



Plano de Desenvolvimento da RNCCI

2016-2019

Sumário

Introdução	2
Ponto de situação	7
Referencial para uma política de cuidados continuados integrados.....	11
Estatuto do Cuidador	15
Estratégia de intervenção.....	17
Plano de ação.....	20
Bibliografia.....	26

Introdução

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho tendo como desiderato *“a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”*. O objetivo geral definido para esta Rede foi *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”* (artº 4º, nº1). Para esse objetivo contribuem *“a reabilitação, a readaptação e a reintegração social”* e *“a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”* [(artº 5º, nº 1, a) e b)].

É explícito, que a Rede se destina a pessoas que, *independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência*. Todavia, 10 anos após a sua criação, torna-se evidente que a maioria (cerca de 85%) dos seus utentes são idosos e que o registo da utilização da mesma por Crianças e Jovens é constituído por casos pontuais isolados. Interessa por isso dar especial atenção à compreensão do processo de envelhecimento com todos os seus determinantes e também estruturar e alargar a resposta a outros grupos etários e a outras condições como a doença mental grave, e a demência, situações estas de grande diversidade de espectro clínico e de especificidade de respostas.

Importa salientar que em Portugal a percentagem de idosos na população em geral tem tido um crescimento constante tendo evoluído de 9,7% em 1972 para 19,2% em 2012, ou seja, em 40 anos, passou de 837.070 para 2.020.126, o que significa um incremento de cerca de 29.576 idosos por ano.

Consequentemente, todos os indicadores de envelhecimento são reflexo disso. O Índice de Envelhecimento¹ evoluiu de 34,0 em 1970 para 127,8 em 2012. Tal significa que existem cerca

¹ **Índice de Envelhecimento** - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos) (metainformação – INE)

de 128 idosos por cada 100 jovens. Por sua vez o Índice de Dependência de Idosos¹ evoluiu de 15,6 em 1970 para 28,8 em 2012. Conseqüentemente, o Índice de Sustentabilidade Potencial² é atualmente de 3,4, ou seja, existem 3,4 pessoas em idade ativa por cada idoso. Atingem-se valores mínimos na região Alentejo com 2,6 e na Região Centro com 2,8. Também o Índice de Dependência Total³ tem manifestado uma tendência de crescimento à custa do incremento no número de idosos.

Para um panorama mais completo do envelhecimento em Portugal devemos considerar diversos outros elementos relevantes. Assim, é consensual entre a comunidade científica que, apesar de envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, existe uma considerável prevalência de doenças crónicas nos idosos (INE, 2012), sendo frequente a comorbilidade a qual, na maioria dos países da OCDE, representa mais de 50% da carga de doenças (OECD, 2011). Sabemos, porém, que apesar disso a variável que se assume como central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado.

Esta perspetiva permite-nos compreender que, em função dos diversos fatores pessoais e contextuais, podemos criar condições para diminuir consideravelmente o tempo com dependência ou incapacidade, aumentando assim a funcionalidade. Para isso serão cruciais as múltiplas recomendações dos organismos internacionais, nomeadamente as associadas ao envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2005), bem como à saúde em todas as políticas (Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006) e conseqüentemente aos determinantes sociais da saúde (WHO, 2012).

Como anteriormente referido a RNCCI destina-se a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente, da idade. Neste sentido, é igualmente importante contemplar os cuidados à população em idade pediátrica, designadamente os cuidados paliativos, e às pessoas com doença mental grave, sejam adultos, crianças ou adolescentes.

¹ **Índice de Dependência de Idosos** - Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos) (metainformação – INE)

² **Índice de sustentabilidade potencial** - Relação existente entre a população em idade ativa (população com 15-64 anos) e a população idosa (população com 65 ou mais anos)

³ **Índice de Dependência Total** - Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos) (metainformação – INE)

Em relação à pessoa com doença mental grave, existe desde 2010 uma orientação específica, traduzida no Decreto-Lei nº 8/201 de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de fevereiro, para o desenvolvimento de respostas reabilitativas que atendam a situações de dependência e incapacidade psicossocial provocadas por essas situações clínicas.

A prevalência anual das perturbações mentais comuns em Portugal é muito elevada (22,9%), perspetivando-se que a dimensão das perturbações mais graves ronde os 4% (DGS, 2014), situações de onde resultam a maior parte das condições de incapacidade psicossocial moderada e grave. O peso da incapacidade medido em DALYs (anos de vida ajustados à incapacidade) e em YLDs (anos vividos com incapacidade), de acordo com as estimativas para 2010 (sem grande variação nas estimativas para 2013) do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2016), foram respetivamente de 11,75%, o segundo maior valor entre os 9 Programas Nacionais de Saúde Prioritários, e de 20,55%, um valor muito superior ao de qualquer outro dos Programas Prioritários. Acresce a estes dados o elevado número de pessoas com internamento superior a 365 dias (cerca de 3500 no setor social). É, pois, este o panorama que impõe o desenvolvimento dos Cuidados Continuados Integrados para a Saúde Mental.

Tal como assinala o Plano Global da Saúde Mental 2013-2020 da OMS (World Health Organization, 2013), os problemas de saúde mental são responsáveis por uma alta taxa de incapacidade, para a qual contribuem múltiplos fatores individuais, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais. Deste modo a resposta deve ser multissetorial, estar localizada na comunidade e estimular a participação dos utentes e seus familiares.

O desenvolvimento de unidades e equipas de reabilitação psicossocial que assegurem um suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade que procurem a adaptação das respostas a problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, é facilitador da sua inclusão e caracteriza a resposta dos cuidados continuados integrados para a saúde mental, cumprindo simultaneamente um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, bem como do prolongamento do mesmo para o período de 2016-2020.

Em paralelo com a situação descrita para a Saúde Mental, os Cuidados Continuados Integrados à população pediátrica são igualmente uma necessidade na visão da reforma atual. Tal ocorre na sequência de um conjunto de referências legislativas explícitas, que remontam a 2011, nas quais se previa a necessidade de criação de equipas de cuidados paliativos em todas as

hospitais de referência [2º Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2011-2013); Lei de bases dos cuidados paliativos (DL 52/2012); Despacho 10429/2014].

Apesar disso a OMS, em 2014, identificou Portugal como o país menos desenvolvido da Europa ocidental na prestação de cuidados paliativos pediátricos às crianças e adolescentes, em particular as portadoras de doenças crónicas complexas (DCC), limitantes da qualidade e/ou da esperança de vida. Na sequência desta referência da OMS e da recomendação emitida na assembleia geral, no mesmo ano, aos países membros para que reforcem o papel dos cuidados paliativos na prestação global de cuidados de saúde ao longo da vida, foram emitidas deliberações na dependência direta do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (SEAS), através dos despachos 8286-A/2014 (adenda ao despacho 8956/2014), e 11420/2014, visando a criação de Grupos de Trabalho de cuidados paliativos e continuados pediátricos. Do trabalho desenvolvido resultaram a Portaria 343/2015 e um Despacho do SEAS em que é preconizada a criação, no imediato, de equipas de paliativos pediátricos em 5 grandes Hospitais com serviços de pediatria, em Lisboa (Hospital de D. Estefânia e Hospital de Santa Maria), Porto (Centro Hospitalar Porto e Centro Hospitalar de S. João) e Coimbra (Hospital Pediátrico).

Em Portugal não é conhecida a prevalência exata de crianças e jovens com doenças crónicas complexas requerendo Cuidados Continuados e Paliativos. Podemos, no entanto, fazer uma estimativa utilizando os resultados do mais recente estudo realizado em Inglaterra, que coloca a prevalência das doenças limitantes de vida em 32 por 10.000 indivíduos dos 0 aos 19 anos (Fraser 2012). Atendendo a que, segundo dados do INE, em Portugal existiam em 2013 cerca de 1.850.000 indivíduos com menos de 18 anos (idade pediátrica de admissão nos Hospitais do SNS definida pelo Despacho nº 9871/2010), podemos estimar que existam em todo o território nacional cerca de 6.000 crianças e jovens com necessidades deste tipo de cuidados. É importante realçar que as necessidades paliativas em Pediatria podem iniciar-se ainda antes do nascimento, impondo um acompanhamento especializado da família prestado em articulação entre a Obstetrícia e a Neonatologia. No outro extremo, a atual sobrevivência até à idade adulta de muitas crianças com patologias pediátricas raras exige a implementação de programas de transição para cuidados de saúde de adultos, incluindo Cuidados Paliativos. Ao mesmo tempo que se planeiam serviços, redes ou respostas, deve existir uma preocupação com a formação e treino dos profissionais, único garante de cuidados de qualidade mesmo quando os recursos físicos não são os ideais. Esta formação não pode restringir-se aos aspetos médicos (controlo de sintomas), devendo abarcar igualmente as áreas da ética, comunicação e apoio no luto.

Nesta população os cuidados destinam-se ao binómio criança–família. O impacto e as necessidades de uma doença crónica complexa excedem em muito o “simples” controlo de sintomas – são cuidados afetivos, emocionais, sociais, económicos, numa perspetiva “holística” de suporte ao doente e à sua família. Além do apoio especializado à criança e aos pais, é preciso intervir junto dos irmãos. Todas as respostas a encontrar envolverão necessariamente as estruturas hospitalares de diferentes níveis e os Cuidados Primários de Saúde pressupondo uma forte ligação e articulação entre si e da Saúde com o sector Social, a Educação e as instituições da Comunidade.

Importa atualmente, neste contexto, proceder à avaliação do ponto de situação atual e promover o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados e paliativos destinada ao recém-nascido, ao lactente, à criança e ao jovem com doença crónica e suas famílias, que respeite a especificidade de cada doente, a diversidade e complexidade clínicas deste grupo etário, os direitos de universalidade e equidade de acesso a respostas, como decorre do programa de Saúde do XXI Governo Constitucional.

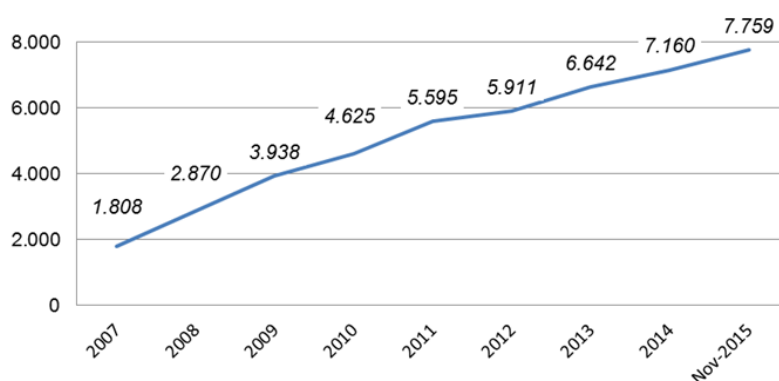
Também os cuidados paliativos carecem de coordenação integrada que promova o seu desenvolvimento. De facto e apesar dos avanços conseguidos até ao presente, de entre os quais se destacam como marcos relevantes, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Saúde, n.d.), a Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional dos Cuidados Paliativos (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010) e a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (AR, 2012), constata-se uma considerável carência de respostas em quase todo o país.

É neste contexto que, 10 anos após a criação da RNCCI e tendo sido previsto o seu pleno desenvolvimento para o ano de 2016, interessa fazer um ponto de situação e uma reavaliação com o objetivo de se promover a sua *“expansão e melhoria integrando-a com outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência, e retomar assim o investimento nesta rede que representa uma reforma fundamental do Serviço Nacional de Saúde”* (Despacho de nomeação nº 201 de 2016), assim como do sistema de solidariedade e segurança social. A expansão e melhoria serão feitas na observância dos princípios da proteção do direito a cuidados de saúde e de apoio social, da universalidade do acesso e da centralidade da pessoa no processo de cuidados, que aliás estão vertidos no programa do atual governo

Ponto de situação

De acordo com os dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) relativos a novembro de 2015, “a Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)” apresenta um crescimento traduzido no aumento sustentado do número de camas nas diferentes tipologias de cuidados.

No final de 2008, a RNCCI tinha 2.870 camas e, em dezembro de 2015, o número ascende já a 7.759 camas, registando um crescimento na ordem dos 170 por cento.



O n.º de camas existentes por tipologia e região em Novembro de 2015 é apresentado na tabela seguinte:

TIPOLOGIAS	Nº CAMAS					TOTAL
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	
Convalescença	157	236	167	135	69	764
Média Duração e Reabilitação	619	719	673	186	109	2.306
Longa Duração e Manutenção	1.360	1.247	1.041	425	338	4.411
Paliativos	41	69	139	19	10	278
TOTAL	2.177	2.271	2.020	765	526	7.759

No que concerne ao número de lugares em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o panorama é o que se apresenta na tabela seguinte. De realçar que o número de lugares se aproxima do número de camas. De salientar por outro lado que de 2014 para 2015 houve redução do número de lugares em algumas ARS.

Lugares de ECCI			
	2014	2015	Varição
Norte	1690	1673	-1,0%
Centro	1101	1064	-3,4%
LVT	2076	2076	0,0%
Alentejo	549	549	0,0%
Algarve	1350	1350	0,0%
TOTAL	6766	6712	-0,8%

Na tabela seguinte apresenta-se o movimento assistencial acumulado a Outubro de 2015.

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Nº de utentes sinalizados	33.346	11.695	14.671	4.093	2.825	66.630
Nº de utentes referenciados	10.518	7.624	10.138	3.006	2.362	33.648
Nº de utentes admitidos	5.847	5.909	5.063	2.044	1.674	20.537
Nº de Altas	5.670	5.825	4.732	2.051	1.645	19.923
Nº de episódios cancelados	16.597	4.637	2.917	1.313	302	25.766

(Nota: não considerando ECCI)

O detalhe dos utentes que aguardam vaga a Outubro é apresentado na tabela seguinte.

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Convalescença	55	52	57	28	4	196
Média Duração e Reabilitação	94	78	75	60	10	317
Longa Duração e Manutenção	251	137	313	145	22	868
Paliativos	20	8	118	6	1	153
Total	420	275	563	239	37	1.534

Cuidados continuados integrados de saúde mental

Através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, procedeu-se à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, integrando-se na RNCCI o conjunto de unidades e equipas de **cuidados continuados integrados de saúde mental** criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.

Em relação às unidades e equipas de saúde mental no âmbito da RNCCI foram autorizadas as constantes do anexo III ao Despacho n.º 8320-B/2015, de 29 de julho, perfazendo um total de 312 lugares. Porém não entraram em funcionamento.

Cuidados continuados integrados pediátricos

Através da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, foram definidas as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricas, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da RNCCI. Neste âmbito e para dar início à implementação de respostas na área pediátrica, importa ainda aprovar a tabela de preços, assim como analisar e, eventualmente, rever a Portaria, pois, particularmente a resposta Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA) podem beneficiar de um maior aprofundamento.

Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)

A RNCP foi criada pela Lei n.º 52 de 2012, de 5 de setembro, e através da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, foram reguladas a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais, bem como as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

Importa ainda designar, através de despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, os elementos que devem integrar a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) que funcionará enquanto órgão da ACSS, I.P. Importa, também, definir para os cuidados paliativos, nos termos da legislação específica, os tempos máximos de resposta garantidos, de forma compatível com a natureza e fase evolutiva da doença (cfr. n.º 5 da Base XX da LBCP). Há ainda que regulamentar as regras de financiamento de cada serviço (cfr. n.º 2 da Base XXX da LBCP).

Em 2014 iniciou-se a reflexão para a criação de respostas de cuidados paliativos da área pediátrica, através da apresentação de relatório de grupo de trabalho criado para o efeito o qual não contou com a participação de qualquer elemento da ACSS”.

Em suma, a RNCCI mantém um crescimento continuado, apesar do abrandamento dos anos mais recentes, sendo este caracterizado por diversas assimetrias. De entre estas, destacamos as assimetrias regionais, merecendo especial realce a carência de camas/lugares nos grandes centros urbanos; as assimetrias por tipologias com claro predomínio para o aumento das Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), que, ainda assim, fica aquém das

necessidades e algum abrandamento no aumento das Unidades de Convalescença, mas, também, com uma progressão lenta e regionalmente desigual das Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

Destacamos, por outro lado, uma assimetria na tipologia de respostas com claro predomínio das respostas em regime de internamento em detrimento das respostas domiciliadas.

Referência especial para a ausência de resposta para as áreas da Saúde Mental e da Pediatria, bem como para outras áreas que requerem uma intervenção mais específica, como a demência.

Por fim, uma referência para o papel fundamental que os cuidadores informais/familiares têm tido apesar de uma total ausência de enquadramento.

Referencial para uma política de cuidados continuados integrados

Face ao exposto, propõe-se a promoção da expansão da RNCCI com melhoria e aumento de capacidade das respostas existentes, mas também com desenvolvimento e diversificação de novas respostas, tendo em consideração uma melhor compreensão do fenómeno do envelhecimento e dependência e das necessidades que lhe estão associadas.

Propõe-se que a expansão e melhoria da RNCCI seja feita tendo como referência a mais recente evidência relativa a este nível de cuidados, bem assim como os consensos definidos pela OMS (WHO, 2003), de entre os quais destacamos:

Valores pessoais e públicos – Reconhecer a diversidade de necessidades e formas de expressão das mesmas e responder com cuidados culturalmente sensíveis e de elevado padrão de qualidade independentemente de os prestadores serem públicos, privados ou do terceiro setor;

Papéis e responsabilidades de todos os setores – Reconhecer que tal desafio requer a colaboração de todos os setores, todavia, requer também uma criteriosa clarificação de papéis;

Incremento da literacia – Reconhecer a importância do incremento da literacia da sociedade em geral, mas dos prestadores de cuidados em particular relativamente ao envelhecimento e suas múltiplas dimensões. Na sociedade em geral precisamos desenvolver intervenções que combatam e contrariem o “*cisma grisalho*” e o “*idadismo*”. Nos profissionais de saúde e de apoio social é necessário ir além disso, promovendo o desenvolvimento de competências específicas no cuidado às pessoas idosas;

Papéis, responsabilidades e direitos dos cuidadores -As políticas públicas devem ser concebidas para avaliar o perfil e a necessidade de cuidadores; definir as suas funções, responsabilidades e direitos; e para responder aos desafios que se apresentam, tanto no que se refere aos cuidadores formais (profissionais) como aos informais (família, voluntários, vizinhos ou outros).O futuro dos sistemas de cuidados vai exigir novos modelos e/ou a reforma dos sistemas existentes, com particular atenção à necessidade de integrar os sistemas formais e informais e prever um apoio estruturado aos cuidadores informais;

Existência de infraestruturas que permitam a prestação de cuidados continuados integrados – Reconhecer a necessidade de desenvolver infraestruturas de natureza diversa que garantam resposta adequada às necessidades de cuidados da população, garantindo integração e a continuidade;

Garantir o financiamento da Rede – Aprofundar o desenvolvimento de um sistema de financiamento da RNCCI que garanta o seu financiamento sustentável a longo prazo, tendo em conta as projeções demográficas;

Tecnologia atual e futura – Otimizar o uso da atual tecnologia e incorporar sistematicamente os novos avanços tecnológicos, nomeadamente das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como forma de garantir a qualidade dos cuidados e a redução dos custos;

Investigação, recolha de dados e análise estratégica – Definir uma estratégia de investigação sistemática que permita uma análise dos dados que o sistema vai produzindo para, com base na mesma, se projetarem as reformas da Rede.

Considerando que uma das assimetrias atrás referida tem a ver com uma predominância de respostas de internamento, optar-se-á por um reforço das diversas respostas comunitárias, tendo como referência, entre outros, o “*Position Paper of the European Forum for Primary Care*” (Iliffe, Boeckxstaens, & De Graaf, 2011). Adicionalmente, a evidência demonstra que os mesmos já são e poderão vir a ser ainda mais custo-efetivos (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012).

Neste contexto, preconizamos:

Cuidados facilmente acessíveis, na comunidade, sem barreiras geográficas (e.g., distância) ou financeiras. Preconiza-se, portanto, que a comunidade seja o contexto privilegiado dos cuidados ao doente. Tal pressupõe que se considera a casa de cada pessoa, como o seu contexto de vida e a sua família como o contexto sociofamiliar de referência, sendo aí que cada um deve preferencialmente permanecer. Isto transforma a casa de cada pessoa como o centro dos cuidados. Por outro lado, e porque de acordo com diversos estudos, os familiares são por norma os principais cuidadores informais, preconiza-se que estes sejam considerados no processo de cuidados simultaneamente como utentes e como parceiros. Como utentes, na medida em que eles próprios carecem frequentemente de cuidados, quer porque são de idade próxima da pessoa que cuidam, quer porque a exigência do processo de cuidados tem impacto na sua própria saúde. Como parceiros, porque, sendo esses familiares cuidadores, precisam ser capacitados enquanto tal, tornando assim mais efetiva a sua intervenção, devolvendo-lhes feedback como forma de aumentar a sua autorrealização no processo de cuidado.

Cuidados centrados na pessoa ao invés de centrados na doença ou no órgão. Isto implica uma visão e uma abordagem integrada e personalizada dos cuidados e, conseqüentemente, atenção ao nível de funcionalidade (deficiências, incapacidade e fatores contextuais) das pessoas e à continuidade dos cuidados. Esta continuidade pode ser garantida através da **trajetória de**

cuidados¹ como elemento integrador de todos os cuidados independentemente do contexto em que a pessoa esteja.

Entendemos, ainda, que a personalização dos cuidados, bem como a utilização efetiva dos recursos disponíveis beneficiariam com a criação do **gestor de doente** que assumisse a coordenação do processo de cuidados e que servisse de suporte ao doente nas decisões a tomar na gestão do seu processo de saúde-doença.

A centralidade dos cuidados no utente coloca, ainda, uma outra exigência: a interoperabilidade dos sistemas de informação. Será difícil concretizar “a trajetória de cuidados” enquanto princípio organizador se não existir a possibilidade de o mesmo se concretizar num sistema de informação ou de um conjunto de sistemas interoperáveis.

Uma outra dimensão muito valorizada pelos utentes é a continuidade da relação e a possibilidade do contacto face-a-face, de forma flexível. Nada substitui naturalmente esse contacto, todavia há que explorar as novas possibilidades proporcionadas pelas TICs. Estamos conscientes que estas abrem novas e imensas possibilidades ainda pouco exploradas e algumas das quais precisam ser testadas dadas as fronteiras que, entretanto, derrubam e os problemas que podem acarretar.

Abordagem integrada (numa lógica de “*comprehensive care*”) e *de qualidade*, o que implica cuidados baseados na evidência e ao mesmo tempo numa avaliação diagnóstica compreensiva. Ou seja, uma avaliação multidimensional efetuada por diferentes profissionais que permita compreender as diferentes dimensões e implicações da situação de doença da pessoa.

Abordagem integrada e de qualidade, o que implica cuidados baseados na evidência e, ao mesmo tempo, numa avaliação diagnóstica integrada. Ou seja, uma avaliação multidimensional e multiprofissional, que permita compreender as diferentes dimensões e implicações da situação de saúde/doença da pessoa.

A abordagem e os cuidados integrados devem ainda incluir a articulação e a colaboração de serviços especializados, sempre que se justifique. Esta colaboração pode assumir diversos formatos que vão desde a referência privilegiada para os serviços especializados, à consultadoria aos profissionais.

¹ O curso da doença ao longo do tempo, mais as ações tomadas pelos doentes, familiares e profissionais de saúde para gerir ou moldar esse curso (Corbin & Strauss, 1991) (Corbin, 1998)

Cuidados que assumem a responsabilidade pela saúde das pessoas na comunidade, o que implica a atenção aos determinantes de saúde-doença e sociais, e uma forte interação com a saúde pública e com os serviços sociais.

Cuidados que assumem as pessoas como decisores e parceiros ativos na gestão da sua própria saúde. Esta constitui-se como uma das dimensões mais diferenciadoras e mais difíceis de concretizar. Todavia, constitui-se, também, como uma mudança paradigmática tradutora inequívoca de cuidados de qualidade e da promoção do respeito e da autonomia das pessoas.

O Estatuto do Cuidador

O desafio demográfico e epidemiológico com que as sociedades modernas estão confrontadas exige respostas inovadoras e/ou que reconfigurem papéis tradicionais. Assim e apesar de não se poder associar envelhecimento a doença, ocorre uma gradual perda de funcionalidade e consequentemente, uma instalação de progressivos níveis de dependência em diversas áreas. Tais situações podem e frequentemente estão associadas a doenças crónicas.

Nesta condição as pessoas idosas, mas também as crianças/jovens e adultos com doença crónica, carecem de cuidados em continuidade. Esses cuidados são assegurados em grande parte pelos diversos níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde. Todavia há uma parte remanescente que são assegurados pela respetiva rede de familiares e amigos. De acordo com Doty (Doty, 2010) duas em cada três (66%) pessoas idosas com dependência que recebem cuidados de longa duração em casa esses cuidados são exclusivamente prestados pelo seu cuidador familiar, em sua maioria mulheres e filhas.

Com base neste, bem como em diversos outros estudos, fica claro que o que sempre foi considerado um papel familiar precisa agora ser reequacionado não só pela reconfiguração dos padrões familiares, mas também pelo peso que na atual sociedade tal papel acarreta, normalmente com repercussões consideráveis para a saúde dos cuidadores.

Por esse conjunto de razões, diversos organismos internacionais [e.g., Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU), Comissão Europeia (CE), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)] têm vindo a expressar as suas preocupações com o acompanhamento e monitorização dos cuidadores familiares. Estas e outras organizações têm incentivado a adoção de um conjunto de medidas que, de forma integrada, contribuam para incrementar de forma sustentada a capacidade de cuidar dos cuidadores informais sem porem em causa a sua saúde.

Observamos apoios estruturados em alguns países, nomeadamente: o subsídio ao cuidador; a comparticipação à pessoa com necessidades de cuidados; benefícios fiscais; outros benefícios adicionais; licença remunerada; licença sem vencimento; acordos de trabalho flexíveis; formação e educação gratuitos; descanso do cuidador; e aconselhamento.

Em Portugal de acordo com o artigo 252 do Código do Trabalho, "o trabalhador tem direito a faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a cônjuge ou pessoa que viva em união de facto ou economia comum com o trabalhador, parente ou afim na linha reta ascendente ou no 2.º grau da linha

colateral. Ao período de ausência previsto no número anterior acrescem 15 dias por ano, no caso de prestação de assistência inadiável e imprescindível a pessoa com deficiência ou doença crónica, que seja cônjuge ou viva em união de facto com o trabalhador. No caso de assistência a parente ou afim na linha reta ascendente, não é exigível a pertença ao mesmo agregado familiar." Para além deste apoio explícito nada mais é formalmente reconhecido relativamente aos cuidadores informais e familiares

É neste contexto e tendo como referência o programa de Governo, que nos propomos desenvolver o Estatuto do Cuidador Informal cujos objetivos genéricos são:

- Melhorar papel e qualidade de vida dos cuidadores informais e familiares;
- Ajudar os cuidadores combinar responsabilidades familiares com o trabalho remunerado;
- Melhorar o bem-estar físico e mental dos cuidadores informais e familiares;
- Compensar e reconhecer os cuidadores informais e familiares.

Estratégia de intervenção

A estratégia de intervenção terá em consideração a evidência científica e concetual, as recomendações dos organismos internacionais, bem como o Programa do XXI Governo Constitucional.

Do ponto de vista concetual e para além do já referido, acrescentar que existe consenso na definição de cuidados de longa duração (*Long Term Care*) e, como tal, assumimos que os mesmos são constituídos por um sistema de atividades realizadas por cuidadores informais (família, amigos, e/ou vizinhos) e/ou profissionais (saúde, social, e outros) para garantir que uma pessoa que não é totalmente capaz de se auto-cuidar possa manter a melhor qualidade possível de vida, de acordo com suas preferências individuais, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana (WHO, 2000) (Kane, Robert L., Priester, Reinhard, and Totten, 2005). Interessa por isso equacionar uma resposta plural para desse modo se poder responder melhor às necessidades das pessoas.

Relativamente às recomendações dos organismos internacionais referimos apenas as emanadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), pela Comissão Europeia (Town et al., 2014) e pela OCDE (OECD, 2011). Todas estas entidades põem a tónica na transição demográfica e epidemiológica que acentuam o peso da doença crónica e da comorbilidade e perda da funcionalidade associadas à conjugação de todos esses elementos. Em consequência, recomendam a adoção de uma política de cuidados de longa duração, os quais, em Portugal, assumiram a designação de Cuidados Continuados Integrados.

Face ao exposto importa definir a missão, a visão, os objetivos, assumir uma estratégia, estabelecer prioridades e reunir os meios necessários para os alcançar.

Missão:

A expansão da capacidade de resposta da Rede, privilegiando a domiciliação e as respostas comunitárias e dando prioridade às regiões e às respostas mais carenciadas.

Visão:

Uma RNCCI baseada numa abordagem integrada com respostas múltiplas, equitativa e acessível como garante de continuidade de cuidados, promotora de ganhos funcionais e manutenção do bem-estar com qualidade e efetividade.

Objetivos:

Relativamente aos objetivos, bem como aos princípios, reiteramos os enunciados no diploma legal que instituiu a Rede (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho), ou seja:

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

Coordenação:

A direção estratégica será assumida por uma Comissão de Coordenação Nacional, a qual terá como lema o serviço público e o bem comum, como instrumento essencial o diálogo

permanente e o respeito por todos os atores envolvidos e como orientação o apoio a estratégias locais que respeitem os princípios e a lei que enquadram a Rede e os seus diversos desenvolvimentos.

A Comissão de Coordenação Nacional contará com a colaboração de uma equipa de apoio técnico, de cariz multidisciplinar, garantido assim representatividade e articulação dos organismos dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde como a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., do Instituto da Segurança Social, I.P., da Direção Geral da Segurança Social e do Gabinete de Estudos e Planeamento, sem prejuízo da articulação com a Direção-Geral da Saúde, as Administrações Regionais de Saúde, I.P., os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. e o Instituto de Informática, I.P., entre outros.

Com base nestes consensos, e tendo em conta o atual estado de desenvolvimento da RNCCI, propomos uma estratégia de desenvolvimento no respeito pelo Eixo VI do Programa do Governo relativo às áreas da Saúde e Segurança Social (Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados Integrados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência) e respetivos vetores:

1. Reforço do modelo de abordagem integrada previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho;
2. Reforço dos cuidados continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório;
3. Reforço da capacidade de resposta da RNCCI através do aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados, em todas as suas tipologias, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos;
4. Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes;
5. Reforço da investigação e integração de TIC(s) com vista ao desenvolvimento de Ambientes de Vida Assistida (AVA).
6. Incremento da formação e da Governação Integrada de Saúde e Apoio Social ou Governação Integrada.

Plano de ação

Vetores	Objetivos	Ações	Cronograma	Indicadores
Reforço do modelo de abordagem integrada previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho;	Garantir que as Unidades/Equipas estão organizadas e prestam cuidados, em conformidade, com o contratualizado	Garantir que as ECR e ECL monitorizam e acompanham as Unidades e Equipas na implementação dos procedimentos, orientações e outros inerentes à abordagem integrada	2016-2019	Relatórios de monitorização e recomendações produzidas
		Reforçar e promover a elaboração e revisão dos PII, de forma sistematizada e integrada	2016-2019	Orientações produzidas e relatórios de avaliação de amostra aleatória
		Produzir orientações e introduzir procedimentos de uniformização para o planeamento de altas da RNCCI	2016-2019	Orientações e procedimentos divulgados
		Estudar e elaborar, de forma integrada e articulada com outras entidades/serviços/parceiros, documento de suporte e referência, relativo a procedimentos para garantir a representação legal das pessoas referenciadas e/ou integradas na RNCCI em situação de incapacidade de decisão	2017	Proposta apresentada e orientações divulgadas
		Elaborar um Manual de Gestão de Reclamações	2018	Manual elaborado
	Corrigir, melhorar e qualificar a intervenção dos vários atores da RNCCI	Avaliar procedimentos chave, incluindo sistema de registos no aplicativo e propor medidas correctivas e/ou alterações	2016-2019	Desenvolver indicadores de avaliação Elaboração de relatório de avaliação e recomendações
		Reforçar a divulgação de informação sobre a RNCCI e circuitos de sinalização e referenciação	2016-2019	Proposta de divulgação através de folhetos; Reuniões realizadas com serviços sinalizadores
		Reforçar a articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da RNCCI e uniformizar procedimentos	2016-2019	Elaboração de orientações técnicas nacionais
		Rever e propor alterações às grelhas de acompanhamento das Unidades	2017	Grelhas reformuladas

Vetores	Objetivos	Ações	Cronograma	Indicadores
Reforço dos cuidados continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório	Corrigir os problemas detetados e utilizar integralmente os recursos disponíveis;	Otimizar e propor alterações aos processos de sinalização e de referência (paliativos incluídos) que, entre outros, garantam maior equidade e sejam mais simples;	2016	Proposta consensualizada, adequada ao Simplex e entregue
		Analisar funcionamento das ECCL e propor dotação de recursos humanos, em conformidade com o modelo preconizado, bem como possíveis reconfigurações tendo em vista as novas atribuições;	2016	Proposta consensualizada e entregue
		Uniformizar os instrumentos de avaliação da funcionalidade utilizados, e consensualização de outros instrumentos.	2016 - 2017	CIF/TNF(s) em uso em toda a Rede e interoperável com restantes linguagens
	Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias;	Incrementar a taxa de ocupação de lugares das ECCL;	2016 - 2019	Taxas de ocupação > que 80%
		Rever as competências das ECCL e a articulação funcional com as unidades funcionais dos CSP	2016	Manual consensualizado e entregue
		Criar grelhas de acompanhamento das ECCL	2017-2019	Índices de aplicação das grelhas
		Criar manual de boas práticas para as ECCL	2016	Manual consensualizado e entregue
		Incrementar o número de ECCL, assegurando os tempos de afectação, os ratios e a multidisciplinidade dos recursos humanos suficientes e adequados. Aumentar o número de lugares;	2018	Metade das necessidades de UC e 2/3 das restantes tipologias através de ECCL, num total de 136 equipas e 3406 lugares (média de 25 lugares/ECCL)
		Incrementar a articulação entre as ECCL e os Serviços de Apoio Domiciliário que prestam cuidados de apoio social e analisar eventual proposta para implementar, ainda que a título experimental, uma resposta de Apoio Domiciliário Integrado.	2016-2019	Instrumentos e/ou procedimentos identificados para a articulação. Proposta de funcionamento apresentada e implementação de experiência(s) piloto
		<u>Incrementar as UDPA, implementando experiências pilotos, preferencialmente em várias áreas de diferenciação e em zonas urbanas)</u>	2017-2019	Nº de UDPA implementadas e avaliação de indicadores chave

Vetores	Objetivos	Ações	Cronograma	Indicadores	
Reforço da capacidade de resposta da RNCCI através do aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados em todas as suas tipologias, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos	Priorizar o aumento de vagas/lugares nas áreas geográficas de mais deficitárias.	Incrementar o número de camas e de lugares na região LVT	2018	Incremento no número de camas; Incremento \geq a 50% no número de lugares	
		Assinar protocolo entre MS, MTSSS e SCML para a área dos CCI	2016	Protocolo assinado	
		Publicar os instrumentos legislativos necessários	2016 - 2019	Instrumentos publicados	
			Criar os instrumentos de monitorização das experiências piloto	2016	Instrumentos apresentados
	Priorizar as respostas de CCI em Saúde Mental, Pediatria e Cuidados Paliativos	Avaliar os acordos existentes ao abrigo do Despacho Conjunto 407/98, de 18 de junho e reconversão dos que reunirem condições.	2016-2018	Avaliação e propostas feitas.	
		Início das experiências piloto	2016	Pelo menos 30 experiências piloto de Saúde Mental a funcionar; Pelo menos 10 experiências piloto de Pediatria a funcionar;	
		Alteração legislativa que integra os cuidados paliativos como resposta da RNCCI (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro; Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro; Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro)	2017	Legislação alterada	
		Incremento da resposta de C. Paliativos	2018	1 equipa de CIHSCP em cada hospital Todas as ECCI com competências em cuidados paliativos Aumento do n.º de ECSCP	

Vetores	Objetivos	Ações	Cronograma	Indicadores
Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes	Contribuir para a criação do estatuto do cuidador informal	Estudar e elaborar, de forma integrada e articulada com outras entidades/serviços/parceiros extra RNCCI, documento de suporte e referência, com proposta de medidas	2017-2019	Apresentação de proposta do Estatuto do Cuidador informal
	Desenvolver a participação dos cuidadores familiares por forma a aferir as suas necessidades	Desenvolvimento de ações promotoras de auscultação dos cuidadores familiares.	2017-2019	Realização de Fóruns Realização de Reuniões
	Reforçar a informação e divulgação da RNCCI, juntos dos potenciais utentes e dos cuidadores	Elaborar produtos de divulgação e informação	2016-2019	% Produtos elaborados
		Comunicação e Divulgação pública de resultados	2017-2019	Proposta de elaboração de notas de imprensa periódicas (semestrais, anuais); Integração das respostas existentes na Carta Social
Reforço da investigação e integração de TIC com vista ao desenvolvimento	Incrementar a ligação à academia e às empresas com vista ao desenvolvimento	Propor protocolos com Universidades, politécnicos e centros de investigação	2016-2019	Protocolos assinados com algumas universidades e politécnicos
		Promover candidaturas conjuntas a financiamentos concorrenciais	2017 - 2019	Candidaturas conjuntas do MS e/ou suas estruturas com Universidades e Politécnicos

o de projetos inovadores que permitam a integração de TIC e a criação de Ambientes de Vida Assistida	Criar experiências piloto de Ambientes de Vida Assistida	2017 - 2019	Experiências piloto de Ambiente de Vida Assistida no Alentejo
--	--	-------------	---

Vetores	Objetivos	Ações	Cronograma	Indicadores
Incremento da formação e da Governação Integrada de Saúde e Apoio Social ou Governação Integrada	Desenvolvimento de um plano de formação para todos os cuidadores	Diagnosticar as necessidades de formação da RNCCI	2016-2019	Entrega de Relatório
		Desenvolver Eixos Estratégicos para a formação que promova a articulação entre as estruturas da RNCCI e as Instituições de Ensino Superior (IES) e que privilegie formação em contexto;	2016 - 2017	Entrega de Plano
	Desenvolvimento de critérios de qualidade aplicáveis em toda a Rede	Definir indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados, no que se refere a resultados em ganhos em autonomia, e/ou manutenção	2017	Indicadores criados
		Promover ao desenvolvimento de protocolos e procedimentos de prevenção de maus tratos nas Unidades da RNCCI	2017	Definição de indicadores base que devem constar no protocolo
		Continuar a desenvolver normas de procedimentos para os eventos críticos mais comuns: infeção nosocomial, feridas, quedas, incontinência, desidratação, restrição física, entre outros;	2019	N.º de normas desenvolvidas
		Desenvolver critérios de referência social e clinicamente objetivos e eticamente equitativos;	2016-2017	Entrega de proposta

	<p>Desenvolver indicadores de fluxo de publicitação obrigatória:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempo de resposta à referênciação (tempo entre o registo da EGA ou CS e o internamento efetivo do doente); - Tempo que medeia entre a sinalização dos serviços hospitalares ou dos CS e a referênciação (EGA ou ECL); - % de alterações da tipologia proposta pela EGA face aquela em que o doente foi colocado; - % de prorrogações (em nº de doentes e dias de internamento adicionais) por tipologia; - % de reavaliações da referênciação efetuadas; % de serviços com apoio domiciliário durante todos os dias da semana; 	2016-2017	Entrega de proposta
	<p>Desenvolver pack mínimo de indicadores de resultado de publicitação obrigatória em todas as unidades da rede</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incidência de quedas - Incidência de feridas - Prevalência no uso de anti-psicóticos na ausência de sintomas psicóticos; - Complexidade farmacoterapêutica - Incidência de desidratações - Avaliação e controlo da dor - Agudizações - Ganhos de funcionalidade 	2016-2017	Entrega de proposta
Desenvolvimento de um sistema de contratualização justo e equitativo	<p>Desenvolver um sistema de contratualização que considere as necessidades de cuidados (grau de dependência) e promova os ganhos em saúde (ganhos de autonomia)</p>	2016-2017	Sistema implementado em unidades piloto
	Avaliação do modelo de financiamento ao utente nas UMDR e ULDM	2017-2018	Relatório e proposta apresentada

Bibliografia

- AR. Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1ª série — N.º 172 - 5 de Setembro de 2012 (2012). Portugal: Assembleia da República.
- Corbin, J. M. (1998). The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory model: an update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12(1), 33–41.
- Corbin, J. M., & Strauss, a. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5(3), 155–174.
- DGS. (2014). *Saúde Mental em números – 2014*. Lisboa.
- Doty, P. (2010). The Evolving Balance of Formal and Informal, Institutional and non-Institutional Long-Term Care for Older Americans: a Thirty-Year Perspective. . *Public Policy & Aging Report*, 20(1).
- IHME. (2016). Global Burden of Disease (GBD 2010). Retrieved January 1, 2016, from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Iliffe, Boeckxstaens, P., & De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 19, 369–390. Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/1343652/>
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. (I. P. Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa.
- Kane, Robert L., Priester, Reinhard, and Totten, A. M. (2005). *Meeting the Challenge of Chronic Illness*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27*. doi:10.2765/27485
- OECD. (2011). *The latest disease burden challenge: People with multiple chronic conditions. Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*. doi:10.1787/9789264122314-4-en
- Saúde, D. D. A. (n.d.). *Direcção-geral da saúde*.
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies Prospects and potentials*. *Public Health*. doi:10.1177/1403494810379895
- Town, C., Municipality, B., Social Protection Committee, Mancebo, T. V., Facility, E., European

Commission, ... Sipila, J. (2014). *Long-term Care in the European Union*. Access (Vol. 403). doi:10.2767/30206

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013*.

WHO. (2000). *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing. Ageing and Health Programme*.

WHO. (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf

WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: World Health Organization.

WHO. (2012). *Good health adds life to years Global brief for World Health Day 2012*. doi:Who/dCo/Whd/2012.2

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Library Cataloguing-in-Publication Data. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 \n http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf