

Coordenadora da Comissão Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência

Cuidados Continuados e Paliativos - Desafios

Inês Guerreiro

Em primeiro lugar quero agradecer esta oportunidade que a Revista Gestão & Saúde me dá de poder falar sobre a Coordenação Nacional da Saúde dos Idosos e Cidadãos em Situação de Dependência e da actividade que nos propomos desenvolver.

De facto fui empossada como Coordenadora na sequência de um outro trabalho a que presidi numa Comissão Inter Ministerial composta por elementos dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social(RCM nº84/2005).

Aí tratou-se de elaborar a legislação que enquadra na responsabilidade destes dois Ministérios os Cuidados Continuados e Paliativos em Portugal, e simultaneamente elaborar uma proposta de custos das respostas em Cuidados Continuados, bem como um Modelo de Cuidados Continuados Integrados para Portugal. Foi também elaborado um Plano de Acção para implementação desse Modelo a que chamamos Rede de Cuidados Continuados Integrados bem como alguns Instrumentos de trabalho que com carácter científico nos permitam a recolha de dados e a avaliação dos projectos.

Posso portanto dizer-lhe que, para além do trabalho do enquadramento jurídico, da filosofia em que assenta o modelo e das definições teóricas também nos preocupámos com a aplicação das medidas no terreno, e com os resultados espectáveis.

E essa aplicação ao terreno vai ser corporizada através de experiências piloto em que se pretende testar a aplicação do modelo que gizámos teoricamente a cada realidade regional, mas adaptado às características epidemiológicas e demográficas concretas. Mas trata-se de um modelo que assenta em dois pilares fundamentais; a integração no SNS e integração no Sistema de Protecção Social. Os Cuidados Continuados Integrados deverão fazer parte integrante do



SNS, mas deverá assentar na sua transformação, aliás devendo adaptar-se aos perfis dos “novos doentes” que são cada vez mais envelhecidos, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade para a evolução prolongada e para a dependência. Este modelo tem ainda outro pilar fundamental que é a Segurança Social, e assenta em ambos, mas que não se esgota nestes dois Ministérios, terá aplicação territorial que deverá contar com o apoio de todos os privados e instituições de solidariedade social que no âmbito geográfico da residência do doente possam prestar serviços comunitários de proximidade e apoio ao doente e ainda a autarquia, e no nível de planeamento estratégico regional, territorial que são as ARS e os CDSSS que são um pilar muito importante na decisão e no apoio não só ao investimento como ao acompanhamento mas também na avaliação dos resultados. É portanto um modelo descentralizado que se pretende sustentado e articulado pelos dois níveis dos serviços do SNS, cuidados primários e cuidados hospitalares, e complementando esses dois níveis com respostas diferenciadas consoante as necessidades de tratamento do doente, tipologias de cuidados continuados que prevêm diferentes cuidados às diferentes patologias e às diferentes complexidades que envolvem. Isto porque cada doente terá que ter um plano individual de cuidados adequados à sua situação.

Como referi e por outras palavras, muitas das situações de maior risco ou vulnerabilidade implicam a diferenciação e personalização das respostas de cuidados de saúde de acordo com as condições particulares dos seus destinatários. Haverá doentes na fase pós aguda em que a saúde deverá ter uma responsabilidade total de continuidade de cuidados, na sequência imediata do internamento hospitalar e o mais cedo possível que se preveja a alta hospitalar. Estes cuidados a que chamamos de Convalescência e que se podem estender até 30 dias depois do episódio agudo ter sido controlado, assentam numa reabilitação intensa das capacidades funcionais afectadas pela fase da doença aguda, que é naturalmente mais demorada, muitas vezes já sem esperança de total recuperação e tão só de adaptação à incapacidade e promoção da autonomia, e aí teremos que permitir a melhor qualidade possível no acompanhamento aos doentes através duma abordagem inversa à do hospital. O utente deverá ser tratado se possível fora da cama reaprendendo a ser autónomo e a convalescer com a sua colaboração com o objectivo de regressar o mais cedo possível à sua casa ou até 90 dias nas chamadas unidades de Média Duração e Reabilitação. Na tipologia de respostas previstas enquadra-se também a tipologia de Longa Duração e Manutenção: trata-se por exemplo de situações de Demências e grandes dependências de doentes que não têm condições de continuar nas suas casas, onde o modelo terá que ser partilhado com a Segurança Social. Da mesma forma, através destes serviços são internados os utentes que habitualmente são tratados no âmbito familiar de maneira a facilitarem o descanso dos seus cuidadores.

Nesta mesma rede serão integrados também os cuidados paliativos, (que é diferenciação de cuidados nas situações terminais, onde se requer uma formação específica em cuidados paliativos).

Mas como vê, trata-se também de mudar mentalidades e os resultados só a médio e longo prazo.

Quais as grandes prioridades que a Comissão estabeleceu como metodologia de trabalho?

Uma das grandes prioridades que estabelecemos foi fazer um diagnóstico à realidade e para isso tivemos o apoio de uma empresa consultora espanhola (Catalã), que aliás tem sido quem me tem acompanhado em todo este percurso de concepção do modelo e implementação e acompanhamento do plano de acção, que integra uma equipa de médicos de saúde pública, médicos de cuidados primários e especialistas em planeamento estratégico que se debruçaram sobre a nossa realidade portuguesa com dados dos hospitais e dos centros de saúde (através de um inquérito que realizámos aos trezentos e tal centros de saúde do país) e com dados da própria segurança social conseguimos fazer um diagnóstico, que penso bastante interessante e realista da realidade portuguesa ao nível dos cuidados continuados e do impacto que o envelhecimento e as doenças crónicas têm nos hospitais. Esse diagnóstico poderá ser consultado no site da DGS, e tem a meu ver resultados bastante surpreendentes para quem pensa que tudo se resolve nos hospitais ou que tudo se resolve no modelo clássico dos cuidados primários de listas de doentes ou por consultas. Esse diagnóstico foi o nosso ponto de partida e como era de esperar como um dos condicionantes da eficácia hospitalar apareceu o grande impacto do envelhecimento das pessoas que procuram os hospitais, o grande impacto das doenças incapacitantes e crónicas das pessoas atendidas nos hospitais e a inexistência praticamente total de cuidados de longa duração, ou de cuidados continuados. Veja a percentagem brutal de reinternamentos, e esse é um dado surpreendente do diagnóstico, como um factor que é no fundo o produto da inexistência de cuidados pós-agudos. Só para lhe dar uma noção entre 2000 e 2003 os reinternamentos hospitalares aumentaram mais de 15%, sendo que 50% (quarenta e oito virgula oitenta e tal por cento) trata-se de pessoas de mais de 65 anos.

Como lhe disse, fizemos um levantamento da realidade, depois, e porque já ninguém inventa a roda, e com os conhecimentos que tive oportunidade de recolher em Inglaterra, há já 20 anos onde a geriatria era então já uma realidade e onde os cuidados primários no domicílio já existiam de facto, onde também as autarquias já intervinham na melhoria das condições habitacionais dos munícipes, e com o exemplo da vizinha Espanha onde há pelo menos 17 anos se implementou este modelo também em articulação com a segurança social, nós esboçámos o modelo que julgamos mais adequado à nossa realidade e que já tinha



evidências internacionais. Portanto não inventámos nada, simplesmente tentámos implementar no nosso país um modelo já devidamente testado noutros países da Europa. Sendo que o nosso objectivo, é de facto que o SNS, que tem, como é sabido, atingido custos cada vez mais galopantes na prestação de cuidados que não se têm adaptado às novas necessidades da população, possa proporcionar os cuidados continuados integrados adequados ao novo perfil epidemiológico e demográfico da população e que possa garantir acessibilidade, equidade e qualidade destes cuidados aos grupos alvo predominantes da Rede que serão, nomeadamente:

Pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente; pessoas que padecem de uma doença em situação terminal; pessoas idosas com dependência funcional; pessoas que padecem de sequelas graves de processos traumáticos ou de outras lesões cerebrais.

Todos têm como denominador comum uma incapacidade grave, com forte impacto psicossocial, tanto para o doente como para sua família e a necessidade de uma abordagem integral e multidisciplinar. Em muitos casos estas situações podem abranger pessoas jovens.

Os Cuidados Continuados são uma fatia importantíssima e até crucial para a sustentabilidade e para a própria qualidade dos cuidados que terão que ser prestados a esta população.

As previsões apontam e os dados comprovam que previsivelmente dentro de uma década a população

portuguesa com mais de 65 anos será o dobro dos 17 % que actualmente representa que medidas estão pensadas para enfrentar esta realidade?

Portugal em 2050 será o quarto país da Europa dos 25 com a sua população mais envelhecida, só sendo ultrapassado pela Itália, Grécia e Espanha, havendo, no entanto uma mais valia importante que é a nossa dieta mediterrânica que nos ajuda bastante, na manutenção da nossa qualidade de vida e da nossa saúde. De facto essa grande variação demográfica de uma população cada vez mais envelhecida, tem ainda um outro dado a considerar é que a população global vai diminuir, no todo a população idosa vai significar um numero muito grande de pessoas e nós temos que garantir a acessibilidade e a equidade nas respostas. É nos serviços comunitários que vamos apostar ou seja, procurando levar ao local onde a pessoa vive a prestação dos cuidados, porque a pessoa tem esse Direito e o Estado tem o Dever de manter o cidadão no local onde ele vive, que é normalmente onde a sua qualidade de vida pode ser melhor mantida, embora haja casos em que assim não é possível. Há pessoas que de todo não podem continuar a viver na sua casa por não terem condições; os exemplos de pessoas que vivem em prédios sem elevador em Lisboa, num isolamento brutal e sem qualquer tipo de apoio. Isso nós queremos evitar. Mas também pretendemos garantir que pessoas que vivem isoladas em Trás-os-montes ou no Alentejo onde há grande dispersão geográfica possam ter os cuidados a que têm direito no seu local, através da utilização das tecnologias e de unidades móveis que permitem que mesmo o que é distante possa estar próximo. É para tudo isto



que estamos a desenvolver os nossos serviços. A Rede Local com um hospital de referência, um Centro de Saúde de referência, Instituições Privadas de Solidariedade Social de apoio, ou serviços privados que prestem os cuidados que faltam e que serão bem vindos também a esta Rede.

Esta rede, de cuidados continuados, terá ainda que ser diferenciada consoantes as diferentes patologias mais frequentes na área geográfica em causa e os recursos disponíveis. A intervenção das ARS's e dos Centros Distritais de Segurança Social, é também imprescindível pois são eles que vão elaborar o plano estratégico, a capacidade de propor a decisão das medidas mais correctas baseadas na proximidade e são ainda eles que irão conseguir evitar a duplicação de serviços e os gastos inúteis com sobreposição de respostas. Mas temos que ter a consciência que este modelo é de implementação lenta, os resultados não serão imediatos, mas até 2007 queremos implementar respostas que permitam dar um sinal de que as coisas estão a mudar e que o caminho é por aí.

Há ainda que salientar que o Senhor Ministro pretende uma coordenação vertical neste Programa, num modelo homogêneo para todo o país tendo em atenção as reais necessidades de cada Região.

Como vê o papel dos Hospitais, neste novo enquadramento?

Eu penso que os hospitais terão que se adaptar e cada vez mais ser mais eficientes naquilo que têm que fazer que é intervir na doença aguda. E identificar cada vez mais cedo os doentes que precisam de continuidade de cuidados. Atravé-me-ia a dizer que cada dia a mais no hospital é uma perda para o doente, e um gasto inútil no SNS.

A abordagem curativa não tem nada a ver com a abordagem de cuidar e reabilitar. Portanto os hospitais devem direccionar-se cada vez mais para a alta diferenciação, para o diagnóstico e intervenção rápidos, para as intervenções decisivas, e ser os primeiros a identificar o momento em que o doente deverá abandoná-lo, pois mais ganhos em autonomia serão conseguidos para o doente, mais rapidamente ele passa para uma Rede que vai promover a sua autonomia e diminuir a sua tendência para a dependência e reabilitar as capacidades funcionais que tem. Aí os hospitais têm um papel fundamental de mobilizadores dessa identificação das novas necessidades e portanto terão que se reestruturar, senão serão acometidos de marés cheias de idosos que lhe irão entrar portas dentro e para os quais não têm cuidados adequados, nem precisam de facto de ser tratados em hospitais de agudos. A Rede prevê a criação de mecanismos de identificação de pré-altas através da criação de equipas de gestão de altas nos hospitais que deverão articular-se com a rede de cuidados continuados integrados referenciando o doente para a resposta mais adequada a cada um, seja o regresso a casa com apoios vários, seja o internamento numa unidade de cuidados continuados de convalescença, de reabilitação de manutenção ou de paliativos.

Penso mesmo que a Rede de Cuidados Continuados irá obrigar a uma reformulação de toda a rede hospitalar, que tenderá a diminuir e tornar-se mais eficiente e produtiva, ou até nalguns casos a incorporar a convalescença nas suas responsabilidades.

Que instrumentos de monitorização e acompanhamento têm previstos para acompanhar as mudanças que se avizinham?

Um dos aspectos fundamentais será toda a avaliação do que se vai fazer. Temos que medir os ganhos em saúde, temos que medir as vantagens para os doentes em relação aos cuidados que até agora têm sido prestados nos hospitais e centros de saúde.

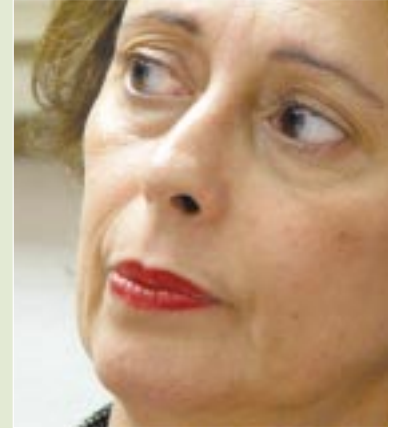
Um dos resultados do Inquérito que fizemos em Agosto de 2005 aos Centros de Saúde do país é que apenas 4% deles faziam visitação médica domiciliária programada, ou seja é um dado conhecido que em Portugal temos 0,5% de visitação domiciliária médica. Temos que, em parceria com os cuidados primários, iniciar a mudança deste comportamento. A integração dos cuidados continuados na malha dos serviços prestados à população com necessidades comuns exige, assim, não só a revisão dos paradigmas habitualmente usados na abordagem curativa dos cuidados de saúde como também na revisão dos cuidados de natureza comunitária.

Temos que medir o que é que esta Rede pode significar para o doente, ao evitar internamentos desnecessários, como já referi, que farão perder cada vez mais capacidades aos doentes, e impedir, através do acompanhamento nos cuidados primários, intensificação de sintomas que levam indubitavelmente os doentes de novo à urgência, evitar que a pessoa saia do seu meio de vida, e monitorizar a qualidade

Maria Inês Rodrigues dos Santos Guerreiro

Natural da Madeira, é licenciada em Ciências Sociais e Políticas pela Universidade Técnica de Lisboa. Coordenadora Nacional para a Saúde dos Idosos e Cidadãos em Situação de Dependência. Possui várias formações em gestão e organização de projectos, donde se destaca o Curso de pós-graduação de Gestão e Qualidade para Gestores Públicos ministrado nomeadamente em França e nos EUA. Foi responsável pela elaboração de legislação para a criação da Rede de Prestação de Cuidados Saúde de longa Duração (Complementares),

através da Direcção Geral da Saúde. Foi Coordenadora Nacional do Plano de Formação da CVP financiado pelo QCAIII – Programa Operacional de Emprego, Formação e Desenvolvimento Social e Programa Operacional da RLVT. Foi Directora Regional da Segurança Social da RAM e Presidente do Centro Regional da Segurança Social. Foi Coordenadora do Departamento da População Idosa e a função de Assessora do Secretário regional dos Assuntos Sociais para a criação e o lançamento da Política Integrada para o Sector, que levou à criação de um Programa Regional de Apoio Integrado à População Idosa da RAM.



dos serviços que serão prestados na rede de cuidados continuados; demoras médias, ganhos em autonomia à saída da rede, análise dos níveis de dependência à entrada e à saída, o destino dos doentes depois da alta de cada unidade, tudo isso são registos que as Instituições que irão incorporar a rede, nomeadamente as do próprio SNS terão que fazer como prática no dia a dia.

E há um aspecto que é importante é que os Centros de Saúde terão que conhecer a sua população, quando cerca de vinte e tal por cento das pessoas da área geográfica de um CS, têm mais de 65 anos de idade e este não tenha visitação domiciliária nem adequação de serviços a essa população algo está desfasado. Há que medir também a reforma dos cuidados de saúde, e ainda bem que estas são duas prioridades (cuidados de saúde primários e continuados) do Senhor Ministro da Saúde, pois trata-se de uma verdadeira “revolução” na historia do SNS.

As mudanças ao nível da prestação dos Cuidados Primários que também estão em curso vão permitir um conhecimento das patologias dominantes e das reais necessidades das populações num conceito de proximidade que se quer implementado.

Ao nível dos Acordos com as diversas Instituições também vão ocorrer grandes mudanças: os preços terão por base pacotes de serviços que serão permanentemente avaliados em ganhos de saúde em ganhos de independência e em ganhos de qualidade e satisfação dos doentes e profissionais e isso será feito de forma adequada de acordo com as tipologias de cuidados que serão contratualizadas. Não vão haver mais pagamentos de camas, onde ninguém afere o que lá se faz nem o que isso traz de mais valia para o doente.

Não se trata de contratualizar hospitais de retaguarda nem camas de retaguarda. A retaguarda é um termo do tempo da 2ª guerra e não se adapta hoje em dia à evolução, que é cada

vez mais, medida em qualidade de vida e em ganhos de saúde para os doentes.

Cada vez importa mais protelar a dependência.

Que mais mecanismos de financiamento, estão previstos para suportar os encargos decorrentes da implementação desta nova Rede, para além da tripartição de responsabilidades (saúde, solidariedade social e trabalho)?

É fundamental que se assuma que esta rede não é feita para hoje mas para hoje e para o futuro. A realidade actual é uma realidade problema, por falta de respostas e também por falta de capacidade financeira das próprias pessoas. Os doentes cónicos são doentes muito penalizados pelo seu percurso.

Sabemos que estão já disponíveis nichos de mercado para pessoas com muito dinheiro, mas não estão ainda ocupados, portanto isso significa alguma coisa.

Mas a comparticipação das famílias é importante e nós temos esse factor analisado, as famílias vão participar no pacote de cuidados ligado ao apoio social.

A saúde tem obrigações para com os Cidadão que não estão só ao nível dos cuidados primários e de agudos também deve dar respostas nos cuidados de longa duração.

Nesta primeira fase da rede o pacote dos serviços de cuidados continuados será tendencialmente gratuito conforme a Constituição prevê para os cuidados de saúde em geral, agora, a família vai participar e participar com os rendimentos que tem e pode, e esse não deve ser factor distintivo dos serviços que são prestados. Por isso nós estamos a aceitar todos os Privados que queiram articular com a Rede e desde que o façam nos critérios em que o Ministério da Saúde quer contratualizar.

Mas o que eu penso é que vamos ter melhorias bastante grandes e dentro de alguns anos os resultados serão evidentes.



Os cenários vão ser cada vez mais optimistas à medida que outro tipo de pessoas vá atingindo a idade de reforma, cada vez mais instruídas com melhores níveis económicos. Tem de haver uma forte participação das pessoas para que tudo isso seja sustentável, e também acredito que o mercado se vá moldando e as seguradoras à semelhança do que ocorreu noutros países (Holanda, Canadá, Alemanha e outros da Europa) que já têm seguros para a doença crónica e para os cuidados paliativos, a Espanha está já a discutir uma prestação social para a dependência, o que faz com que quase todos os cidadãos tenham direitos ou protecção nesse tipo de cuidados.

A sustentabilidade dum sistema de cuidados continuados faz-se com todas estas contribuições e sem elas não se pode manter. Esforços públicos da saúde, esforços do Estado em geral, dos doentes, das famílias, das seguradoras, de privados e cada vez mais com a intervenção do poder local, e enfim de todos para podermos em conjunto encontrar as melhores soluções e as respostas mais adequadas. Em Espanha e na Holanda neste momento determinados cuidados estão a passar para a responsabilidade das autarquias, isto porque a proximidade é controlo e acompanhamento, e dessa forma se evitam os desperdícios.

Penso que não há um modelo acabado há que ir permanentemente testando o caminho que escolhemos e julgamos o mais adequado, até porque há países onde já foi iniciado há mais de trinta anos e se podem tirar bons e maus resultados.

Mas repito que há que aproveitar a participação de todos os agentes que mostrem vontade e tenham condições para entrar nesta rede.

Por último queremos perguntar-lhe se concorda que se trata duma reforma de mentalidades de atitudes e como tal difícil e muito complexa?

Queria começar por lhe referir uma convicção pessoal em que eu acredito profundamente. É devido ao esforço dos

profissionais de saúde que o SNS é o que é, e sem eles, não teria sido possível atingir muitos dos bons resultados que se atingiram. Mas também não posso deixar de reconhecer que será preciso muita formação para que as suas capacidades e mentalidades também se possam adequar.

Se o SNS tende a mudar há que acompanhar essas mudanças com a formação profissional adequada dos seus profissionais, para vencer as resistências, para melhorar a qualidade e é preciso não esquecer que a formação é um excelente factor potenciador da mudança.

A mentalidade não muda por Decreto, e eu aposto muito na formação, como um factor de mudança e inovação.

E este processo pode vir a acontecer mais rapidamente do que alguns esperam, porque se nós formos efectivos na demonstração de que o sistema tem graves lacunas, como penso que é incontestável, eliminar-se-ão aos poucos conflitos entre profissionais, estruturas, famílias e serão valorizados sobretudo os doentes.

Vontade política determinada é determinante neste processo o que penso que pela primeira vez na história de Portugal está a acontecer.

Concluiu esta longa entrevista com o seguinte comentário, "uma coisa que lhe posso afirmar é que eu acredito que este é o caminho e acredito de verdade, e se nós falharmos é o próprio País que irá falhar".

É verdade que apesar de eu não ser conhecida, a minha experiência na Madeira de onde sou natural, permitiu-me aprender imenso, e só para lhe dizer, na Madeira, conseguimos já na década de oitenta, ter 4.000 idosos a beneficiar de um apoio integrado entre os Centros de Saúde e a Segurança Social, numa população em que 11% tinham mais de 65 anos, num total de 250.000 pessoas o que foi muito bom. E este foi um bom exemplo de implantação de serviços de proximidade. E na base esteve já, uma completa informação daquilo que as pessoas queriam e precisavam, o que consegui saber através dum questionário que lançámos com a ajuda do Instituto Nacional de Estatística e da Fundação Gulbenkian, apenas 10% dos inquiridos referiam querer cuidados institucionais, o que significa que 90% das pessoas preferia ficar em casa e foi isso que conseguimos, organizando os serviços na comunidade.

Sabe que eu acho que as pessoas (todas) apesar das diferenças culturais, de raça, de localização só têm uma ambição, é ser felizes. E essa felicidade de cada um, passa por se sentirem protegidos e dignificados. O SNS e o Sistema de Protecção Social tem que procurar assegurar essa protecção e essa dignidade a todos e a cada um dos cidadãos. Este Rede pretende ser isso mesmo, e embora a prestação e a colaboração possa caber a todos os interessados e que demonstrem ter potencial e capacidade, a tutoria caberá sempre ao Estado, à tutela.

Neste projecto é necessário um "pacto de regime", dado a sua indiscutível necessidade e a sua inadiabilidade. ■