a percentagem destes utentes tem vindo a diminuir desde 2008 (79%) até 2010 (65,9%). Por seu lado, a percentagem de utentes que vive sozinho é significativa e tem vindo a crescer, correspondendo, em 2010, a 21,7% dos utentes.

O conhecimento dos diagnósticos clínicos predominantes é, também, relevante para a caracterização dos utentes referenciados. No entanto, estes dados não estão presentes em todos os relatórios da RNCCI. A Tabela 52 refere-se aos diagnósticos principais ocorridos nos utentes com diagnóstico declarado.

Tabela 52

Diagnóstico dos utentes referenciados de 01/10/2006 a 31/12/2007 e em 2009

Ano de referência dos dados	Diagnóstico	Utentes referenciados
2009	Doença vascular cerebral aguda mal definida	40
	Efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais	3
	Doença vascular cerebral mal definida	4
	Fractura do colo do fémur	15
01/10/2006 a 31/12/2007	Acidente Vascular Cerebral	17,1
	Fractura do colo do fémur	7,5

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b) e da RNCCI (2008)

Salienta-se a doença vascular cerebral aguda mal definida, que constitui o principal diagnóstico dos utentes referenciados, seguida pela fratura do colo do fémur.

2.3.2.4. Utentes Assistidos na RNCCI

Tendo já sido analisado o número de utentes referenciado importa referir os utentes assistidos efetivamente pela RNCCI, quer por tipologia quer por localização geográfica, tal como o total de doentes acumulados assistidos desde a criação da RNCCI, presente na Tabela 53. Importa referir que os utentes assistidos num determinado ano incluem também os utentes que transitaram do ano anterior e aos quais já estavam com prestação de cuidados da RNCCI e os referenciados no ano anterior ou em avaliação.

O total de utentes assistidos na RNCCI entre 2008 e 2011 aumentou, em média, 34,5% o que se traduz por 13.457 utentes assistidos em 2008 e 32.713 em 2011. Em 2008 e 2010 a tipologia que assistia mais utentes era a UMDR e em 2009 e 2011 era a tipologia de convalescença. No entanto, entre 2008 e 2011, a tipologia que teve maior crescimento médio anual foi a ECCI (87,2%) seguida pelos cuidados paliativos (35,4%).

Por região, o Norte (12.189 utentes) constitui em 2011, aquela que tem maior número de utentes assistidos. Pelo contrário, a região do Alentejo (3238) a que tem menor número de utentes assistidos. No entanto, foi a região do Algarve (62,6%), que mais aumentou em média o número de utentes assistidos entre os anos de 2008 e 2011, anualmente. A região Norte, durante o período de tempo referido na Tabela 53, teve um crescimento médio anual mais elevado nas tipologias de ECCI (338,1%) e ULDM (58,1%), ao nível da assistência de utentes, enquanto a região Centro a mesma situação ocorreu nas unidades de convalescença (17,6%). Na região de Lisboa e Vale do Tejo foram as unidades de paliativos (35,0%) e ECCI (396,9%) que aumentaram mais, em média, a assistência aos utentes.

O acumulado total de utentes assistidos, de 2007 a 2011, aumentou 102,0%/ano, em média. De referir que, para 2007, só é possível o acesso ao total de acumulados e não por distribuição das tipologias da RNCCI. A tipologia de convalescença reúne o maior número de acumulado de utentes assistidos, de 2008 a 2011, e os cuidados paliativos são os que reúnem menos utentes acumulados assistidos. A tipologia de ECCI foi a que mais cresceu (155,5%).

Tabela 53

Número de utentes assistidos por localização geográfica e tipologia da RNCCI de 2008 a 2011 e acumulado de utentes assistidos por tipologia da RNCCI de 2007 a 2011

Localização geográfica		Tipologia da RNCCI																						
		UC				UMDR				ULDM				UCP				ECCI			Total			
		Ano de referência dos dados				Ano de referência dos dados				Ano de referência dos dados				Ano de referência dos dados				Ano de referência dos dados			Ano de referência dos dados			
Indicadores	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	Nº	1.951	2.558	2.800	3.559	987	1.728	2.432	2.716	591	1.944	2.218	2.334	187	646	725	470	162	831	3.110	3.716	7.038	9.006	12.189
	Taxa de crescimento (%)		31,1	9,5	27,1		75,1	40,7	11,7		228,9	14,1	5,2		245,5	12,2	-35,2		413,0	274,2		89,4	28,0	35,3
	Taxa de crescimento médio (%)				22,2				40,1				58,1				36,0			338,1				48,6
Centro	Nº	1.023	1.402	1.461	1.665	1.938	1.955	2.308	2.603	2.001	1.409	1.757	1.981	164	230	239	234	551	799	686	5.126	5.547	6.564	7.169
	Taxa de crescimento (%)		37,0	4,2	14,0		0,9	18,1	12,8		-29,6	24,7	12,7		40,2	3,9	-2,1		45,0	-14,1		8,2	18,3	9,2
	Taxa de crescimento médio (%)				17,6				10,3				-0,3				12,6			11,6				11,8
Lisboa e Vale do Tejo	Nº	610	850	852	941	864	790	912	1.232	659	789	817	1.018	242	813	571	596	91	805	2.247	2.375	3.333	3.957	6.034
	Taxa de crescimento (%)		39,3	0,2	10,4		-8,6	15,4	35,1		19,7	3,5	24,6		236,0	-29,8	4,4		784,6	179,1		40,3	18,7	52,5
	Taxa de crescimento médio (%)				15,5				12,6				15,6				35,0			396,9				36,5
Alentejo	Nº	355	372	537	773	582	527	619	695	302	558	648	737	52	147	173	142	428	650	891	1.291	2.032	2.627	3.238
	Taxa de crescimento (%)		4,8	44,4	43,9		-9,5	17,5	12,3		84,8	16,1	13,7		182,7	17,7	-17,9		51,9	37,1		57,4	29,3	23,3
	Taxa de crescimento médio (%)				29,6				6,1				34,6				39,8			44,3				35,9
Algarve	Nº	498	608	637	806	223	242	401	495	228	334	362	419	0	182	243	158	1.376	2.193	2.205	949	2.742	3.836	4.083
	Taxa de crescimento (%)		22,1	4,8	26,5		8,5	65,7	23,4		46,5	8,4	15,7			33,5	-35,0		59,4	0,5		188,9	39,9	6,4
	Taxa de crescimento médio (%)				17,4				30,4				22,5							26,6				62,6
Total	Nº	4.437	5.790	6.287	7.744	4.594	5.242	6.672	7.741	3.781	5.034	5.802	6.489	645	2.018	1.951	1.600	2.608	5.278	9.139	13.457	20.692	25.990	32.713
	Taxa de crescimento (%)		30,5	8,6	23,2		14,1	27,3	16,0		33,1	15,3	11,8		212,9	-3,3	-18,0		102,4	73,2		53,8	25,6	25,9
	Taxa de crescimento médio (%)				20,4				19,0				19,7				35,4			87,2				34,5
Acumulado de utentes assistidos	Nº	7.403	13.193	19.480	27.224	6.163	11.405	18.077	25.818	4.910	9.944	15.746	22.235	915	2.933	4.884	6.484	2.608	7.886	17.025	5.934	19.391	40.083	66.073
	Taxa de crescimento (%)		78,2	47,7	39,8		85,1	58,5	42,8		102,5	58,3	41,2		220,5	66,5	32,8		202,4	115,9		226,8	106,7	64,8
	Taxa de crescimento médio (%)				54,4				61,2				65,4				92,1			155,5				102,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011, 2012)

2.3.2.5. Demora Média de Internamento/Tratamento dos Utentes da RNCCI

A demora média de internamento/tratamento na RNCCI permite analisar a adequação da mesma à população, uma vez que, de um modo geral, cada tipo de tipologia apresenta um prazo para o número de dias de internamento. A Tabela 54 refere-se ao número médio de dias de internamento/tratamento na RNCCI, por tipologia e localização geográfica, de 2008 a 2011.

Tabela 54

Número médio de dias de internamento/tratamento na RNCCI, por tipologia e localização geográfica, de 2008 a 2011

Localização geográfica	Indicadores	Tipologia da RNCCI																	
		UC				UMDR				ULDM				UCP		ECCI			
		2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2009	2010	2009	2010		
Norte	Nº dias	29	28	28	27	85	71	68	69	164	83	175	169	25	30	22	56	60	59
	Taxa de crescimento (%)		-3,4	0,0	-3,6		-16,5	-4,2	1,5		-49,4	110,8	-3,4		20,0	-26,7		7,1	-1,7
	Taxa de crescimento médio (%)				-2,4				-6,7				1,0						
Centro	Nº dias	34	38	41	39	91	71	87	81	163	140	199	169	21	27	40	93	167	86
	Taxa de crescimento (%)		11,8	7,9	-4,9		-22,0	22,5	-6,9		-14,1	42,1	-15,1		28,6	48,1		79,6	-48,5
	Taxa de crescimento médio (%)				4,7				-3,8				1,2						
Lisboa e Vale do Tejo	Nº dias	43	50	59	57	95	106	133	87	108	145	258	207	34	76	42	186	71	89
	Taxa de crescimento (%)		16,3	18,0	-3,4		11,6	25,5	-34,6		34,3	77,9	-19,8		123,5	-44,7		-61,8	25,4
	Taxa de crescimento médio (%)				9,9				-2,9				24,2						
Alentejo	Nº dias	36	41	39	46	87	75	87	81	113	359	147	135	17	18	54	69	133	73
	Taxa de crescimento (%)		13,9	-4,9	17,9		-13,8	16,0	-6,9		217,7	-59,1	-8,2		5,9	200,0		92,8	-45,1
	Taxa de crescimento médio (%)				8,5				-2,4				6,1						
Algarve	Nº dias	32	29	31	35	74	59	91	72	102	119	210	213	27	21	19	80	166	94
	Taxa de crescimento (%)		-9,4	6,9	12,9		-20,3	54,2	-20,9		16,7	76,5	1,4		-22,2	-9,5		107,5	-43,4
	Taxa de crescimento médio (%)				3,0				-0,9				27,8						
Média	Nº dias	34,8	37,2	39,6	43	86,4	76,4	93,2	88	130	169,2	197,8	163	24,8	34,4	30	96,8	119,4	74
	Taxa de crescimento (%)		6,9	6,5	8,6		-11,6	22,0	-5,6		30,2	16,9	-17,6		38,7	-12,8		23,3	-38,0
	Taxa de crescimento médio (%)				7,3				0,6				7,8						

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011, 2012)

O número médio de dias de internamentos nas UC tem aumentado, em média, 7,3%/ano, situando-se em 43 dias de internamento no ano de 2011. Para as ULDM e UCP, o crescimento foi de 7,8% e 10%, respetivamente. Menos significativo foi o crescimento verificado nas UMDR, sendo que, nas ECCI, até houve um decréscimo médio anual de 12,6%. Em 2011, em relação às UC e UMDR, a região de Lisboa e Vale do Tejo foi a que apresentou maior número médio de dias de internamento, com 57 dias e 87 dias, respetivamente. Nas ULDM (213 dias) e ECCI (94 dias) foi a região do Algarve que apresentou maior número de dias médios de internamento/tratamento e a região do Alentejo na tipologia de cuidados paliativos (54 dias), no ano de 2011.

2.3.2.6. Motivos de Alta e Destino dos Utentes Após a Alta

O motivo da alta é um dos fatores contemplados nos relatórios da RNCCI, sobretudo no sentido de conhecer qual a percentagem de utentes que atingiu os objetivos, tal como apresenta a Tabela 55. Relativamente ao destino dos utentes após a alta da RNCCI existem respostas diversificadas, tal como mostra a Tabela 56.

Tabela 55

Motivo da alta da RNCCI por tipologia da RNCCI e/ou por localização geográfica de 2009 a 2011

Ano de referência dos dados	Motivos da alta (%)	Tipologia da RNCCI					Total
		ECCI	UC	UCP	ULDMD	UM DR	
2009	Alta a pedido	5	1	0	11	8	
	Atingidos objectivos	56	87	39	48	72	
	Transferência para outra tipologia	13	2	26	8	5	
	Transferência para proximidade	1	1	13	10	4	
	Outras	26	10	22	22	11	
2010	Atingidos os objectivos (%)	48,8	84,1	29,6	33,6	66,5	64,2
		Localização geográfica					
Tipologia da RNCCI (%)		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total
2011 (atingidos os objetivos)	UC	92	79	85	82	80	87
	UMDR	76	63	63	67	63	68
	ULDMD	25	60	47	42	26	41
	UCP	14	38	22	25	25	22
	ECCI	73	61	64	62	62	70
	Total	76	66	67	64	67	71

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011, 2012)

Tabela 56

Destino após a alta dos utentes da RNCCI por tipologia de 2008 a 2010

Destino	Tipologia da RNCCI												
	UC			UMDR			ULDMD			UCP		ECCI	
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Domicílio com suporte (%)	87	55	62	81	63	57	87	68	46	30	27	52	64
Domicílio sem suporte (%)	11	30	29	0	15	12	11	11	7		22	8	10
Resposta social (%)	1	6	7	17	15	14	1	12	14	5		4	5
Outros (%)	1	9		2	8		1	10		20	6	25	
Transferência para outra tipologia (%)			2			10			15		33		19
Transferência para proximidade (%)			1			7			18	45	13	11	3

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011)

Em 2009, o motivo de terem sido atingidos os objetivos foi predominante para todas as tipologias no momento da alta, sobretudo nas UC, tal como, também, se verifica em 2010 e 2011. Nos anos em análise o domicílio com suporte é o principal destino após a alta. Outros dos destinos presentes são o domicílio sem suporte, respostas sociais e transferências, quer para outra tipologia quer para proximidade da residência do utente.

2.3.2.7. Taxa de Ocupação e Cobertura Populacional

A taxa de ocupação relaciona os lugares disponíveis e os lugares ocupados nas unidades de internamento da RNCCI, sendo que a UMCCI (2011, 2012), refere que a capacidade das ECCI é determinada pelas próprias equipas, após o aval das ARS. Assim, nas ECCI as taxas de ocupação dependem dos registos efetuados no aplicativo de monitorização da RNCCI. A Tabela 57 mostra a taxa de ocupação média nas tipologias de internamento por região, entre o período de 2007 e de 2009 a 2011.

Tabela 57

Taxa de ocupação média por tipologia de internamento da RNCCI e localização geográfica, de 2007 e 2009 a 2011

Localização geográfica	Tipologia da RNCCI																		
	UC				UCP				UMDR				ULDM				ECCI		
	2007	2009	2010	2011	2007	2009	2010	2011	2007	2009	2010	2011	2007	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Norte	58	80	77	80	50	72	81	79	81	89	92	92	86	91	96	96	12	40	40
Centro	63	80	84	88	69	78	83	85	82	90	93	94	90	95	97	97	11	29	29
Lisboa e Vale do Tejo	78	90	89	88	79	85	92	93	77	92	93	93	76	93	96	94	4	19	58
Alentejo	66	82	90	89	0	72	77	87	76	93	97	96	75	92	96	95	36	36	60
Algarve	76	96	98	96	0	92	95	93	80	92	95	97	90	99	100	100	46	60	56
Média	68	86	88	88	40	80	86	87	79	91	94	94	83	94	97	96	22	37	49

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011, 2012) e RNCCI (2008)

As tipologias de internamento da RNCCI que obtiveram maior taxa de ocupação no ano de 2007 foram as ULDM, seguidas das UMDR e, por último, as UCP. Ao nível regional, essa situação nem sempre se verificou. Na região de Lisboa e Vale do Tejo as tipologias com maior taxa de ocupação foram as UCP e as UC. Na região do Algarve as UMDR atingiram maior taxa de ocupação. Em 2008, a taxa de ocupação média para o total das tipologias de internamento foi de 94,7% segundo a UMCCI (2009), no resumo executivo do relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI em 2008. A partir de 2009, no que se refere às tipologias de internamento, as ULDM elegem-se como as que, de um modo geral, têm maiores taxas de ocupação (sempre superiores a 90%). Por sua vez, as ULDM foram as únicas que diminuíram, em média, a taxa de ocupação (1% entre 2010 e 2011). No mesmo período temporal a taxa de ocupação das UC e UMDR não sofreu qualquer alteração. De salientar que nas unidades de internamento a média das taxas de ocupação é superior a 80%. A nível regional, o Algarve é a região com maiores taxas de ocupação, de um modo geral. Ao nível das ECCI, a taxa de ocupação tem aumentado desde 2009 até 2011, no entanto, essas mesmas taxas de ocupação nunca ultrapassaram, em média, os 50%. Refira-se, contudo, como exposto na análise da Tabela 45, em 2010 e 2011, existiam utentes a aguardar vaga nas ECCI.

A avaliação periódica da cobertura populacional total nacional da RNCCI é essencial no sentido de verificar a sua adequação à população com 65 ou mais anos. A Tabela 58 refere-se ao número de camas em 2008 e 2009 e ao número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos nesses mesmos anos. Salienta-se o facto de os rácios de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos apresentados pela RNCCI foram baseados nos dados referentes aos Censos 2001 da população com 65 ou mais anos.

Entre 2008 e 2009 o número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos cresceu 36,7% melhorando a cobertura populacional da RNCCI para este grupo populacional. Esta situação traduz-se em 177 camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, em 2008, e 242 camas, em 2009.

Tabela 58

Cobertura populacional alcançada por localização geográfica e tipologia da RNCCI de 2008 a 2011

Localização geográfica	Tipologia da RNCCI	Número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos por ano de referência dos dados							
		2008	Taxa de crescimento (%)	2009	Taxa de crescimento (%)	2010	Taxa de crescimento (%)	2011	Taxa de crescimento médio (%)
Norte	UC	43	14,0	49	10,2	54	20,4	65	14,8
	UMDR	48	70,8	82	19,5	98	3,1	101	28,1
	ULDM	76	53,9	117	16,2	136	27,9	174	31,8
	UCP	5	40,0	7	0,0	7	14,3	8	17,0
	Total	172	48,3	255	15,7	295	18,0	348	26,5
Centro	UC	30	36,7	41	17,1	48	20,8	58	24,6
	UMDR	94	34,0	126	16,7	147	13,6	167	21,1
	ULDM	122	41,8	173	19,7	207	8,2	224	22,5
	UCP	7	-42,9	4	175,0	11	18,2	13	22,9
	Total	253	36,0	344	20,6	415	11,3	462	22,2
Lisboa e Vale do Tejo	UC	20	10,0	22	0,0	22	27,3	28	11,9
	UMDR	36	5,6	38	28,9	49	38,8	68	23,6
	ULDM	43	44,2	62	19,4	74	35,1	100	32,5
	UCP	6	50,0	9	22,2	11	18,2	13	29,4
	Total	105	24,8	131	19,8	157	33,1	209	25,8
Alentejo	UC	32	43,8	46	0,0	46	132,6	107	49,5
	UMDR	78	9,0	85	18,8	101	24,8	126	17,3
	ULDM	95	69,5	161	28,6	207	12,1	232	34,7
	UCP	6	-16,7	5	100,0	10	40,0	14	32,6
	Total	211	40,8	297	22,6	364	31,6	479	31,4
Algarve	UC	68	0,0	68	0,0	68	60,3	109	17,0
	UMDR	62	62,9	101	0,0	101	39,6	141	31,5
	ULDM	203	22,7	249	0,0	249	19,7	298	13,7
	UCP	0		14	0,0	14	0,0	14	
	Total	332	29,8	431	0,0	431	30,2	561	19,1
Total	UC	33	18,2	39	512,8	239	-76,6	56	19,3
	UMDR	57	35,1	77	19,5	92	16,3	107	23,4
	ULDM	81	46,9	119	17,6	140	20,7	169	27,8
	UCP	6	16,7	7	42,9	10	20,0	12	26,0
	Total	177	36,7	242	17,4	284	21,1	344	24,8

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2009, 2010b, 2011,2012)

A nível regional verifica-se que existe alguma diferença entre o número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos sendo que, em 2009, Lisboa e Vale do Tejo é a região onde existe menor cobertura (131) e o Algarve aquela onde existe maior cobertura (431). Também nos anos de 2008, 2010 e 2011 se verificou esta situação a nível das regiões. No que se refere às tipologias da RNCCI, aquela em que se verifica melhor cobertura é a ULDM, seguida da UMDR e, por último, a UCP. No total, o crescimento médio anual da cobertura do número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos foi de 24,8%.

Para além da cobertura da RNCCI, nas diferentes tipologias das unidades de internamento, importa mencionar, também, a nível nacional e regional a cobertura das ECCI, ECL e EGA para a população com 65 ou mais anos (Tabela 59).

O número de lugares de ECCI diminuiu de 2010 para 2011 e, simultaneamente, decresceu o número de lugares de ECCI por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, situando-se em 450 lugares, no total, em 2011. Por outro lado, aumentou o número de ECL e EGA de centro de saúde,

em 2011 mas diminuiu a sua cobertura populacional. O número de EGA hospitalar passou de 79 em 2010 para 78 em 2011, contudo aumentou a cobertura populacional.

Tabela 59

Cobertura populacional alcançada por localização geográfica nas ECL, ECCI e EGA em 2010 e 2011

Indicadores	Ano de referência	Localização geográfica					Total
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	
Número de lugares de ECCI por 100.000 habitantes de 65 ou mais anos	2010	275	447	483	319	2.649	495
	2011	324	437	368	490	1.956	450
Número de lugares totais (ECCI e internamento) por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos	2010	571	863	639	683	3.080	779
	2011	672	899	577	969	2.517	794
ECL	2010	27	16	23	17	3	86
	2011	28	17	23	22	3	93
População com 65 ou mais anos abrangida por cada ECL	2010	18.979	21.753	24.722	7.404	24.538	18.937
	2011	18.302	20.474	24.722	5.722	24.538	17.512
EGA hospital	2010	23	18	30	5	3	79
	2011	24	17	29	5	3	78
População com 65 ou mais anos abrangida por cada EGA hospital	2010	22.280	19.336	18.954	25.175	24.538	20.615
	2011	21.352	20.474	19.607	25.175	24.538	20.879
EGA centro de saúde	2010	37	25	84	14	17	177
	2011	91	64	86	19	33	293
População com 65 ou mais anos abrangida por cada EGA centro de saúde	2010	13.850	13.922	6.769	8.991	4.330	9.201
	2011	5.631	5.438	6.612	6.625	2.231	5.558

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2011,2012)

2.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE EQUILÍBRIO ENTRE A PROCURA E A OFERTA DE CUIDADOS CONTINUADOS

O conhecimento da realidade, demográfica e clínica, de uma determinada população e da respetiva adequação das instituições de apoio, é indispensável como instrumento de apoio à gestão, pois permite determinar as reais necessidades das populações. Isto é principalmente verdade quando se trata de cuidados continuados que implicam custos elevados e em que existe ambiguidade na magnitude das necessidades entre regiões. Conhecer tal realidade pode ainda permitir projetar as necessidades futuras de procura de serviços de cuidados continuados.

Segundo os Censos de 2011, verifica-se que existem 10.561.614 indivíduos residentes em Portugal dos quais a maioria é do género feminino. A maior percentagem da população encontra-se na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade, seguida da faixa etária dos 65 ou mais anos, denotando uma população envelhecida. A região com maior número de indivíduos é a região Norte, seguida das regiões Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve, por ordem decrescente. Relativamente ao número de indivíduos com mais de 65 anos, faixa etária preponderante para este estudo, verifica-se que predominam na região Norte, seguindo-se, também por ordem decrescente, as regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

A população portuguesa aumentou, entre 2000 e 2011, no continente. Contudo, numa análise por regiões, verifica-se que houve uma diminuição da população nas regiões Centro e Alentejo. Entre 2000 e 2010, a população em Portugal continental diminuiu na faixa etária dos 0 aos 25 anos, enquanto a faixa etária dos 65 ou mais anos verificou um crescimento mais significativo, em paralelo com o aumento do índice de envelhecimento. Este é mais elevado no Alentejo. Segue-se a região do Centro, Algarve, Lisboa e Vale do Tejo e, por último, a região Norte. No que se refere à densidade populacional, esta aumentou, entre 2000 e 2011, no continente, situando-se em 112,8 habitantes//km² em 2011. Lisboa e Vale do Tejo destaca-se como a região com maior densidade populacional. Seguem-se as regiões do Norte, Algarve, Centro e Alentejo. Em termos de projeções, acredita-se que a população portuguesa vai aumentar até 2030 diminuindo depois até 2060. Neste período a faixa etária dos 0 aos 14 anos continuará a verificar um decréscimo populacional enquanto a faixa etária dos 80 ou mais anos apresenta uma tendência sempre crescente.

Na última década, em que as doenças do aparelho circulatório se constituem como a principal causa de morte, a tensão arterial alta, a doença reumática e a dor crónica são as doenças predominantes na população portuguesa e a deficiência visual e motora também se destacam como os tipos de deficiência predominante. O envelhecimento da população foi impulsionado, também, pela diminuição das taxas brutas de natalidade e de mortalidade, tal como pelo decréscimo do índice de potencialidade. De um modo geral diminuiu, também, o índice de renovação da população em idade ativa tendo aumentado o índice de dependência de idosos. Refira-se que este índice apresenta valores mais elevados na região do Alentejo, seguindo-se a

região Centro, o Algarve, Lisboa e Vale do Tejo e, por último, a região Norte. Adicionalmente, verifica-se que a esperança de vida à nascença e a esperança de vida aos 65 anos tem vindo a aumentar para ambos os géneros. Por todos estes motivos, os indivíduos mais idosos (com 75 ou mais anos) tornaram-se, nos últimos anos, num grupo populacional cada vez mais dilatado, destacando-se as regiões do Alentejo e Centro como aquelas que apresentam maior índice de longevidade.

Mais concretamente, em relação à população com 65 ou mais anos, verifica-se que nas cinco regiões de Portugal continental, tidas em conta no estudo desenvolvido, entre 17,1% e 22,3% indivíduos vivem sozinhos. A menor percentagem de idosos que vivem sozinhos surge no Norte e a maior percentagem em Lisboa e Vale do Tejo. Entre 2001 e 2011 aumentou, também, a percentagem da população com 65 ou mais anos que vive exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos.

Relativamente à oferta de cuidados de saúde existentes em Portugal, de um modo geral, pode aferir-se, resumidamente, que desde 2000 diminuiu o número de estabelecimentos de saúde. Por sua vez aumentou a taxa de ocupação de camas em Portugal, em particular em Portugal continental. A única exceção ocorreu na região Centro. O Algarve destaca-se como a região com maior taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde.

Desde a criação da RNCCI aumentou o número de hospitais no continente mas decresceu o número de camas nos hospitais, traduzindo-se em menos cerca de 4,1% de camas em Portugal e 4,6% em Portugal continental, em 2010 em relação a 2002. Lisboa e Vale do Tejo assume-se como a região que, simultaneamente, possui maior número de hospitais e de camas nos hospitais verificando-se a situação oposta na região do Algarve. No que se refere aos centros de saúde, e número de extensões, estes decresceram em Portugal continental. Em 2010 existiam menos 5% de centros de saúde do que em 2000. Existe maior número de centros de saúde na região Norte e menor número na região do Algarve. Os centros de saúde com internamento e, conseqüentemente, o número de camas nos centros de saúde com internamento diminuíram significativamente. Em Portugal continental, em 2010, existiam 10 centros de saúde com internamento, o que corresponde a 19,5% do total de centros de saúde existentes no continente. Em contrapartida aumentaram os centros de saúde sem internamento.

Em todas as regiões do país o número de camas por 1.000 habitantes diminuiu entre 2002 e 2009. Em 2009, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a região com maior número de camas por 1.000 habitantes e o Algarve é a região com o menor valor. No que se refere aos internamentos, o seu número decresceu nos centros de saúde e, nos hospitais, verificou-se um crescimento médio anual nulo. A região com maior número de internamentos nos centros de saúde é a região Norte. O mesmo acontece quando se analisa o internamento nos hospitais. O Algarve apresenta o menor número de internamentos nestes estabelecimentos. No total dos estabelecimentos, Lisboa e Vale do Tejo é a região que apresenta maior número de internamentos por 1.000 habitantes, em 2009. De 2000 até 2009 a região do Alentejo foi sempre a região com menor número de internamentos por 1.000 habitantes.

Relativamente à RNCCI, que iniciou a sua atividade no ano de 2006, a análise aqui apresentada dá maior relevo à informação estatística referente aos anos de 2009, 2010 e 2011, uma vez que estes são os mais consistentes¹¹.

Segundo o plano de implementação da RNCCI, até 2008 (fase 1 de implementação) estaria em funcionamento uma terça parte da capacidade total pretendida em termos do número de camas por tipologia. Com o final da segunda fase de implementação, ou seja até 2012, estariam concluídos dois terços dos objetivos propostos, sendo que a implementação total só seria atingida no ano de 2016. As equipas da RNCCI, por sua vez, estariam totalmente implementadas logo na primeira fase do plano de implementação. Em 2007, a percentagem de execução de camas previstas no plano de implementação (para este ano) foi de 78%. Destaca-se a região Centro como a região com maior nível de concretização e o Alentejo como a região que mais de distanciou dos objetivos. Em 2008, o grau de execução baixou para os 74% mas, no ano seguinte, verificou-se uma total execução do plano de implementação. Em 2010, o grau de execução foi de 86%, sendo que, novamente, o Centro apresentou a maior percentagem de execução e o Alentejo sobressai como a região com menor execução, em relação aos objetivos.

O número de acordos realizados na RNCCI aumentou o dobro de 2007 (106 acordos) até 2011 (256 acordos). Os acordos celebrados com a RNCCI são predominantemente realizados com IPSS, onde se destacam as SCM. Contudo, o SNS e entidades privadas sem fins lucrativos têm vindo a apresentar cada vez maior expressão no total dos acordos realizados. Entre 2008 e 2011, aumentou em 24,9% (corresponde a 2.725 camas) o número de camas contratadas na RNCCI. Destas, destaca-se o maior número de camas na tipologia de ULDM (que também apresentaram o mais elevado crescimento médio anual), seguida da tipologia de UMDR, UC (as que apresentaram menor crescimento médio anual) e, por último, a tipologia de UCP. Constata-se que a região Norte é a região com maior número de camas e o Algarve a região com o menor número de camas.

Relativamente às EGA, verifica-se que, desde 2008, existem em todos os hospitais do SNS. As EGA CS têm vindo a crescer significativamente. Quanto às ECL, entre 2009 e 2011 só existem mais 7 ECL, o que representa um crescimento médio anual de 4,6%. Ainda assim, a região Norte possui um número elevado de ECL enquanto a região do Algarve tem menor número.

As ECCI, nos anos analisados, apresentaram sempre uma distribuição heterogénea entre as diferentes regiões, não só ao nível do número efetivo de equipas como no número de lugares médio por equipa. Esta situação origina grandes discrepâncias ao nível da assistência domiciliária em cada região. Verifica-se que o número total de ECCI cresceu, em média, 52%/ano entre 2008 e 2011. Pelo contrário, o número médio de lugares por ECCI diminuiu. Em 2010, a capacidade média de equipa, ao nível da assistência domiciliária, era de 38 lugares passando a ser de 29 lugares em 2011. Esta adequação do número de lugares levou a que se verificassem, entre 2010 e 2011, taxas de crescimento negativas em termos de lugares nas ECCI nas regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e no total nacional. Ainda assim, os lugares de ECCI passaram de 1.660 em 2008 para 7.332 em 2011 – correspondendo a um crescimento de cerca de 342%. Em

¹¹ Referem-se a 2007 os primeiros dados estatísticos disponíveis.

2010 e 2011, o maior número de ECCI situava-se na região Norte. A região do Alentejo tinha o menor número de equipas, em 2010, lugar que, no ano seguinte, passou a ser ocupado pelo Algarve. Nestes dois anos o Algarve destacou-se como a região líder em relação ao número médio de lugares, ocupando as regiões Norte e Alentejo a posição inversa em 2010 e 2011, respetivamente. Assim, justifica-se o facto de num determinado ano a região que possui maior número de equipas não ser a mesma que possui a maior capacidade assistencial domiciliária e vice-versa. Desta forma, Lisboa e Vale do Tejo é a região que, em 2010 e 2011, apresenta maior número de lugares domiciliários e o Alentejo aquela com menor número.

O número mais elevado de camas de internamento verifica-se na região Norte. Destaca-se o Algarve para a situação oposta. Nos 4 anos analisados quase triplicou o número de camas de internamento, em termos globais e para o somatório de lugares de ECCI e camas de internamento. Para o total do número de lugares disponíveis na RNCCI (correspondente à soma de lugares de ECCI com o número de camas de internamento), por região, verifica-se que, em 2010, Lisboa e Vale do Tejo assume a liderança que, no ano seguinte, transita para a região Norte. Nos dois anos referidos o Alentejo ocupa a última posição para o indicador.

Para as UCP aumentou em 30 o número de camas, entre 2010 e 2011, sendo que Lisboa e Vale do Tejo tem apresentado o maior número de camas desta tipologia e o Algarve o menor número (mantendo, inclusive, o número de camas nos dois anos referidos). Apesar do aumento de camas da tipologia, verifica-se que os números estão longe de atingir os rácios pretendidos, nesta área, para o total nacional. Ainda assim, por região, para o rácio de 64 camas/milhão de habitantes, o número de camas em unidades de paliativos da RNCCI foi atingido na região do Alentejo. O Norte é a região que se distancia dos rácios propostos.

A eficácia da RNCCI e a admissão de utentes na mesma pode ser comprometida pelos tempos (dias) que decorrem entre a sinalização do utente à EGA até à entrada efetiva do utente na unidade correspondente. Verifica-se que a recomendação de, nas primeiras 48 horas de internamento, os utentes com necessidades de cuidados continuados deverem ser referenciados está longe de ser cumprida. Observando, numa outra perspetiva, o tempo decorrido em dias entre a data de sinalização à EGA e a data prevista da alta, conclui-se, também, que as referenciações são realizadas tardiamente - 0,1 a 5,4 dias. O tempo total de referenciação, analisado por regiões, indica que é no Algarve onde a referenciação demora menos dias (12), sendo mais morosa em Lisboa e Vale do Tejo. Quanto à tipologia, verifica-se que ocorre mais tardiamente para a tipologia ULDM sendo que nas UCs o processo é mais célere.

Tal como já referido anteriormente, a possibilidade de transferências na RNCCI permite mudança na tipologia de forma a adequar os cuidados, mas também a transferência para outra localização geográfica que permita a aproximação ao domicílio do utente. Assim, nos anos analisados (2009 e 2010), verificou-se que aumentou, em 70%, o número de pedidos de transferências entre 2009 e 2010. Salienta-se, ainda, o facto de em 2010 o número de transferências efetuadas ser superior ao número de pedidos do ano anterior. Isto denota uma maior preocupação da RNCCI em se adequar à população a que presta cuidados.

Desde a implementação da RNCCI o número de utentes referenciados aumentou significativamente. O acumulado de utentes referenciados teve um crescimento anual médio de 91,1%. Relativamente aos utentes referenciados, a maior percentagem de utentes propostos a admissão na rede são referenciados pela EGA. Por região, a região Norte é a que mais utentes referencia e o Algarve a que menos referencia. Relativamente à tipologia com mais doentes referenciados, destacam-se as UC em 2007, 2008 e 2009 e as UMDR em 2010 e 2011. Por outro lado, as UCP sobressaem como a tipologia com menos utentes referenciados. Entre 2008 e 2011, a tipologia com maior crescimento médio anual foi a ECCI (66,9%), seguida da UCP (27,2%), UMDR (13,1%), UC (8,9%) e, por último, a ULDM (6,3%).

Nos anos de 2009 e 2010, por tipologia e região, verifica-se que:

- i) Na tipologia ECCI, é o Algarve que referencia mais utentes e Lisboa e Vale do Tejo que referencia menos em 2009. Em 2010 é substituída pela região Centro;
- ii) Nas tipologias UC, ULDM e UMDR a região Norte destaca-se como aquela que mais utentes referencia, sendo o Alentejo a região que menos utentes propõe na tipologia de UC e o Algarve nas tipologias de ULDM e UMDR;
- iii) Na tipologia UCP, Lisboa e Vale do Tejo sobressai como a região que referencia quase metade dos utentes propostos a nível nacional e o Alentejo é a região que menos utentes propõe para a mesma tipologia.

O número real de utentes admitidos não corresponde, integralmente, ao número de utentes referenciados uma vez que há utentes que estão em avaliação, não possuem critérios, recusam ou faleceram. Assim, entre 2009 e 2011, foram admitidos entre 69% e 80% dos utentes referenciados. Dos utentes prontos a admitir, entre 94% a 97% são efetivamente admitidos, sendo que os restantes são utentes em espera que aguardam vaga. Verifica-se que houve uma diminuição dos utentes que aguardam vaga, entre 2010 e 2011, no entanto, em ambos os anos, o maior número de utentes aguarda vaga para a tipologia de ULDM, seguida das UMDR, UCP, UC e por último das ECCI. Lisboa e Vale do Tejo é a região onde os utentes esperam mais tempo para serem admitidos, no total nacional e por tipologias, exceto em 2011 para a tipologia de convalescença na qual o Alentejo obtém a liderança. Esta situação denota que Lisboa e Vale do Tejo é a região com menor cobertura populacional, em geral.

Os principais motivos de referenciação de utentes são: a necessidade de continuidade de cuidados, a dependência em atividades de vida diárias, a vigilância de tratamentos complexos, o ensino ao utente/cuidador informal, a reabilitação e a gestão do regime terapêutico (no caso das UCP), sendo que cada utente pode apresentar mais do que um motivo. Os utentes referenciados caracterizam-se por serem, maioritariamente, do género feminino (53 a 54%), com 65 ou mais anos (79,3% a 85,4%), casados (45 a 49%), vivem com a família natural (65,9% a 79,0%) e têm 1 a 6 anos de escolaridade (55% a 61%). Aquando da sua referenciação recebiam apoio de familiares, essencialmente, na alimentação, higiene pessoal, higiene da roupa e da casa e medicação. Salienta-se, ainda, o facto de os utentes que vivem sozinhos ter vindo a aumentar,

sendo de 21,7% em 2010. O principal diagnóstico na referenciação é a doença vascular cerebral mal definida, seguida pela fratura do colo do fémur.

O número de utentes assistidos aumentou, em média, 34,5%/ano, entre 2008 e 2011. As ECCI foram a tipologia com mais utentes assistidos e com maior taxa de crescimento médio, nos anos referidos, e as UCP a tipologia com menos utentes assistidos. Por regiões constata-se que o Norte assistiu mais utentes, ficando o Alentejo na posição inversa. Ainda assim, o Alentejo foi a região que teve o mais elevado crescimento médio anual. Desde 2007 até 2011, o acumulado de utentes assistidos a nível nacional aumentou, em média, 102%/ano, sendo que, por tipologia, o destaque vai para as ECCI.

Entre 2008 e 2011, por tipologia e região, verifica-se que:

- i) Na tipologia UC, o Norte assistiu mais utentes e o Alentejo a que menos utentes assistiu;
- ii) Na tipologia de UMDR, em 2008 e 2009, a região Centro assistiu mais utentes. Nos dois anos seguintes o Norte, passou a ser essa região. O Algarve foi sempre a região que assistiu menos utentes para a mesma tipologia;
- iii) Para a tipologia ULDM o Algarve foi a que, uma vez mais, menos utentes assistiu, sendo que o Norte se destaca por ter assistido mais utentes (exceto em 2008 em que a região Centro ocupou a primeira posição);
- iv) Nas UCP, Lisboa e Vale do Tejo assumiu-se como a região que mais utentes assistiu (exceto em 2010 em que o Norte ocupou a primeira posição). O Alentejo ocupou a posição inversa (exceto em 2008 em que a região do Algarve assistiu menos utentes);
- v) Na tipologia ECCI, o Algarve passa a ocupar a primeira posição em assistência a utentes, (exceto em 2011 em que o Norte assume a liderança). Por sua vez, na última posição fica Lisboa e Vale do Tejo, em 2009, o Alentejo, em 2010, e o Centro em 2011.

Também o número médio de dias de internamento varia de região para região e de acordo com a tipologia. Nas UC, onde o tempo de internamento não deve exceder os 30 dias, verifica-se que apenas a região Norte cumpre esse objetivo: Lisboa e Vale do Tejo é a região que mais se distancia. Nas UMDR, onde o tempo de permanência não deve exceder os 90 dias, o objetivo é cumprido de um modo geral, mantendo-se Lisboa e Vale do Tejo como a região menos cumpridora. Em média, os dias de internamento nas ULDM estão entre os 130 e os 197 dias, enquanto nas UCP estão entre os 24 e os 34 dias e nas ECCI entre os 74 e os 119 dias. Atingir os objetivos constitui o principal motivo da alta na RNCCI. O domicílio constitui o destino da alta mais verificado com a exceção das UCP, onde, com maior percentagem, a transferência para outra tipologia ou para outra unidade para aproximação da área do domicílio, é o destino do utente.

As ULDM constituem a tipologia com a mais elevada taxa de ocupação. As UCP e, no total, as ECCI são as com menor taxa de ocupação de tipologia de internamento. A nível regional, o Algarve atinge as mais elevadas taxas de ocupação sendo o Norte a região que, de um modo geral, apresenta piores taxas de ocupação. Ao nível das tipologias de internamento, a taxa de ocupação é sempre igual ou superior a 80%, em média. Verifica-se, também, uma baixa taxa de

ocupação nas ECCI, apesar de esta ter vindo a aumentar. Esta constatação constitui uma contradição, uma vez que existem utentes a aguardar vaga para esta tipologia.

Por último, e como a população que mais utiliza a RNCCI é a população com 65 ou mais anos, importa referir que o crescimento médio anual do número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, no total nacional, foi de 24,8%. Em 2011, a tipologia com maior número de camas, no total nacional e em cada região, era a de ULDM, sendo também a que teve o maior crescimento médio anual a nível nacional. O Algarve possui o mais elevado número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, seguido do Alentejo, Centro, Norte e, por último, Lisboa e Vale do Tejo. A nível regional verifica-se, relativamente ao número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, nas unidades de internamento e no total da RNCCI, que Lisboa e Vale do Tejo é a região onde existe menor cobertura populacional e o Algarve a região onde existe maior cobertura. Ao nível das ECCI, a região do Algarve é, também, a que tem maior cobertura populacional e a região Norte a que tem menor cobertura.

No que se refere às tipologias da RNCCI, aquela em que se verifica melhor cobertura é a ULDM, seguida da UMDR e, por último, a UCP. No total, o crescimento médio anual da cobertura do número de camas por 100.000 habitantes com 65 ou mais anos, foi de 24,8%. Importa ainda referir que, até à data, a cobertura populacional da RNCCI era efetuada com base nos Censos 2001. Contudo, com a disponibilização dos dados dos Censos 2011, verifica-se que aumentou o total da população entre 2001 e 2011, aumentando também a população com 65 ou mais anos, o que conduz a uma diminuição da cobertura populacional. Salienta-se ainda o facto de que existem outros fatores, para além da cobertura populacional, que influenciam a adequação entre a procura e a oferta de cuidados continuados. Por exemplo, sendo a população portuguesa maioritariamente do género feminino, é também este o género predominante nos utentes da RNCCI. Esta constatação coincide com o género com maior esperança de vida à nascença, esperança de vida aos 65 anos, índice de envelhecimento e índice de dependência de idosos.

A RNCCI presta, sobretudo, cuidados à população com 65 ou mais anos, faixa etária que tem cada vez mais relevo no total da população portuguesa, ao longo dos últimos anos e dos anos futuros, segundo as projeções. A principal causa de morte em Portugal corresponde ao principal de diagnóstico de utentes referenciados. Entre 2009 e 2011 a região Norte distingue-se por apresentar maior número de camas da RNCCI. Esta é, também, a região onde existe maior número de indivíduos e mais população com 65 ou mais anos. Por sua vez, o Algarve encontra-se no lado oposto coincidindo, por isso, o menor número de camas com o menor número de indivíduos e com a menor taxa de população com 65 ou mais anos. Contudo, estas não são as regiões com maior e menor densidade populacional. Lisboa e Vale do Tejo é a região com maior capacidade assistencial domiciliária o que contribui para que, no total da RNCCI (número de camas e número de lugares de ECCI), esta mesma região partilhe com o Norte a maior capacidade assistencial. Por sua vez, o Alentejo é a região com menor capacidade assistencial (número total de camas de internamento e número de lugares de ECCI).

Apesar do processo de referenciação estar dependente de uma sinalização precoce, verifica-se que, embora Lisboa e Vale do Tejo seja das regiões com maior número total de lugares e camas disponíveis é, também, a região onde demora mais tempo a referenciação até ao internamento na RNCCI. É, ainda, a região onde os utentes aguardam mais por uma vaga. Na região onde o número de lugares de ECCI é maior e o tempo de referenciação e de espera de vaga é, também, o mais elevado, a taxa de ocupação é baixa. Estes factos permitem parecer indiciar que esta região não se encontra totalmente adequada, em termos de oferta de cuidados continuados à população que os procuram.

A região Norte, que a par de Lisboa e Vale do Tejo tem dos maiores valores totais de lugares e camas disponíveis, é das regiões onde o tempo de referenciação é menor e onde os utentes aguardam menos tempo por uma vaga na RNCCI. Esta é, também, a região que referencia e assiste maior número de utentes embora tenha menor taxa de ocupação, manifestando correspondência entre a oferta e a procura de cuidados continuados.

O Alentejo é a região com menos lugares disponíveis na RNCCI, sendo essa uma das razões porque o tempo de referenciação é maior e os utentes esperam mais tempo por uma vaga. É também a região que assiste menos utentes, denotando pouca adequação entre a oferta e a procura de cuidados continuados. Até porque esta é a região onde os índices de dependência de idosos, de longevidade e de envelhecimento são mais elevados.

A região do Algarve é a que menos utentes referencia. É, também, das regiões com menor capacidade assistencial embora seja a região que demora menos tempo a referenciar utentes e onde os utentes esperam menos por uma vaga na RNCCI. Possui a taxa de ocupação mais elevada. Esta também é a região que tem menos população e menos indivíduos com 65 ou mais anos, por isso, parece apresentar uma situação de ajustamento adequado entre a oferta e a procura de cuidados continuados.

O Centro é das regiões que assiste e referencia mais utentes, tem maior número de camas e capacidade assistencial. Contudo, o tempo de referenciação é inferior à média tal como a taxa de ocupação, indiciando também adequação entre a procura e a ofertas de cuidados continuados.

Os principais motivos de referenciação de utentes indicam o tipo de apoio e a origem do apoio que recebiam aquando da referenciação, tal como a sua situação de convivência predominante. Esta situação coincide com o aumento verificado da população com 65 ou mais anos que vive sozinha ou com outros indivíduos idosos. No entanto, verifica-se que o principal destino após a alta é o domicílio por atingir os objetivos, o que representa adequação da RNCCI à população, visto que cumpre os objetivos de melhoria da qualidade de vida dos utentes, devolvendo ou melhorando a capacidade funcional. No entanto, pode representar uma inquietação por ser uma população que facilmente necessita de cuidados continuados. Em 2011, Lisboa e Vale do Tejo apresenta a maior percentagem de indivíduos idosos que vivem sozinhos e o Alentejo a maior percentagem de indivíduos idosos que vivem com outros idosos e de alojamentos habitados por pessoas idosas, permitindo concluir que são regiões propícias a necessitar de cuidados continuados.

Segundo o plano de implementação deveriam existir no final da sua implementação mais camas de ULDM, seguidas por UMDR, UC e UCP, tendo-se verificado desde o início da execução esta mesma distribuição. Mesmo sendo as ULDM as unidades com maior número de camas, são também as unidades onde o tempo de referenciação é mais prolongado. Por sua vez as ULDM nunca foram as unidades com mais utentes referenciados e assistidos, mas possuem a mais elevada taxa de ocupação. Destaca-se ainda o enorme crescimento desde o início da RNCCI, das ECCI, o que demonstra a necessidade de cuidados domiciliários, que necessitam ainda de estar mais adequados e agilizados, de forma a permitir dar resposta às necessidades da população e assim aumentar a taxa de ocupação.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional e as mudanças demográficas que se têm vindo a verificar são uma das principais preocupações da União Europeia. Para além das alterações sociais e económicas que o envelhecimento origina, é importante não permitir que seja criado um distanciamento entre os indivíduos que necessitam de cuidados continuados e a oferta dos mesmos (European Commission, 2007).

Os cuidados de longa duração tendem a aumentar, tal como a sua necessidade à medida que aumenta a população idosa e, conseqüentemente este acontecimento tem impacto na economia dos países (OECD, 2005). Contudo, para além de tentar racionalizar os custos com os cuidados de longa duração é fundamental que todos os países tenham implementado um modelo de cuidados continuados para conseguir dar resposta à sua população com necessidades deste tipo de cuidados. Em Portugal a tentativa de obter um modelo de cuidados continuados de longa duração surgiu com a criação da RNCCI, com o intuito de dar resposta a grupos populacionais com limitação das capacidades funcionais através da prestação de cuidados de saúde e sociais (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006).

De acordo com a análise desenvolvida neste trabalho de investigação, verifica-se que tem aumentado a população com necessidade de cuidados continuados. Desde o ano de 2006, data da criação da RNCCI, foi desenvolvido um plano de implementação para tentar colmatar essas

necessidades. Assim, tem aumentado significativamente o número de camas e equipas de cuidados continuados, traduzindo-se numa maior cobertura populacional. Observa-se adequação da oferta de cuidados continuados relativamente ao género, faixa etária predominante e principal diagnóstico dos utentes relativamente à procura destes mesmos cuidados.

Por tipologia de internamento da RNCCI, a ULDM é a que apresenta maior cobertura populacional, seguida da UMDR, UC e, por último, as UCP, correspondendo ao objetivo do plano de implementação. No que se refere às ECCI, estas apresentam maior cobertura populacional no Algarve e menor cobertura na região Norte, sendo que, no total, esta é uma tipologia que tem um crescimento expressivo, indicando necessidades ao nível dos cuidados continuados domiciliários. Por região, verifica-se que Lisboa e Vale do Tejo apresenta menor cobertura populacional. No topo da lista surge a região do Algarve. De acordo com os Censos 2011, diminuiu a cobertura populacional, uma vez que aumentou a população total e a população com 65 ou mais anos. Este é um fator a ter em conta numa atualização do modelo de cuidados continuados em vigor. Salienta-se, ainda, o facto de que existem outros fatores, para além da cobertura populacional, que influenciam a adequação entre a procura e a oferta de cuidados continuados, nomeadamente a evolução da estrutura da população em termos de género.

Em termos regionais observa-se que a região Norte apresenta maior número de camas da RNCCI. Esta é a região onde existe maior número de indivíduos e mais população com 65 ou mais anos. O Algarve apresenta o menor número de camas e o menor número de indivíduos contabilizados e daqueles com 65 ou mais anos. Relativamente à capacidade assistencial domiciliária, Lisboa e Vale do Tejo é a região com maior capacidade. Por regiões, conclui-se que as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo não apresentam total adequação de cuidados continuados em relação à procura dos mesmos. Pelo contrário, as regiões do Norte, Centro e Algarve parecem denotar um ajustamento entre a oferta de cuidados continuados da RNCCI e a procura por parte da população portuguesa. Salienta-se ainda que, tal como já verificado após a conclusão dos Censos 2011, também ao nível da RNCCI existe uma elevada percentagem de indivíduos com 65 ou mais anos que vivem sozinhos, o que representa uma preocupação constante.

Importa referir que ao longo da execução deste trabalho de investigação foram encontradas algumas limitações que em trabalhos futuros poderão vir a ser ultrapassadas. Relativamente aos dados fornecidos pela RNCCI, verificou-se que apresentavam incongruências que não permitiram o seu tratamento. Assim, esta dissertação ficou limitada ao recurso dos relatórios publicados pela RNCCI. Relativamente aos relatórios de monitorização da RNCCI, é de salientar que são elaborados apenas para monitorização e avaliação da RNCCI e pela RNCCI, o que demonstra a limitação de alguns dados que poderiam ser relevantes para este estudo. No que se refere à criação do modelo de cuidados continuados em vigor em Portugal e formulação dos seus rácios para a população com 65 ou mais anos, salienta-se a limitação do fornecimento desta mesma informação. Por outro lado, verificou-se alguma escassez de bibliografia científica nesta área o que constituiu uma importante limitação no sentido de conhecer a realidade dos cuidados

continuados. Para além das publicações técnicas emanadas da RNCCI pouco mais existe sobre esta oferta de cuidados em Portugal.

Apesar de todas as limitações apresentadas, a compilação, num único trabalho de investigação, de indicadores de procura e de oferta de cuidados de saúde constitui-se como uma mais-valia para o conhecimento da realidade que caracteriza a procura e oferta deste tipo de cuidados. Não é conhecido qualquer trabalho de investigação que tente apresentar uma imagem sobreposta, em termos quantitativos, das necessidades sentidas e das respostas fornecidas, e que se possa constituir como ferramenta de reflexão e análise do mercado que enquadra os cuidados continuados integrados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- The European Older People's Platform [AGE] (2007). *Healthy ageing: good practice examples, recommendations and policy actions*. Bruxelas: AGE.
- Arnaut, A., Mendes, M., & Guerra, M. (1979). *Serviço Nacional de Saúde: uma aposta no futuro*. Coimbra: Atlântida Editora.
- Barros, P. P., & Gomes, J.-P. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa : Gabinete de Análise Económica, Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa.
- Béresniak, A., & Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Climepsi Editores.
- Cabral, N. C., Amador, O. M., & Martins, G. W. (2010). *A reforma do setor da saúde: uma realidade iminente?*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. C. (2001). O envelhecimento da população e os gastos com a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (1), 25-27. Portugal.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas sa Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, M. T. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Casey, B., Oxley, H., Whitehouse, E., Antolín, P., Duval, R., Leibfritz, W. (2003). Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform. *OECD Economics Department Working Papers*, 23 (369). França: OECD Publishing.
- Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., maio, A. Di, Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H., & Wittenberg, R. (2003). *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs*. European Commission.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Costa-Font, J., Gori, C., maio, A. Di, Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., & Rothgang, H. (2006). Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Society*, 26, 285-302. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., maio, A. Di., Pickard, L., Pozzi, A., & Rothgang, H. (2008). Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios. *Social indicators research*, 86 (2), 303-321.
- Coyote, P.C., Goodwin, N., & Laporte, A. (2008). How can the settings used to provide care to older people be balanced?. *Policy Brief*. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948* (1978). Dispõe sobre a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Portugal: Diário da República, 57 (1), 489-493.
- Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro de 1993* (1993). Dispõe sobre a aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Portugal: Diário da República, 12 (1A), 129-134.
- Decreto-Lei n.º 272 a 281/2002, de 9 de dezembro de 2002* (2002). Dispõe sobre a transformação de hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Portugal: Diário da República, 284(1A), 7570-7645.
- Decreto-Lei n.º 282 a 292/2002, de 10 de dezembro de 2002* (2002). Dispõe sobre a transformação de hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Portugal: Diário da República, 285 (1A), 7648-7731.

- Decreto-Lei n.º 293 a 302/2002, de 11 de dezembro de 2002* (2002). Dispõe sobre a transformação de hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Portugal: Diário da República, 286 (1A), 7734-7809.
- Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro de 2002* (2003). Dispõe sobre a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde. Portugal: Diário da República, 259 (1A), 7492-7499.
- Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março de 2006* (2006). Dispõe sobre a distribuição dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Portugal: Diário da República, 53 (1A), 1913-1915.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006* (2006). Dispõe sobre a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Portugal: Diário da República, 109 (1A), 3856-3865.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008* (2008). Dispõe sobre a criação dos agrupamentos dos centros de saúde. Portugal: Diário da República, 38 (1), 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro de 2011* (2011). Dispõe sobre a reorganização do Ministério da Saúde. Portugal: Diário da República, 249 (1), 5491-5498.
- Defensor del Pueblo. (2002). *La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontologica y otros aspectos conexos*. Madrid.
- Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho de 1998* (1998). Dispões sobre orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Portugal. Diário da República, 138 (2).
- Despacho n.º 16 234/2005, 26 de julho de 2005* (2005). Dispões sobre os trabalhos da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Portugal. Diário da República, 142 (2), 10787-10788.
- Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de setembro de 2006* (2006). Dispões sobre a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Portugal. Diário da República, 182 (2), 19247-19248.
- Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, de 07 de janeiro de 2008* (2008). Dispõe sobre os critérios de referenciação de doentes para as unidades de internamento, de ambulatório e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Economic Policy Committee (2006). *Impact of ageing populations on public spending on pensions, health and long-term care, education and unemployment benefits for the elderly*. Bruxelas. Economic Policy Committee.
- European Commission (2002). *Health Statistics - Key data on health 2002 – Data 1970 – 2001*. Luxemburgo: European Communities.
- European Commission (2007). *Europe's Demographic Future: Facts and Figures*. Bruxelas. Commission of the European Communities.
- European Commission (2008). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission (2009). *Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission (2010). *The Social Situation in the European Union 2009*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fernandez, J.L., Forder, J., Trukeschitz, B., Rokosová, M., & McDaid, D. (2009) How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? *Policy Brief, 11*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.

- Ferreira, F. A. (1989). *Sistemas de Saúde e o seu funcionamento - Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo, O caso particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fujisawa, R., & Colombo, F. (2009). The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. *OECD Health Working Papers*, 1 (44). França: OECD Publishing
- Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde Sobre o Envelhecimento 2008/2009*. Cascais: Princípia.
- Gibson, M. J. (2006). *Internacional Perspectives on Long-Term Care*. AARP Public Policy Institute .
- Grosse-Tebbe, S., & Figueras, J. (2005). *Snapshots of health systems*. Dinamarca: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Huber, M. (2007). Long-term care for older people: The future of Social Services of General Interest in the European Union. *Discussion Paper*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Instituto Nacional de Estatística – Metainformação*. Recuperado em 10 de Junho de 2012 de <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Informação estatística recolhida durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2012 em <http://www.ine.pt>
- Kaleche, A., Veras, R., & Ramos, L. (1987). O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. *Revista Saúde Pública.*, 21 (3), 200-210.
- Lei n.º 2011 de 2 de abril de 1946 (1946). Dispõe sobre a organização hospitalar. Portugal: Diário do Governo, 70 (1), 201-204.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990 (1990). Dispõe sobre a criação da Lei de Bases da Saúde. Portugal: Diário da República, 195 (1), 3452-3459.
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro de 2002 (2002). Dispõe sobre o novo regime jurídico da gestão hospitalar e sobre a primeira alteração à Lei n. 48/90 de 24 de agosto. Portugal: Diário da República, 258(1A), 7150-7154.
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e Saúde: um problema emergente. *Millenium - Revista do ISPV*, 27, 1-9. Recuperado em 12 de julho de 2012 de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/default.htm>
- Ministry of Social Affairs and Consumer Protection (2008). *Austrian Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008 - 2010*. Viena: Federal Ministry of Social Affairs and Consumer Protection.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2006). *Relatório de primavera 2006 - Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (1998). Long term care services to older people, a perspective on future needs : the impact of an improving health of older persons. *Ageing Working Papers*, 4.2. França: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2005). Ensuring Quality Long-Term Care For Older People. *Policy Brief*. OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2006a). Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditure: What are the main drivers?. *Economics Department Working Papers*, 5 (477). França: OECD.

- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2006b). Future budget pressures arising from spending on health and long-term care. *OECD Economic Outlook* 79, 145-156.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD Health Working Papers*, 2 (26). França: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2008). *Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-Term Care Expenditure*. OCDE Health Division.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2007). *Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da RNCCI*. Recuperado em 03 de agosto de 2012 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2008). *Resumo - Relatório de Monitorização do Desenvolvimento da RNCCI em 2007*. Recuperado em 20 de julho de 2010 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>
- Resolução de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março de 2002* (2002). Dispõe sobre a empresarialização dos hospitais. Portugal: Diário da República, 56(1B), 1868-1869.
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril de 2005* (2005). Dispõe sobre a criação Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Portugal: Diário da República, 81 (1B), 3200-3201.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro de 2005* (2005). Dispõe sobre a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Portugal: Diário da República, 196(1B), 5981-5982.
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro de 2006* (2006). Dispõe sobre a criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Portugal: Diário da República, 241(1), 8471-8473.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*, 50, 1025-1036. Portugal: Pergamon.
- Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. (2010). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.
- Tribunal de Contas . (1999). Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde - Relatório Final. *Relatório*, 38/99 (2). Lisboa.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações *Revista Saúde Pública*, 43 (3), 548-54. Brasil.
- World Health Organization [WHO] (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Recuperado em 01 de outubro de 2012 de http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- World Health Organization [WHO] (2000). Home-based long-term care. *WHO Technical Report Series*, 898. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Geneva: World Health Organization Collection on Long-Term Care.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2009). *Resumo executivo do relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008*. Recuperado em 09 de agosto de 2010 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2010a). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2010b). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009*. Recuperado em 10 de janeiro de 2012 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2010c). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010*. Recuperado em 10 de novembro de 2011 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2011*. Recuperado em 28 de julho de 2012 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

ANEXO I

**APRESENTAÇÃO ESTATÍSTICA DE DADOS
COMPLEMENTARES DE OFERTA E PROCURA DE
CUIDADOS CONTINUADOS**

Tabela AI 1

Projeções da população residente até 2060, por gênero e faixa etária

Faixa etária	Gênero	Período de referência de dados																						
		2010		2020		Taxa de crescimento anual		2030		Taxa de crescimento anual		2040		Taxa de crescimento anual		2050		Taxa de crescimento anual		2060		Taxa de crescimento anual		
		Nº	Nº	Nº	Nº	%	%	Nº	Nº	%	%	Nº	Nº	%	%	Nº	Nº	%	%	Nº	Nº	%	%	
Total	Total	10.655.656	10.826.390		10.892.709	1,6	0,6	10.870.119		-0,2	10.687.753		-1,7	10.364.157		-3,0								
	Homens	5.150.262	5.224.729		5.263.980	1,4	0,8	5.257.661		-0,1	5.174.881		-1,6	5.029.048		-2,8								
	Mulheres	5.505.394	5.601.661		5.628.729	1,7	0,5	5.612.458		-0,3	5.512.872		-1,8	5.335.109		-3,2								
0 - 4 anos	Total	520.724	461.107	-11,4	434.091		-5,9	432.975		-0,3	411.201		-5,0	401.042		-2,5								
	Homens	268.067	237.551	-11,4	223.640		-5,9	223.064		-0,3	211.853		-5,0	206.622		-2,5								
	Mulheres	252.657	223.556	-11,5	210.451		-5,9	209.911		-0,3	199.348		-5,0	194.420		-2,5								
5 - 9 anos	Total	556.432	499.071	-10,3	446.411		-10,6	442.422		-0,9	429.219		-3,0	409.544		-4,6								
	Homens	287.065	257.795	-10,2	230.591		-10,6	228.538		-0,9	221.740		-3,0	211.610		-4,6								
	Mulheres	269.367	241.276	-10,4	215.820		-10,6	213.884		-0,9	207.479		-3,0	197.934		-4,6								
10 - 14 anos	Total	544.402	535.160	-1,7	477.379		-10,8	450.504		-5,6	449.448		-0,2	427.724		-4,8								
	Homens	278.020	276.561	-0,5	246.574		-10,8	232.740		-5,6	232.196		-0,2	221.010		-4,8								
	Mulheres	266.382	258.599	-2,9	230.805		-10,7	217.764		-5,7	217.252		-0,2	206.714		-4,9								
15 - 19 anos	Total	564.225	574.621	1,8	519.486		-9,6	467.007		-10,1	463.104		-0,8	449.959		-2,8								
	Homens	286.936	295.651	3,0	267.322		-9,6	240.222		-10,1	238.226		-0,8	231.461		-2,8								
	Mulheres	277.289	278.970	0,6	252.164		-9,6	226.779		-10,1	224.878		-0,8	218.498		-2,8								
20 - 24 anos	Total	614.058	570.537	-7,1	566.379		-0,7	508.999		-10,1	482.349		-5,2	481.419		-0,2								
	Homens	311.776	288.202	-7,6	290.036		0,6	260.342		-10,2	246.670		-5,3	246.215		-0,2								
	Mulheres	302.282	282.335	-6,6	276.343		-2,1	248.657		-10,0	235.679		-5,2	235.204		-0,2								
25 - 29 anos	Total	745.244	603.422	-19,0	623.813		3,4	569.377		-8,7	517.389		-9,1	513.750		-0,7								
	Homens	376.791	302.594	-19,7	318.337		5,2	290.543		-8,7	263.821		-9,2	262.014		-0,7								
	Mulheres	368.453	300.828	-18,4	305.476		1,5	278.834		-8,7	253.568		-9,1	251.736		-0,7								
30 - 34 anos	Total	836.466	654.543	-21,7	622.188		-4,9	618.618		-0,6	561.987		-9,2	535.799		-4,7								
	Homens	419.822	327.344	-22,0	311.638		-4,8	313.900		0,7	284.788		-9,3	271.475		-4,7								
	Mulheres	416.644	327.199	-21,5	310.550		-5,1	304.718		-1,9	277.199		-9,0	264.324		-4,6								
35 - 39 anos	Total	828.187	774.085	-6,5	643.784		-16,8	664.554		3,2	611.071		-8,0	559.885		-8,4								
	Homens	413.579	384.947	-6,9	319.116		-17,1	335.048		5,0	307.973		-8,1	281.874		-8,5								
	Mulheres	414.608	389.138	-6,1	324.668		-16,6	329.506		1,5	303.098		-8,0	278.011		-8,3								
40 - 44 anos	Total	784.350	859.412	9,6	686.979		-20,1	655.724		-4,5	652.676		-0,5	597.177		-8,5								
	Homens	388.523	427.099	9,9	341.635		-20,0	326.637		-4,4	329.165		0,8	300.898		-8,6								
	Mulheres	395.827	432.313	9,2	345.344		-20,1	329.087		-4,7	323.511		-1,7	296.279		-8,4								
45 - 49 anos	Total	778.444	842.209	8,2	793.927		-5,7	666.976		-16,0	688.216		3,2	636.269		-7,5								
	Homens	380.832	417.762	9,7	393.304		-5,9	329.841		-16,1	345.916		4,9	319.948		-7,5								
	Mulheres	397.612	424.447	6,7	400.623		-5,6	337.135		-15,8	342.300		1,5	316.321		-7,6								
50 - 54 anos	Total	710.952	779.842	9,7	858.865		10,1	692.201		-19,4	663.039		-4,2	661.178		-0,3								
	Homens	344.888	381.189	10,5	422.684		10,9	341.260		-19,3	327.674		-4,0	330.949		1,0								
	Mulheres	366.064	398.653	8,9	436.181		9,4	350.941		-19,5	335.365		-4,4	330.229		-1,5								
55 - 59 anos	Total	663.183	759.041	14,5	827.610		9,0	783.923		-5,3	662.448		-15,5	685.011		3,4								
	Homens	317.466	364.577	14,8	404.847		11,0	383.537		-5,3	323.921		-15,5	340.806		5,2								
	Mulheres	345.717	394.464	14,1	422.763		7,2	400.386		-5,3	338.527		-15,4	344.205		1,7								
60 - 64 anos	Total	606.887	683.801	12,7	756.708		10,7	837.683		10,7	680.071		-18,8	654.355		-3,8								
	Homens	283.915	324.329	14,2	363.372		12,0	406.027		11,7	330.896		-18,5	319.703		-3,4								
	Mulheres	322.972	359.472	11,3	393.336		9,4	431.656		9,7	349.175		-19,1	334.652		-4,2								
65 - 69 anos	Total	519.266	623.358	20,0	721.845		15,8	793.743		10,0	757.659		-4,5	645.159		-14,8								
	Homens	236.689	289.605	22,4	338.227		16,8	380.293		12,4	364.209		-4,2	310.868		-14,6								
	Mulheres	282.577	333.753	18,1	383.618		14,9	413.450		7,8	393.450		-4,8	334.291		-15,0								
70 - 74 anos	Total	493.652	545.827	10,6	626.457		14,8	703.045		12,2	786.610		11,9	645.507		-17,9								
	Homens	217.302	243.642	12,1	285.556		17,2	326.394		14,3	370.338		13,5	306.477		-17,2								
	Mulheres	276.350	302.185	9,3	340.901		12,8	376.651		10,5	416.272		10,5	339.030		-18,6								
75 - 79 anos	Total	415.927	429.442	3,2	531.673		23,8	631.413		18,8	707.698		12,1	685.759		-3,1								
	Homens	172.159	181.119	5,2	230.977		27,5	279.166		20,9	322.630		15,6	315.602		-2,2								
	Mulheres	243.768	248.323	1,9	300.696		21,1	352.247		17,1	385.068		9,3	370.157		-3,9								
80 - 84 anos	Total	282.080	347.639	23,2	408.044		17,4	489.009		19,8	567.773		16,1	652.258		14,9								
	Homens	105.369	135.469	28,6	163.672		20,8	202.870		23,9	242.777		19,7	285.551		17,6								
	Mulheres	176.711	212.170	20,1	244.372		15,2	286.139		17,1	324.996		13,6	366.707		12,8								
85 ou mais anos	Total	191.177	283.273	48,2	347.070		22,5	461.946		33,1	595.795		29,0	722.362		21,2								
	Homens	61.063	89.293	46,2	112.452		25,9	157.233		39,8	210.088		33,6	265.965		26,6								
	Mulheres	130.114	193.980	49,1	234.618		20,9	304.713		29,9	385.707		26,6	456.397		18,3								

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 2

Evolução da taxa bruta de natalidade e taxa bruta de mortalidade, por região, de 2000 a 2010

		Taxa bruta de natalidade										
Local de residência	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	Valor anual (‰)	12,3	11,3	11,3	10,8	10,2	10,0	9,6	9,1	9,2	8,7	8,8
	Taxa de crescimento (%)		-8,1	0,0	-4,4	-5,6	-2,0	-4,0	-5,2	1,1	-5,4	1,1
	Taxa de crescimento médio (%)											-3,3
Centro	Valor anual (‰)	10,3	9,6	9,7	9,5	9,2	9,1	8,7	8,4	8,5	7,9	8,0
	Taxa de crescimento (%)		-6,8	1,0	-2,1	-3,2	-1,1	-4,4	-3,4	1,2	-7,1	1,3
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,5
Lisboa e Vale Tejo	Valor anual (‰)	12,5	11,8	12,0	11,9	11,5	11,7	11,4	11,3	11,6	11,2	11,5
	Taxa de crescimento (%)		-5,6	1,7	-0,8	-3,4	1,7	-2,6	-0,9	2,7	-3,4	2,7
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,8
Alentejo	Valor anual (‰)	9,6	8,9	9,1	9,0	9,2	9,0	8,4	8,2	8,6	8,3	8,5
	Taxa de crescimento (%)		-7,3	2,2	-1,1	2,2	-2,2	-6,7	-2,4	4,9	-3,5	2,4
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,2
Algarve	Valor anual (‰)	11,4	10,8	11,4	11,6	11,7	12,0	11,5	11,5	11,5	11,1	11,2
	Taxa de crescimento (%)		-5,3	5,6	1,8	0,9	2,6	-4,2	0,0	0,0	-3,5	0,9
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,2
Portugal	Valor anual (‰)	11,7	11,0	11,0	10,8	10,4	10,4	10,0	9,7	9,8	9,4	9,5
	Taxa de crescimento (%)		-6,0	0,0	-1,8	-3,7	0,0	-3,8	-3,0	1,0	-4,1	1,1
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,1
Continente	Valor anual (‰)	11,6	10,8	10,9	10,7	10,3	10,3	9,9	9,6	9,8	9,3	9,5
	Taxa de crescimento (%)		-6,9	0,9	-1,8	-3,7	0,0	-3,9	-3,0	2,1	-5,1	2,2
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,0

		Taxa bruta de mortalidade										
Local de residência	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	Valor anual (‰)	8,7	8,7	8,7	8,9	8,3	8,7	8,3	8,4	8,4	8,5	8,6
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	2,3	-6,7	4,8	-4,6	1,2	0,0	1,2	1,2
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,1
Centro	Valor anual (‰)	11,8	11,6	11,8	12,1	11,1	11,6	11,0	11,3	11,4	11,2	11,4
	Taxa de crescimento (%)		-1,7	1,7	2,5	-8,3	4,5	-5,2	2,7	0,9	-1,8	1,8
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,3
Lisboa e Vale Tejo	Valor anual (‰)	9,8	9,6	9,6	9,5	9,1	9,5	9,0	9,0	9,1	9,1	9,3
	Taxa de crescimento (%)		-2,0	0,0	-1,0	-4,2	4,4	-5,3	0,0	1,1	0,0	2,2
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,5
Alentejo	Valor anual (‰)	13,9	13,6	13,8	14,5	13,0	14,4	13,0	13,4	14,0	13,8	14,0
	Taxa de crescimento (%)		-2,2	1,5	5,1	-10,3	10,8	-9,7	3,1	4,5	-1,4	1,4
	Taxa de crescimento médio (%)											0,1
Algarve	Valor anual (‰)	12,1	11,8	11,8	11,9	11,5	11,7	10,9	11,0	11,1	10,8	10,3
	Taxa de crescimento (%)		-2,5	0,0	0,8	-3,4	1,7	-6,8	0,9	0,9	-2,7	-4,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,6
Portugal	Valor anual (‰)	10,3	10,2	10,2	10,4	9,7	10,2	9,6	9,8	9,8	9,8	10,0
	Taxa de crescimento (%)		-1,0	0,0	2,0	-6,7	5,2	-5,9	2,1	0,0	0,0	2,0
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,3
Continente	Valor anual (‰)	10,3	10,2	10,2	10,4	9,7	10,2	9,6	9,8	9,8	9,8	9,9
	Taxa de crescimento (%)		-1,0	0,0	2,0	-6,7	5,2	-5,9	2,1	0,0	0,0	1,0
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,4

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 3

Taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2009

Localização geográfica	Indicadores	Anos									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Portugal	Valor anual (%)	75,3	73,8	74,6	73,8	73,7	75,4	76,0	76,8	76,9	77,5
	Taxa de crescimento (%)		-2,0	1,1	-1,1	-0,1	2,3	0,8	1,1	0,1	0,8
	Taxa de crescimento médio (%)										0,3
Continente	Valor anual (%)	75,1	73,6	74,3	73,6	73,4	75,3	76,1	76,9	76,9	77,7
	Taxa de crescimento (%)		-2,0	1,0	-0,9	-0,3	2,6	1,1	1,1	0,0	1,0
	Taxa de crescimento médio (%)										0,4
Norte	Valor anual (%)	73,2	70,1	71,1	71,4	70,7	73,1	73,7	75,8	77,0	77,6
	Taxa de crescimento (%)		-4,2	1,4	0,4	-1,0	3,4	0,8	2,8	1,6	0,8
	Taxa de crescimento médio (%)										0,7
Centro	Valor anual (%)	76,7	76,6	76,1	74,8	73,5	73,1	76,5	75,2	72,5	74,9
	Taxa de crescimento (%)		-0,1	-0,7	-1,7	-1,7	-0,5	4,7	-1,7	-3,6	3,3
	Taxa de crescimento médio (%)										-0,3
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (%)	75,2	73,8	75,8	76,1	75,6	78,8	78,4	79,1	79,2	78,9
	Taxa de crescimento (%)		-1,9	2,7	0,4	-0,7	4,2	-0,5	0,9	0,1	-0,4
	Taxa de crescimento médio (%)										0,5
Alentejo	Valor anual (%)	75,4	74,8	72,6	76,6	71,9	72,7	75,5	74,4	77,3	78,4
	Taxa de crescimento (%)		-0,8	-2,9	5,5	-6,1	1,1	3,9	-1,5	3,9	1,4
	Taxa de crescimento médio (%)										0,4
Algarve	Valor anual (%)	78,0	82,8	79,3	81,2	81,4	81,1	73,8	80,4	87,7	88,0
	Taxa de crescimento (%)		6,2	-4,2	2,4	0,2	-0,4	-9,0	8,9	9,1	0,3
	Taxa de crescimento médio (%)										1,3

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 4

Número de hospitais, por localização geográfica, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	219	217	213	204	209	204	200	198	189	186	226
	Taxa de crescimento (%)		-0,9	-1,8	-4,2	2,5	-2,4	-2,0	-1,0	-4,5	-1,6	21,5
	Taxa de crescimento médio (%)											0,3
Continente	Valor anual (Nº)	203	201	197	189	194	189	185	183	174	171	211
	Taxa de crescimento (%)		-1,0	-2,0	-4,1	2,6	-2,6	-2,1	-1,1	-4,9	-1,7	23,4
	Taxa de crescimento médio (%)											0,4
Norte	Valor anual (Nº)	65	64	62	61	63	63	65	59	57	57	74
	Taxa de crescimento (%)		-1,5	-3,1	-1,6	3,3	0,0	3,2	-9,2	-3,4	0,0	29,8
	Taxa de crescimento médio (%)											1,3
Centro	Valor anual (Nº)	42	42	42	39	42	40	36	37	37	35	40
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	-7,1	7,7	-4,8	-10,0	2,8	0,0	-5,4	14,3
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,5
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	78	77	75	71	71	70	67	71	65	64	78
	Taxa de crescimento (%)		-1,3	-2,6	-5,3	0,0	-1,4	-4,3	6,0	-8,5	-1,5	21,9
	Taxa de crescimento médio (%)											0,0
Alentejo	Valor anual (Nº)	10	10	10	10	10	9	9	8	8	8	11
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	-10,0	0,0	-11,1	0,0	0,0	37,5
	Taxa de crescimento médio (%)											1,0
Algarve	Valor anual (Nº)	8	8	8	8	8	7	8	8	7	7	8
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	-12,5	14,3	0,0	-12,5	0,0	14,3
	Taxa de crescimento médio (%)											0,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 5

Número de camas nos hospitais, por localização geográfica, de 2002 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos								
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	37.162	37.459	37.855	37.372	36.605	36.220	35.803	35.635	35.601
	Taxa de crescimento (%)		0,8	1,1	-1,3	-2,1	-1,1	-1,2	-0,5	-0,1
	Taxa de crescimento médio (%)									-0,5
Continente	Valor anual (Nº)	34.022	34.301	34.704	34.205	33.444	33.055	32.621	32.484	32.440
	Taxa de crescimento (%)		0,8	1,2	-1,4	-2,2	-1,2	-1,3	-0,4	-0,1
	Taxa de crescimento médio (%)									-0,6
Norte	Valor anual (Nº)	10.763	11.157	11.453	11.215	11.169	10.851	10.484	10.620	10.816
	Taxa de crescimento (%)		3,7	2,7	-2,1	-0,4	-2,8	-3,4	1,3	1,8
	Taxa de crescimento médio (%)									0,1
Centro	Valor anual (Nº)	8.422	8.538	8.704	8.594	8.033	8.045	8.315	8.052	7.867
	Taxa de crescimento (%)		1,4	1,9	-1,3	-6,5	0,1	3,4	-3,2	-2,3
	Taxa de crescimento médio (%)									-0,8
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	12.118	12.068	11.940	11.780	11.554	11.497	11.270	11.337	11.254
	Taxa de crescimento (%)		-0,4	-1,1	-1,3	-1,9	-0,5	-2,0	0,6	-0,7
	Taxa de crescimento médio (%)									-0,9
Alentejo	Valor anual (Nº)	1.819	1.674	1.734	1.767	1.727	1.702	1.656	1.573	1.580
	Taxa de crescimento (%)		-8,0	3,6	1,9	-2,3	-1,4	-2,7	-5,0	0,4
	Taxa de crescimento médio (%)									-1,7
Algarve	Valor anual (Nº)	900	864	873	849	961	960	896	902	923
	Taxa de crescimento (%)		-4,0	1,0	-2,7	13,2	-0,1	-6,7	0,7	2,3
	Taxa de crescimento médio (%)									0,3

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 6

Número de centros de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	393	392	391	393	377	379	378	377	377	375	376
	Taxa de crescimento (%)		-0,5	-0,5	1,0	-8,1	1,1	-0,5	-0,5	0,0	-1,1	0,5
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,4
Continente	Valor anual (Nº)	364	363	362	363	346	348	347	346	346	345	346
	Taxa de crescimento (%)		-0,5	-0,5	0,5	-9,3	1,2	-0,6	-0,6	0,0	-0,6	0,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,5
Norte	Valor anual (Nº)	125	124	124	125	108	110	109	108	108	107	108
	Taxa de crescimento (%)		-1,6	0,0	1,6	-27,1	3,7	-1,8	-1,8	0,0	-1,8	1,9
	Taxa de crescimento médio (%)											-1,5
Centro	Valor anual (Nº)	87	87	86	86	86	86	86	86	86	86	86
	Taxa de crescimento (%)		0,0	-2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,1
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)											0,0
Alentejo	Valor anual (Nº)	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)											0,0
Algarve	Valor anual (Nº)	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)											0,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 7

Número de extensões de centros de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	1.962	1.953	1.941	1.945	1.940	1.930	1.916	1.874	1.778	1.318	1.225
	Taxa de crescimento (%)		-0,5	-0,6	0,2	-0,3	-0,5	-0,7	-2,2	-5,1	-25,9	-7,1
	Taxa de crescimento médio (%)											-4,6
Continente	Valor anual (Nº)	1.820	1.813	1.802	1.804	1.799	1.789	1.774	1.733	1.638	1.180	1.087
	Taxa de crescimento (%)		-0,4	-0,6	0,1	-0,3	-0,6	-0,8	-2,3	-5,5	-28,0	-7,9
	Taxa de crescimento médio (%)											-5,0
Norte	Valor anual (Nº)	455	448	445	442	443	439	437	419	422	306	190
	Taxa de crescimento (%)		-1,5	-0,7	-0,7	0,2	-0,9	-0,5	-4,1	0,7	-27,5	-37,9
	Taxa de crescimento médio (%)											-8,4
Centro	Valor anual (Nº)	601	598	602	595	596	594	584	571	518	555	484
	Taxa de crescimento (%)		-0,5	0,7	-1,2	0,2	-0,3	-1,7	-2,2	-9,3	7,1	-12,8
	Taxa de crescimento médio (%)											-2,1
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	422	424	419	424	417	413	410	408	372	0	87
	Taxa de crescimento (%)		0,5	-1,2	1,2	-1,7	-1,0	-0,7	-0,5	-8,8	-100,0	
	Taxa de crescimento médio (%)											-14,6
Alentejo	Valor anual (Nº)	275	275	268	275	275	275	275	269	260	252	261
	Taxa de crescimento (%)		0,0	-2,5	2,6	0,0	0,0	0,0	-2,2	-3,3	-3,1	3,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,5
Algarve	Valor anual (Nº)	67	68	68	68	68	68	68	66	66	67	65
	Taxa de crescimento (%)		1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,9	0,0	1,5	-3,0
	Taxa de crescimento médio (%)											-0,3

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 8

Número de centros de saúde, com e sem internamento, por localização geográfica, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Portugal	Total	Valor anual (Nº)	393	392	391	393	377	379	378	377	377	375	376
		Taxa de crescimento (%)		-0,3	-0,3	0,5	-4,1	0,5	-0,3	-0,3	0,0	-0,5	0,3
		Taxa de crescimento médio (%)											-0,4
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	87	79	76	70	66	60	56	44	34	29	24
		Taxa de crescimento (%)		-9,2	-3,8	-7,9	-5,7	-9,1	-6,7	-21,4	-22,7	-14,7	-17,2
		Taxa de crescimento médio (%)											-12,1
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	306	313	315	323	311	319	322	333	343	346	352
		Taxa de crescimento (%)		2,3	0,6	2,5	-3,7	2,6	0,9	3,4	3,0	0,9	1,7
		Taxa de crescimento médio (%)											1,4
Continente	Total	Valor anual (Nº)	364	363	362	363	346	348	347	346	346	345	346
		Taxa de crescimento (%)		-0,3	-0,3	0,3	-4,7	0,6	-0,3	-0,3	0,0	-0,3	0,3
		Taxa de crescimento médio (%)											-0,5
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	71	63	60	55	51	45	41	29	19	15	10
		Taxa de crescimento (%)		-11,3	-4,8	-8,3	-7,3	-11,8	-8,9	-29,3	-34,5	-21,1	-33,3
		Taxa de crescimento médio (%)											-17,8
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	293	300	302	308	295	303	306	317	327	330	336
		Taxa de crescimento (%)		2,4	0,7	2,0	-4,2	2,7	1,0	3,6	3,2	0,9	1,8
		Taxa de crescimento médio (%)											1,4
Norte	Total	Valor anual (Nº)	125	124	124	125	108	110	109	108	108	107	108
		Taxa de crescimento (%)		-0,8	0,0	0,8	-13,6	1,9	-0,9	-0,9	0,0	-0,9	0,9
		Taxa de crescimento médio (%)											-1,5
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	22	21	21	21	19	17	15	10	6	5	4
		Taxa de crescimento (%)		-4,5	0,0	0,0	-9,5	-10,5	-11,8	-33,3	-40,0	-16,7	-20,0
		Taxa de crescimento médio (%)											-15,7
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	103	103	103	104	89	93	94	98	102	102	104
		Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	1,0	-14,4	4,5	1,1	4,3	4,1	0,0	2,0
		Taxa de crescimento médio (%)											0,1
Centro	Total	Valor anual (Nº)	87	87	86	86	86	86	86	86	86	86	86
		Taxa de crescimento (%)		0,0	-1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Taxa de crescimento médio (%)											-0,1
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	15	14	13	13	12	11	9	7	5	4	2
		Taxa de crescimento (%)		-6,7	-7,1	0,0	-7,7	-8,3	-18,2	-22,2	-28,6	-20,0	-50,0
		Taxa de crescimento médio (%)											-18,2
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	72	73	73	73	74	75	77	79	81	82	84
		Taxa de crescimento (%)		1,4	0,0	0,0	1,4	1,4	2,7	2,6	2,5	1,2	2,4
		Taxa de crescimento médio (%)											1,6
Lisboa e Vale do Tejo	Total	Valor anual (Nº)	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
		Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Taxa de crescimento médio (%)											0,0
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	8	7	5	2	1	0	0	0	0	0	0
		Taxa de crescimento (%)		-12,5	-28,6	-60,0	-50,0	-100,0					
		Taxa de crescimento médio (%)											-100,0
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	80	81	83	86	87	88	88	88	88	88	88
		Taxa de crescimento (%)		1,3	2,5	3,6	1,2	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Taxa de crescimento médio (%)											1,0
Alentejo	Total	Valor anual (Nº)	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
		Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Taxa de crescimento médio (%)											0,0
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	17	14	14	12	12	9	9	7	5	4	3
		Taxa de crescimento (%)		-17,6	0,0	-14,3	0,0	-25,0	0,0	-22,2	-28,6	-20,0	-25,0
		Taxa de crescimento médio (%)											-15,9
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	31	34	34	36	36	39	39	41	43	44	45
		Taxa de crescimento (%)		9,7	0,0	5,9	0,0	8,3	0,0	5,1	4,9	2,3	2,3
		Taxa de crescimento médio (%)											3,8
Algarve	Total	Valor anual (Nº)	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
		Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Taxa de crescimento médio (%)											0,0
	Com Internamento	Valor anual (Nº)	9	7	7	7	7	8	8	5	3	2	1
		Taxa de crescimento (%)		-22,2	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	-37,5	-40,0	-33,3	-50,0
		Taxa de crescimento médio (%)											-19,7
	Sem Internamento	Valor anual (Nº)	7	9	9	9	9	8	8	11	13	14	15
		Taxa de crescimento (%)		28,6	0,0	0,0	0,0	-11,1	0,0	37,5	18,2	7,7	7,1
		Taxa de crescimento médio (%)											7,9

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 9

Número de camas nos centros de saúde com internamento, por localização geográfica, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	1.418	1.279	1.217	1.161	1.102	996	893	675	583	484	385
	Taxa de crescimento (%)		-9,8	-4,8	-4,6	-5,1	-9,6	-10,3	-24,4	-13,6	-17,0	-20,5
	Taxa de crescimento médio (%)											-12,2
Continente	Valor anual (Nº)	1.081	940	886	835	779	678	573	355	253	186	103
	Taxa de crescimento (%)		-13,0	-5,7	-5,8	-6,7	-13,0	-15,5	-38,0	-28,7	-26,5	-44,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-21,0
Norte	Valor anual (Nº)	450	400	400	395	350	314	245	117	88	58	35
	Taxa de crescimento (%)		-11,1	0,0	-1,3	-11,4	-10,3	-22,0	-52,2	-24,8	-34,1	-39,7
	Taxa de crescimento médio (%)											-22,5
Centro	Valor anual (Nº)	210	191	172	163	154	132	116	87	62	50	22
	Taxa de crescimento (%)		-9,0	-9,9	-5,2	-5,5	-14,3	-12,1	-25,0	-28,7	-19,4	-56,0
	Taxa de crescimento médio (%)											-20,2
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	92	71	45	16	7	0	0	0	0	0	0
	Taxa de crescimento (%)		-22,8	-36,6	-64,4	-56,3	-100,0					
	Taxa de crescimento médio (%)											-100,0
Alentejo	Valor anual (Nº)	182	151	145	137	146	98	89	91	64	49	35
	Taxa de crescimento (%)		-17,0	-4,0	-5,5	6,6	-32,9	-9,2	2,2	-29,7	-23,4	-28,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-15,2
Algarve	Valor anual (Nº)	147	127	124	124	122	134	123	60	39	29	11
	Taxa de crescimento (%)		-13,6	-2,4	0,0	-1,6	9,8	-8,2	-51,2	-35,0	-25,6	-62,1
	Taxa de crescimento médio (%)						-22,8					

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 10

Número de camas por 1.000 habitantes, por localização geográfica, de 2002 a 2009

Localização geográfica	Indicadores	Anos							
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Portugal	Valor anual (Nº)	3,7	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	-2,7	-2,8	0,0	-2,9	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)								-1,2
Continente	Valor anual (Nº)	3,5	3,5	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	-2,9	-2,9	-3,0	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)								-1,3
Norte	Valor anual (Nº)	3,0	3,1	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,9
	Taxa de crescimento (%)		3,3	3,2	-3,1	-3,2	-3,3	-3,4	3,6
	Taxa de crescimento médio (%)								-0,5
Centro	Valor anual (Nº)	3,7	3,7	3,7	3,7	3,4	3,4	3,5	3,4
	Taxa de crescimento (%)		0,0	0,0	0,0	-8,1	0,0	2,9	-2,9
	Taxa de crescimento médio (%)								-1,2
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	4,5	4,4	4,3	4,3	8,1	4,1	4,0	4,0
	Taxa de crescimento (%)		-2,2	-2,3	0,0	88,4	-49,4	-2,4	0,0
	Taxa de crescimento médio (%)								-1,7
Alentejo	Valor anual (Nº)	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2
	Taxa de crescimento (%)		-7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	-4,2	-4,3
	Taxa de crescimento médio (%)								-2,4
Algarve	Valor anual (Nº)	2,6	2,4	2,4	2,4	2,6	2,4	2,2	2,1
	Taxa de crescimento (%)		-7,7	0,0	0,0	8,3	-7,7	-8,3	-4,5
	Taxa de crescimento médio (%)								-3,0

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 11

Número de internamentos nos centros de saúde, por localização geográfica, de 2000 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos										
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	Valor anual (Nº)	23.071	23.464	23.780	18.318	16.333	15.190	11.884	8.270	6.677	5.574	5.027
	Taxa de crescimento (%)		1,7	1,3	-23,0	-10,8	-7,0	-21,8	-30,4	-19,3	-16,5	-9,8
	Taxa de crescimento médio (%)											-14,1
Continente	Valor anual (Nº)	17.726	18.397	18.912	13.645	11.871	10.864	7.627	3.935	2.180	1.428	823
	Taxa de crescimento (%)		3,8	2,8	-27,9	-13,0	-8,5	-29,8	-48,4	-44,6	-34,5	-42,4
	Taxa de crescimento médio (%)											-26,4
Norte	Valor anual (Nº)	10.356	11.701	12.718	8.215	6.726	5.970	4.036	1.888	949	594	427
	Taxa de crescimento (%)		13,0	8,7	-35,4	-18,1	-11,2	-32,4	-53,2	-49,7	-37,4	-28,1
	Taxa de crescimento médio (%)											-27,3
Centro	Valor anual (Nº)	3.635	3.399	3.004	2.748	2.599	2.293	1.685	1.036	390	262	206
	Taxa de crescimento (%)		-6,5	-11,6	-8,5	-5,4	-11,8	-26,5	-38,5	-62,4	-32,8	-21,4
	Taxa de crescimento médio (%)											-25,0
Lisboa de Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	506	337	271	142	55	0	0	0	0	0	0
	Taxa de crescimento (%)		-33,4	-19,6	-47,6	-61,3	-100,0					
	Taxa de crescimento médio (%)											-100,0
Alentejo	Valor anual (Nº)	1.704	1.603	1.500	1.200	1.123	1.028	722	626	577	356	144
	Taxa de crescimento (%)		-5,9	-6,4	-20,0	-6,4	-8,5	-29,8	-13,3	-7,8	-38,3	-59,6
	Taxa de crescimento médio (%)											-21,9
Algarve	Valor anual (Nº)	1.525	1.357	1.419	1.340	1.368	1.573	1.184	385	264	216	46
	Taxa de crescimento (%)		-11,0	4,6	-5,6	2,1	15,0	-24,7	-67,5	-31,4	-18,2	-78,7
	Taxa de crescimento médio (%)											-29,5

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 12

Número de internamentos nos hospitais, por localização geográfica, de 2002 a 2010

Localização geográfica	Indicadores	Anos									
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Portugal	Valor anual (Nº)	1.200.902	1.216.638	1.201.763	1.213.798	1.207.945	1.240.923	1.232.167	1.205.841	1.198.666	
	Taxa de crescimento (%)		1,3	-1,2	1,0	-0,5	2,7	-0,7	-2,1	-0,6	
	Taxa de crescimento médio (%)										0,0
Continente	Valor anual (Nº)	1.139.908	1.155.318	1.146.794	1.159.733	1.155.955	1.186.581	1.177.048	1.151.432	1.144.152	
	Taxa de crescimento (%)		1,4	-0,7	1,1	-0,3	2,6	-0,8	-2,2	-0,6	
	Taxa de crescimento médio (%)										0,0
Norte	Valor anual (Nº)	400.948	409.115	408.891	415.161	425.708	427.126	432.791	422.737	414.834	
	Taxa de crescimento (%)		2,0	-0,1	1,5	2,5	0,3	1,3	-2,3	-1,9	
	Taxa de crescimento médio (%)										0,4
Centro	Valor anual (Nº)	262.328	269.848	269.185	264.685	254.501	265.109	263.881	251.862	250.575	
	Taxa de crescimento (%)		2,9	-0,2	-1,7	-3,8	4,2	-0,5	-4,6	-0,5	
	Taxa de crescimento médio (%)										-0,6
Lisboa de Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	387.752	388.791	381.341	391.549	383.263	396.433	382.598	380.970	382.699	
	Taxa de crescimento (%)		0,3	-1,9	2,7	-2,1	3,4	-3,5	-0,4	0,5	
	Taxa de crescimento médio (%)										-0,2
Alentejo	Valor anual (Nº)	54.694	51.841	51.622	52.925	55.366	56.098	56.865	55.188	56.241	
	Taxa de crescimento (%)		-5,2	-0,4	2,5	4,6	1,3	1,4	-2,9	1,9	
	Taxa de crescimento médio (%)										0,3
Algarve	Valor anual (Nº)	34.186	35.723	35.755	35.413	37.117	41.815	40.913	40.675	39.803	
	Taxa de crescimento (%)		4,5	0,1	-1,0	4,8	12,7	-2,2	-0,6	-2,1	
	Taxa de crescimento médio (%)										1,9

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 13

Número de internamentos por 1.000 habitantes, por localização geográfica, de 2000 a 2009

Localização geográfica	Indicadores	Anos									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Portugal	Valor anual (Nº)	115	118	118	118	116	116	115	118	117	114
	Taxa de crescimento (%)		2,3	-0,1	0,2	-1,9	0,5	-1,0	2,3	-0,9	-2,3
	Taxa de crescimento médio (%)										-0,1
Continente	Valor anual (Nº)	114	117	117	117	115	116	115	118	116	114
	Taxa de crescimento (%)		2,9	-0,5	0,3	-1,4	0,6	-0,9	2,2	-1,1	-2,3
	Taxa de crescimento médio (%)										0,0
Norte	Valor anual (Nº)	111	112	112	112	112	113	115	115	116	113
	Taxa de crescimento (%)		0,6	0,0	0,4	-0,8	1,1	1,9	-0,3	1,1	-2,4
	Taxa de crescimento médio (%)										0,2
Centro	Valor anual (Nº)	124	125	113	115	114	112	107	112	111	106
	Taxa de crescimento (%)		1,2	-10,0	2,2	-0,7	-2,0	-4,2	3,8	-0,5	-4,5
	Taxa de crescimento médio (%)										-1,7
Lisboa e Vale do Tejo	Valor anual (Nº)	121	128	143	142	138	141	137	141	136	135
	Taxa de crescimento (%)		6,2	11,3	-0,7	-2,6	2,0	-2,6	2,9	-3,9	-0,8
	Taxa de crescimento médio (%)										1,2
Alentejo	Valor anual (Nº)	77	76	73	69	69	70	73	75	76	74
	Taxa de crescimento (%)		-2,1	-3,2	-5,7	-0,6	2,5	4,3	1,5	1,9	-2,9
	Taxa de crescimento médio (%)										-0,5
Algarve	Valor anual (Nº)	83	86	89	91	90	89	91	99	96	94
	Taxa de crescimento (%)		4,1	3,5	2,2	-1,3	-1,7	2,5	8,9	-3,3	-1,6
	Taxa de crescimento médio (%)										1,4

Fonte: Elaboração própria com base em informação estatística recolhida na página oficial do INE (2012)

Tabela AI 14

Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI em 2009 e 2010

Localização geográfica	Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI em 2009						Origem da referenciação		
	Tipologias da RNCCI						Centro de Saúde	Hospital	Total
	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	Total			
Norte	752	3.123	563	2.249	1.836	8.523	1.870	6.653	8.523
Centro	466	2.184	299	1.605	1.807	6.361	2.481	3.880	6.361
Lisboa e Vale do Tejo	232	1.043	1.093	1.475	1.109	4.952	1.261	3.691	4.952
Alentejo	524	445	105	795	711	2.580	1.029	1.551	2.580
Algarve	1.341	494	138	294	245	2.512	1.039	1.473	2.512
Total	3.315	7.289	2.198	6.418	5.708	24.928	7.680	17.248	24.928
Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI em 2010									
Norte	843	2.714	669	1.947	2.141	8.314	1.738	6.576	8.314
Centro	402	1.164	330	1.380	2.076	5.352	2.206	3.146	5.352
Lisboa e Vale do Tejo	755	1.050	1.270	1.228	1.188	5.491	1.569	3.922	5.491
Alentejo	503	526	139	759	778	2.705	1.172	1.533	2.705
Algarve	972	449	185	236	300	2.142	460	1.682	2.142
Total	3.475	5.903	2.593	5.550	6.483	24.004	7.145	16.859	24.004

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UMCCI (2010b, 2011)