

PLANO LOCAL DE OEIRAS PARA AS DEMÊNCIAS
2021-2023

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Nota Introdutória | 2 |
| I. Enquadramento | 4 |
| II. Grupo de Trabalho | 6 |
| III. Objetivos do Plano Local | 7 |
| IV. Caracterização da População | 8 |
| V. Recursos de Saúde e Sociais | 9 |
| 1. Saúde Equipamentos, Respostas e Apoios | 9 |
| 2. Intervenção Social Equipamentos, Respostas e Apoios | 16 |
| VI. Diagnóstico de Necessidades | 23 |
| 1. Os direitos das Pessoas com Demência | 23 |
| 2. As necessidades das Pessoas com Demência | 26 |
| 3. Os direitos e deveres dos Cuidadores Informais | 26 |
| 4. As necessidades dos Cuidadores Informais | 28 |
| 5. As necessidades dos Cuidadores Formais | 29 |
| VII. Plano de Ação | 38 |
| Eixo I: Promover e Prevenir | 40 |
| Eixo II: Diagnosticar Atempadamente | 42 |
| Eixo III: Planear e Intervir | 42 |
| Eixo IV: Conhecer e Investigar | 49 |
| VIII. Monitorização e Avaliação | 50 |
| 1. Constituição do Grupo de Trabalho e descrição de funções | 50 |
| 2. Articulação com o Plano Regional de Saúde na área das Demências | 50 |
| Bibliografia | 52 |
| Anexos | 53 |

NOTA INTRODUTÓRIA

Com os anos de vida que acumulo tenho a sorte de beneficiar de um olhar que me permite identificar diferentes retratos da nossa sociedade. Recordo-me que, aos meus olhos, uma pessoa com 50/60 anos era definida como velha. Com o peso da imagem e a certeza de uma esperança de vida menos curta, os idosos eram, na altura da minha infância, uma faixa etária demarcada e facilmente identificável.

Na minha perceção, talvez errónea, era um grupo populacional maioritariamente com poucas qualificações e com um percurso de vida muito similar a uma geração partilhada. Percorro o olhar até aos nossos dias, e encontro uma realidade que se foi alterando quase que de forma imperceptível mas que, hoje, introduz mudanças impactantes. Uma pessoa de 50/60 anos em pouco se distingue de idades mais jovens ou mesmo das idades mais avançadas. Não existe um marco que assinala a passagem da idade adulta para aquela que nos habituámos a designar por 3ª idade e que, atualmente, parece já nem fazer sentido.

Existe, sim, um processo de envelhecimento que nos vai acompanhando e que é marcado, essencialmente, pelas nossas escolhas individuais mas, igualmente, pelo contexto que nos rodeia. Com uma estatística que nos favorece, podemos esperar viver mais tempo e, o que na verdade importa, é que sejam anos em que os direitos de independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade, sejam uma realidade.

Para que as políticas públicas acompanhem a tendência de envelhecimento populacional e minimizem os impactos relativos às despesas com saúde, equipamentos sociais, reformas... importa, assim, garantir que o paradigma preconizado transponha para a prática medidas que tenham presente algumas premissas: a consciência de que o envelhecimento é um processo multidimensional e não um estado demarcado pela idade cronológica; a assunção da diversidade do grupo populacional das pessoas idosas; a importância de promoção de um envelhecimento bem-sucedido que acolhe as potencialidades das pessoas idosas; e o reconhecimento que, no caso de um envelhecimento marcado por vulnerabilidades, importa garantir uma cobertura de respostas especializadas que salvaguardem cuidados personalizados e de qualidade.

E é neste quadro de envelhecimento patológico que se inscreve o presente Plano. Trata-se de um documento que traça um diagnóstico do território de Oeiras, no que concerne à Demência, na perspetiva das pessoas, dos cuidadores familiares, das organizações dos diferentes setores e dos cuidadores profissionais. Mas mais do que um retrato, assume-se como um instrumento de intervenção, abrangendo o período compreendido entre 2021 e 2023, e

esperando que os impactos do investimento sejam um contributo, não só para a salvaguarda da prestação de cuidados especializados e de qualidade, como para a garantia de um quotidiano, em doença, mas com segurança, tranquilidade e felicidade.

Isaltino Morais

I. ENQUADRAMENTO

De acordo com os atuais dados de prevalência publicados pela Alzheimer Europe¹, estima-se existirem cerca de 200.000 pessoas com Demência em Portugal. Em termos percentuais as Pessoas com Demência representarão 3,8% da população em 2050, enquanto que em 2018 representavam 1.9%. Esta publicação também refere que Portugal ultrapassa a tendência europeia com os números quase a duplicar em 2050 (de 193.516 para 346.905).

Um fator determinante para este aumento será o acréscimo significativo do número de pessoas com mais de 70 anos e, em particular, a faixa etária das pessoas com mais de 85 anos, a qual se perspetiva que mais do que duplicará entre 2018 e 2050.

Tendo em conta a crescente relevância das Demências em termos sociais e de saúde pública em Portugal, foi publicada em 2018 a Estratégia da Saúde na Área das Demências *“que define os princípios a que devem obedecer os cuidados a pessoas com demência, os critérios a utilizar na intervenção preventiva, as medidas a adotar relativamente à deteção precoce, as medidas de acesso ao diagnóstico médico bem como ao diagnóstico compreensivo, e o escalonamento das respostas terapêuticas nos três níveis de cuidados de saúde, clarificando -se um percurso de cuidados para as pessoas com demência, assente nos princípios da ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade”*.

A referida Estratégia pretende, assim, promover: *“uma maior colaboração e coordenação intersectorial, o diagnóstico atempado e correto, bem como o acesso a tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, mediante o reforço do papel dos cuidados de saúde primários e da colaboração destes com os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos, e a continuidade dos cuidados na comunidade e o apoio às famílias. Prevendo ainda: “implementar medidas tendentes a desenvolver a consciencialização pública em termos de saúde para o problema das demências, promover a literacia dos cidadãos em geral, a formação dos profissionais de saúde, o acesso a novas tecnologias e a investigação”*.

No âmbito desta ferramenta de política pública, é ainda priorizada a elaboração de Planos Regionais da Saúde para as Demências que: *“por um lado, se ajustem às especificidades de cada Região e das respetivas Redes, garantindo a interligação e inclusão dos vários atores regionais e locais e, por outro, contemplem os eixos fundamentais definidos na referida Estratégia, constituindo, no seu conjunto, um verdadeiro Plano Nacional de Saúde para as Demências”*.

¹ Dementia in Europe Yearbook 2019 - Estimating the prevalence of dementia in Europe <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>

Mais recentemente, foi publicado um relatório² pela Alzheimer Europe que inclui um conjunto de recomendações estruturadas em 4 áreas. Na área da saúde, destaca-se a importância de priorizar a Demência nas políticas para as doenças crónicas, saúde mental e envelhecimento e apoiar a formação dos profissionais para assegurar a melhor qualidade de serviços às Pessoas com Demência. Na área social, destaca-se a importância de reconhecer a Demência como uma deficiência e de a incluir nas respetivas políticas, assim como o reconhecimento do impacto da Demência nos cuidadores informais, com apoios e serviços adequados para garantir a sua saúde e bem-estar.

Em linha com as preocupações europeias e nacionais, o Município de Oeiras previu no Plano de Desenvolvimento Social 2018-2022 (PDS) dar continuidade àquela que tem sido uma das áreas prioritárias neste território que é a de assegurar as melhores condições de vida para a população idosa e/ou em situação de vulnerabilidade social, como é o caso das Pessoas com Demência e seus cuidadores, não esquecendo o apoio à capacitação dos profissionais que no terreno garantem a prestação de cuidados.

Com efeito, a percentagem de pessoas com 65 e mais anos é de 24.2% em relação à população residente total, superior à de Portugal Continental. O Índice de Envelhecimento (número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos) aumentou de 105 em 2001 para 156 em 2018 (Pordata, 2020).

| Local de Residência | Superfície Território (Km²) | População Residente Nº (2018) | Densidade Populacional Nº/Km² (2018) | Índice Envelhecimento (2018) | % população residente com 65 + (2018) |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Portugal Continental | 89 102.14 | 9.786.312 | 109.8 | 157.4 | 22% |
| ARS LVT | 12 248.57 | 3.659.868 (2011) | 297 (2015) | 139 (2015) | 31.4% (2015) |
| Oeiras | 45.88 | 176.218 | 3.830 | 155.8 | 24.2% |

Fontes: INE, Pordata (recolhidos em 18.02.2020)

https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/3007/PE_2017-2019_Homologado.pdf

² Dementia as a European Priority – A policy overview 2020 https://issuu.com/alzheimer-europe/docs/dementia_as_a_european_priority

II. GRUPO DE TRABALHO

| Entidade | Representantes |
|---|---|
| Câmara Municipal de Oeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Vereadora Coesão Social: Dra. Teresa Bacelar • Divisão de Coesão Social: Dra. Ana Almeida, Dra. Carla Carvalhal e Dra. Helena Baptista |
| ACES Oeiras e Lisboa Ocidental | <ul style="list-style-type: none"> • Diretor Executivo: Dr. Rafic Nordin • Presidente do Conselho Clínico e de Saúde (CCS): Dra. Teresa Costa • Vogal do CCS / Unidade de Saúde Pública: Dra. Elsa Soares • Vogal do CCS: Dra. Carla Patrocínio |
| Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) | <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Sérgio Amadeu |
| Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) | <ul style="list-style-type: none"> • Administração: Dra. Rita Peres • Direção Clínica: Dr. José Manuel Correia • Serviço de Neurologia: Dr. Miguel Viana Baptista e Dra. Luísa Alves • Hospital de Dia: Enf.ª Manuela Mateus • Serviço de Psiquiatria: Dr. Luís Sardinha, Dr. Rui Albuquerque e Fátima Urzal • Serviço de Medicina Interna: Dra. Sofia Duque • Serviço de Urgência: Dra. Gabriela Rodrigues e Enf.ª Gabriela Fernandes |
| RNCCI e RNCP – Equipa Coordenação Local | <ul style="list-style-type: none"> • Coordenador: Enf.ª João Nunes |
| Instituto Segurança Social | <ul style="list-style-type: none"> • Chefe do Setor Oeiras/Cascais, Unidade de Desenvolvimento Social – Centro Distrital de Lisboa: Dra. Cecília Dionísio • Unidade de Desenvolvimento Social – Centro Distrital de Lisboa: Dra. Sandra Neves |
| Associação Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Catarina Alvarez • Gabinete Cuidar Melhor: Dra. Isabel Sousa |
| Instituto S. João de Deus | <ul style="list-style-type: none"> • Direção: Dr. Nuno Lopes • Projeto Home 360º: Dra. Ana Lúcia Santos |
| Centro Social e Paroquial S. Romão de Carnaxide | <ul style="list-style-type: none"> • Direção: Pe. Pedro Coutinho • Dra. Joana Figueiredo |
| Santa Casa da Misericórdia de Oeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Provedor: Dr. Luís Bispo • Dra. Joana Pereira |
| AMARA | <ul style="list-style-type: none"> • Vice-presidente executiva: Dra. Susana Dagot |
| LiNQUE | <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Elsa Mourão |

III. OBJETIVOS DO PLANO LOCAL

Objetivos Gerais

- Definir e operacionalizar um percurso de cuidados assente nos princípios da ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade, com vista a assegurar aos munícipes de Oeiras um diagnóstico atempado e o acesso a serviços adequados que promovam a sua manutenção no meio habitual de vida com qualidade e segurança durante o maior tempo possível e, quando necessário, a sua integração em equipamentos com diversos níveis de especialização. Este percurso deve considerar as diversas necessidades ao longo do curso da doença e a criação de respostas e apoios específicos para cuidadores formais e informais, assim como a manutenção/ampliação dos já existentes.
- Consolidar a colaboração e a coordenação entre níveis de cuidados de saúde e entre estes e os apoios e respostas sociais locais.
- Consciencializar a comunidade para o tema das Demências, promovendo a literacia em saúde dos cidadãos.

Objetivos Específicos

1. Sistematizar os recursos sociais e de saúde existentes no concelho com particular enfoque na área do envelhecimento e das demências
2. Diagnosticar Necessidades
3. Elaborar um Plano de Ação com os seguintes Eixos de Intervenção
 - a. Eixo I: Promover e Prevenir
 - i. Informar e Consciencializar a comunidade
 - ii. Capacitar os profissionais na área das demências dos equipamentos/respostas sociais e de saúde
 - b. Eixo II: Diagnosticar Atempadamente
 - c. Eixo III: Planear e Intervir
 - i. Planeamento e Coordenação Integrada de Cuidados
 - ii. Cuidados na Comunidade
 - iii. Cuidados em contexto Institucional
 - iv. Cuidados de Fim de Vida
 - d. Eixo IV: Conhecer e Investigar
4. Monitorizar e Avaliar o Plano de Ação

IV. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O concelho de Oeiras localiza-se na NUTS II – Região de Lisboa e na NUTS III – Área Metropolitana de Lisboa (AML), com uma área total de 45,9 Km². Conforme Diagnóstico Social 2018, Oeiras assume-se como o quarto município mais densamente povoado da AML, com aproximadamente um número médio de 3797,9 hab./Km², tendo registado, no ano de 2016, uma população residente de 174 249 indivíduos, 46,2% dos quais do sexo masculino e 53,8% do sexo feminino.

Os dados referentes a 2018 evidenciam um crescimento populacional, registando-se uma população residente de 176.218 indivíduos.

Os dados permitem-nos ainda verificar uma evolução consentânea com a conjuntura nacional, traduzida numa diminuição de nascimentos e o aumento da longevidade das pessoas.

Atendendo à problemática das demências e sua incidência, com maior expressão, na população idosa, verificamos as seguintes tendências:

- **Aumento da proporção da população idosa no conjunto da população residente.** Com efeito, enquanto, em 2001 a percentagem de população com 65 e mais anos no conjunto da população residente em Oeiras, correspondia a 15%, em 2018, este valor ascende a 24,2% (ultrapassando o valor nacional: 21,7).

| Total | 0-14 | 15-64 | 65 ou mais |
|---------|--------|---------|------------|
| 176.218 | 27.248 | 105.980 | 42.990 |

Fonte: Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa, 2018, INE.

De referir que do total da população com 65 ou mais anos, cerca de 46% tem 75 e mais anos. Ainda a respeito da caracterização da população idosa, destaque para a predominância do sexo feminino (59%).

- **Aumento do Índice de Envelhecimento** (número de idosos por cada 100 jovens). Enquanto que, em 2010, Oeiras registava um índice na ordem dos 121 idosos por cada 100 jovens, em 2018, este dado corresponde a 156 (apenas um valor abaixo da referência nacional). Por outro lado, e se atendermos aos dados da Área Metropolitana de Lisboa, verificamos que Oeiras se assume como o terceiro município mais envelhecido, a seguir ao Barreiro e a Lisboa.

A par do retrato demográfico importa, ainda, aludir a alguns indicadores sociais que evidenciam as condições de vida desta faixa etária.

- De acordo com os dados dos Censos 2011, 32,43% das famílias do concelho (71 584 famílias clássicas) tinham pelo menos uma pessoa idosa como membro do agregado.
- Acrescenta-se que existiam 7 527 pessoas idosas a residirem sozinhas, o que representa 10,52% do total de famílias e 22,83% da população idosa- números expressivos se atendermos ao tema emergente da solidão e/ou do isolamento.
- Não menos importante é o número de famílias em que todos os elementos tinham mais de 65 anos (6 601) o que representa 9,22% do total de famílias clássicas.

| Indivíduos com 65 ou mais anos que vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário | Alojamentos familiares nos quais todos os residentes têm 65 ou mais anos | | |
|--|--|----------------------------------|---|
| | Total | Com 1 pessoa com 65 ou mais anos | Com 2 ou mais pessoas com 65 ou mais anos |
| 20866 | 14128 | 7527 | 6601 |

Fonte: Censos 2011, INE.

- No que se refere às prestações sociais, apresentam-se os dados mais recentes, no que respeita à população com 65 e mais anos:

| Total | Pensões | | |
|--------|-----------|---------|---------------|
| | Invalidez | Velhice | Sobrevivência |
| 43.088 | 1.452 | 32.093 | 9.543 |

Fonte: Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa, 2018, INE.

Atendendo ao valor médio anual das pensões, verificamos que os beneficiários residentes em Oeiras apresentam valores superiores aos restantes municípios da AML. UNIDADE DE MEDIDA

| Portugal | AML | Oeiras |
|----------|-------|--------|
| 5.436 | 7.014 | 8.720 |

Fonte: Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa, 2018, INE.

V. RECURSOS DE SAÚDE E SOCIAIS

1. SAÚDE | EQUIPAMENTOS, RESPOSTAS E APOIOS

1.1 Cuidados de Saúde Primários:

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras dispõe neste município dos seguintes recursos:

- Unidades de Saúde Familiar (USF) (6 Modelos A e 5 Modelos B);
- 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- 2 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC): UCC SAÚDAR em Oeiras, UCC CUIDAR + em Queijas;
- 1 Unidade de Saúde Pública (USP);

- 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que inclui um Núcleo de Psicologia (o acesso à Consulta faz-se por referência interna).

Distribuição dos equipamentos do ACES por freguesia do concelho de Oeiras

| Unidades de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras | Freguesias do Concelho de Oeiras |
|--|---|
| USF Linha de Algés USF Damião de Gois USF Jardim dos Plátanos USF Linda-a-Velha UCSP Linda-a-Velha USF Dafundo USF Lusa USF Carnaxide UCSP Carnaxide UCC Cuidar + | União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada/Dafundo e Freguesias de Carnaxide e Queijas |
| USF Delta UCSP Paço de Arcos USF Oeiras USF Conde de Oeiras USF São Julião UCC Saúdar | União de Freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias |
| USF Quinta das Lindas | Freguesia de Barcarena |

Fonte: ACES LOO

Total de Utentes das Unidades do ACES

| Unidade Funcional | Frequentadores | Com médico | Sem médico |
|-----------------------|----------------|---------------|--------------|
| USF Linha de Algés | 10143 | 10143 | 0 |
| USF Damião Gois | 11113 | 10589 | 524 |
| USF Dafundo | 15365 | 15348 | 17 |
| USF Plátanos | 14499 | 14494 | 5 |
| USF Linda-a-Velha | 8663 | 8649 | 14 |
| UCSP Linda-a-Velha | 3185 | 0 | 3185 |
| USF Carnaxide | 14123 | 14123 | 42 |
| USF Lusa | 13728 | 13728 | 1 |
| UCSP Carnaxide | 3363 | 3242 | 121 |
| USF Delta | 14098 | 14097 | 1 |
| UCSP Paço de Arcos | 22358 | 7659 | 14699 |
| USF Oeiras | 14508 | 12926 | 1582 |
| USF Conde de Oeiras | 13795 | 13791 | 4 |
| USF São Julião | 16416 | 16415 | 1 |
| USF Quinta das Lindas | 10874 | 10807 | 39 |
| 15 Unidades | 186235 | 166016 | 20235 |

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt>, junho 2021

1.2 Cuidados Hospitalares

No concelho, o Centro Hospitalar de referência é o CHLO que inclui os seguintes serviços/unidades e um Departamento de Investigação Clínica.

Os tempos médios de espera de consulta de Neurologia e de Psiquiatria e são, respetivamente, 67 e 65 dias.

- **CLHO**
 - Direção Clínica
 - Equipa de Gestão de Altas
- **Hospital Egas Moniz**
 - Serviço de Neurologia
 - Consulta de Doenças da Cognição
 - Apoio/Consulta de Enfermagem (foco no cuidador)
 - Possibilidade de ECD urgentes em Hospital de Dia em caso de agudização/síndrome confusional
 - Contacto e-mail
 - Contacto telemóvel (disponível nos dias de semana das 10 às 17)
 - Apoio ao doente da cognição internado por patologia médica ou cirúrgica
 - Serviço de Psiquiatria
 - Consulta de Psiquiatria Geral (Polos de Oeiras e Dafundo)
 - Consulta de Gerontopsiquiatria
 - Consulta de Gerontopsicologia
 - Unidade de Neuropsicologia
 - Avaliação Neuropsicológica e Reabilitação
 - Serviço de Medicina Interna
 - Outros serviços/unidades/consultas
 - Reabilitação Física
 - Nutrição e Deglutição
- **Hospital São Francisco Xavier**
 - Serviço de Medicina Interna
 - Consulta de Geriatria
 - Unidade de Orto-geriatria
 - Hospitalização domiciliária
- **Hospital de Santa Cruz**
 - Exames complementares de diagnóstico (Medicina Nuclear)
 - Internamento

1.3 Cuidados Continuados - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

«Cuidados continuados integrados» correspondem ao 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. Incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a) a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

Tipos de Unidades e Equipas

- *A Unidade de Convalescença (UC)* é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (até 30 dias).
- *A Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)* é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa (entre 30 a 90 dias).
- *A Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)* é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida (superior a 90 dias consecutivos).

- A *Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)* é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. A avaliação é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social. A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

A *Equipa Coordenadora Local (ECL)* no âmbito da RNCCI articula-se com a coordenação a nível regional, e assegura o acompanhamento e a avaliação da Rede, a nível local, das Unidades da Rede (ECCI e Unidades de Cuidados Continuados Integrados).

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) – Naturidade - em Porto Salvo está inserida na área de intervenção do ACES LOO e disponibiliza 80 camas, das quais 20 camas são de Média Duração e Reabilitação e 60 camas de Longa Duração e Manutenção.

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) – Naturidade – Laveiras, em Caxias está inserida na área de intervenção do ACES LOO e disponibiliza 14 camas para cuidados paliativos e de 30 camas para cuidados de média duração.

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras conta ainda com uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos sediada em Linda-a-Velha, equipa multidisciplinar que dá resposta em cuidados paliativos a nível domiciliário a todo o concelho de Oeiras.

| Designação Entidade | Tipologia | Nº respostas contratadas | Rua Prestação | Código postal prestação | Freguesia | Contacto | Email | Natureza jurídica |
|------------------------|-----------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|-----------|--|-----------------------|
| ARS LVT | ECCI | 21 | Av. Salvador Allende | 2780-163 | União das freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias | 214400103 | ecci.saudar.oeiras@arslvt.min-saude.pt | SNS |
| ARS LVT | ECCI | 25 | Rua Augusto Fraga, 3 a, b | 2790-411 | União das freguesias de Carnaxide e Queijas | 214188697 | ucc.cuidarmais@arslvt.min-saude.pt | SNS |
| Naturidade Porto Salvo | ULDM | 40 | Rua Luís de Albuquerque, 10 | 2740-088 | Porto Salvo | 211450750 | geral@naturidade-portosalvo.pt | Particular ou Privado |
| Naturidade Porto Salvo | UMDR | 20 | Rua Luís de Albuquerque, 10 | 2740-088 | Porto Salvo | 211450750 | geral@naturidade-portosalvo.pt | Particular ou Privado |

| | | | | | | | | |
|------------------------|------|----|-----------------------------|----------|--|-----------|--------------------------------|-----------------------|
| Naturidade Laveiras | UMDR | 30 | Estrada do Murganhal | 2760-074 | União das freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias | 211450760 | geral@naturidade-laveiras.pt | Particular ou Privado |
| Naturidade Porto Salvo | UC | 20 | Rua Luís de Albuquerque, 10 | 2740-048 | Porto Salvo | 211450750 | geral@naturidade-portosalvo.pt | Particular ou Privado |

Para entendermos a prevalência de demência ou défice cognitivo ligeiro nestas respostas de saúde, solicitámos alguma informação por forma a caracterizarmos as estruturas existentes.

Obtivemos, neste seguimento, um diagnóstico traçado pela unidade Naturidade – Laveiras que, no período março de 2019 a março de 2020, analisou esta problemática nos utentes internados na Unidade de média duração e reabilitação.

De acordo com os dados apurados:

- No período em análise foram admitidos 55 utentes (30 do género masculino e 25 do feminino), sendo o principal diagnóstico de admissão, as doenças vasculares cerebrais e hemorragias intracranianas vasculares e traumáticas (44%);
- A média de idade dos utentes centra-se nos 78,5 anos;
- Do total de utentes admitidos, apenas 8 (14,5%) eram residentes em Oeiras;
- Apenas 9% dos utentes internados têm diagnóstico formal de demência não especificada.

Em sequência da realização de 44 rastreios para avaliação do estado mental [MMSE] (e excluindo os 20% aos quais não foi possível aplicar a prova psicológica), 25% apresentaram défice cognitivo (com maior prevalência no sexo feminino).

Os dados apontam para a possibilidade das Demências poderem estar subdiagnosticadas.

Por outro lado, de acordo com a informação disponibilizada pela Naturidade – Porto Salvo, durante o ano de 2020:

- Na Unidade de Convalescença, e tendo por referência um universo de 81 utentes, três apresentam diagnóstico formal de síndrome demencial (3,7%);
- Na Unidade de média duração e reabilitação, de um total de 42 utentes, apenas um apresentava diagnóstico formal de síndrome demencial (2,4%);
- Na Unidade de longa duração e manutenção, e tendo por referência um universo de 28 utentes, 50% apresentavam diagnóstico formal de síndrome demencial, com maior prevalência no sexo masculino (8 vs 6).

1.4 Cuidados paliativos – Rede Nacional de Cuidados Paliativos³ (RNCP)

De acordo com a definição legal, Cuidados Paliativos consistem nos “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

A RNCP é uma rede funcional, integrada no Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

Constitui objetivo global da RNCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.

Tipos de Unidades e Equipas Locais⁴

- *Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)*: é uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos que pode estar integrada nos ACES ou nas estruturas das Unidades Locais de Saúde. Presta cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar.
- *Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)*: presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias. Presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.
- *Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)*: A UCP é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa.

³ Lei nº 50/2012, de 5 de setembro | Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

⁴ Portaria nº 340/2015 alterada pelas Portarias nº 165/2016 e 75/2017

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras conta com uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) sediada em Linda-a-Velha, equipa multidisciplinar que dá resposta em cuidados paliativos a nível domiciliário a todo o concelho de Oeiras e à zona de Lisboa Ocidental.

| Designação Entidade | Tipologia | Nº respostas contratadas | Morada | Freguesia | Contacto | Email | Natureza jurídica |
|---------------------|-----------|--------------------------|--------------------------------|--|-----------|------------------------------|-----------------------|
| Naturidade Laveiras | UCP | 14 | Estrada do Murganhal, 2760-074 | União das freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias | 211450760 | geral@naturidade-laveiras.pt | Particular ou Privado |

1.5 Recursos de Saúde – Unidades Privadas

Unidades Privadas de Oeiras

| |
|---|
| Hospital da Luz - Oeiras |
| Clínica Médica da Linha |
| Instituto do Coração |
| Matermed – Consultórios Médicos de Oeiras, Lda |
| Policlínica Terraços do Bugio, Lda. |
| Clínica Médica e Diagnóstico Dr. Joaquim Chaves |

1.6 Outros Recursos de Saúde

Outros recursos de Saúde

| | |
|--|----|
| Clinicas Médico-Dentárias | 60 |
| Farmácias | 50 |
| Serviços de Hemodiálise | 6 |
| Serviço de Transplante Renal | 1 |
| Fisioterapia e Reabilitação | 10 |
| Serviços e Equipas de Saúde Mental | 20 |
| Centro Médico - Enfermagem , Políclínicas | 10 |
| Academia da Mobilidade Dra. Fátima Nogueira | |
| Ser Mais (Associação Portuguesa de Prevenção e Desafio à SIDA) | |

Fonte: USP ACES LOO

2. INTERVENÇÃO SOCIAL | EQUIPAMENTOS, RESPOSTAS E APOIOS

2.1. Respostas sociais formais na área do envelhecimento

De acordo com os dados mais recentes e constantes no documento Rede de Equipamentos e Respostas Sociais do Concelho de Oeiras, datado de 2017, Oeiras conta com as seguintes respostas sociais formais:

- Relativamente a Centros de Dia e Centros de Convívio, existem 15 e 5 equipamentos, respetivamente, com capacidade para 955 indivíduos, com prevalência da rede solidária.

- No que se refere a Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), estão identificados 35 equipamentos, com capacidade para 986 idosos. Destes, apenas 10 são tutelados pela rede privada solidária.
- No que concerne ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), referir que existem 28 entidades com resposta de SAD, com uma capacidade para 1.510 utentes, destacando-se o peso da rede solidária na oferta desta resposta. De relevar que o Município de Oeiras implementou, no ano de 2018, um projeto-piloto que visava assegurar o alargamento do horário do funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário disponibilizado por entidades locais com Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social IP (ISS, IP), das 08h00 às 20h00, sete dias por semana, sem repercussões financeiras para os utentes. Considerando a avaliação efetuada e o objetivo de aumentar a abrangência desta importante resposta, no ano de 2019, o projeto foi estendido a mais duas entidades, abrangendo atualmente 6 entidades, beneficiando cerca de 50 munícipes. No presente momento, encontra-se em curso a auscultação das restantes entidades com Acordo de Cooperação com o ISS, IP. no sentido de integrar mais respostas no referido investimento.

De forma acrescida, o território conta com 5 universidades seniores⁵.

Pelo retrato supra é possível ter uma perceção do dinamismo do tecido social concelhio com intervenção específica na área dos idosos, quer por parte de entidades da rede solidária, quer por entidades lucrativas. O Município de Oeiras consciente do papel que esta atuação representa tem, ao longo dos anos, inscrito na sua política de apoio ao envelhecimento, a prioridade de apoiar a construção, requalificação e apoio ao funcionamento de equipamentos sociais. Neste apoio ao funcionamento inscreve-se, por exemplo, a concessão de apoios financeiros anuais, o apoio técnico no âmbito da Plataforma Municipal de Apoio às Organizações Sociais (PAOS), o apoio pontual a projetos específicos e o apoio logístico. Crucial, ainda, a metodologia de trabalho em rede que se encontra assegurada por via da Rede Social de Oeiras que permite a execução conjunta e de forma colaborativa, das medidas inscritas nos documentos estratégicos municipais de que é exemplo o Plano de Desenvolvimento Social 2018-2022.

⁵ Universidade Sénior de Oeiras; Associação Cultural Sénior de Algés - USILA - Universidade Sénior de Algés; Novatena - Associação para a inclusão e Bem-Estar da Pessoa Sénior e pela Arte; USCAL - Universidade Sénior de Carnaxide; Universidade Sénior de Barcarena.

2.2. Respostas sociais complementares na área do envelhecimento promovidas pelo Município

A promoção da qualidade de vida das pessoas, no seu todo, é o maior desafio das Autarquias locais e um exercício que é transversal a muitos atores. Cabe, no entanto, à área da Coesão Social dos Municípios, uma fatia importante deste desafio: a identificação de necessidades e potencialidades do território; a definição de prioridades de atuação; e, a agregação de parcerias estratégicas capazes de gerar as soluções que ansiamos. Não obstante esta ser uma missão que “não tem idade”; por mais que se implementem políticas holísticas e respeitadoras da multiplicidade das dimensões individuais; o Município de Oeiras, consciente das tendências demográficas mundiais (com efeitos locais) tem, ao longo dos anos, intensificado na promoção de um envelhecimento com qualidade. Assim, e se por um lado, o Município de Oeiras reconheceu, desde logo, a importância de potenciar a participação social e promover a integração através de atividades lúdicas, acrescentou a esta pertinente linha de ação, a preocupação com o fomento da atividade desportiva, a prevenção e o apoio na área da saúde, o apoio à manutenção da autonomia e segurança, entre outros aspetos. Identificam-se, a título exemplificativo, as principais medidas adotadas que concorrem para o cumprimento destes desígnios⁶: o serviço “Médico em Casa”, o financiamento municipal para alargamento do Serviço de Apoio Domiciliário, a reestruturação da medida de Comparticipação em Medicamentos agora consubstanciada no Cartão Saúde +, o programa de atividade física Fit Sénior, o Programa Turismo Sénior, o Serviço Oeiras Está Lá, o Serviço de Teleassistência Domiciliária, a medida SOS Isolamento, entre outros.

A par deste investimento que é específico, referência para a transversalidade da atuação camarária e, nesta linha, destaca-se o atendimento social territorializado, as medidas sociais de emergência e toda a programação desportiva e cultural promotora da participação e coesão social.

2.3. Respostas sociais complementares na área do envelhecimento promovidas por entidades locais

Como já mencionado, o Município não atua isoladamente. O papel das Uniões e Juntas de Freguesia, a ação das entidades do território, a atuação de todos os membros da comunidade (incluindo a participação ativa dos beneficiários da política local de apoio ao envelhecimento), numa lógica de crescente rede, de efetiva parceria tem dotado este território de condições que

⁶ Vide anexo 2.

nos permitem um olhar global e não condicionado pelo fator idade. Ainda assim, e especificamente para a população idosa, as entidades locais vão assegurando projetos e respostas específicas que contribuem para a estratégia definida, neste domínio. Identificam-se alguns exemplos, respeitando as principais áreas de intervenção:

- **Companhia**

Neste âmbito, destaque para a interação da Associação Coração Amarelo, quer no que respeita à sua missão de apoio ao idoso recorrendo ao voluntariado, quer no que se refere ao projeto “Olá Vizinho” dirigido a idosos em isolamento, identificados por vizinhos.

Nesta categoria destaca-se, ainda, o papel dos diversos grupos informais de Visitadores (onde se inclui o projeto “A teu lado”, da responsabilidade do Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide) e a atuação da AJUDE- Associação Juvenil para o Desenvolvimento que, através do projeto “Padrinho”, assegura alojamento a estudantes, em habitações de idosos isolados.

Também a Santa Casa da Misericórdia de Oeiras implementou, recentemente, o projeto “Aproximar Oeiras” que, mediante sinalização, assegura um acompanhamento a idosos, através de uma bolsa de voluntariado, garantindo, ainda, um encaminhamento social, sempre que necessário e em estreita articulação com os parceiros locais.

- **Lazer, cultura e desporto**

Integrada na categoria supra, está a atividade já referida das Universidades Seniores, assim como toda a programação assegurada pela Autarquia, quer pelos serviços camarários da coesão social, desporto, bibliotecas, eventos e cultura, quer pela atividade das Uniões e Juntas de Freguesia. Destaque para os alguns dos projetos que concorrem para o objetivo da integração social:

| Designação | Entidade Promotora | Descrição |
|-------------------------|---|--|
| Clube do Jamor | AJUDE- Associação Juvenil para o Desenvolvimento | Organização de atividades lúdicas e recreativas para a população idosa. |
| Núcleo Sénior | Liga de Melhoramentos e Recreios de Algés | Organização de atividades lúdicas e recreativas para a população idosa. |
| Projeto Juntos por Mais | Entidades locais com intervenção na área dos idosos | Plataforma informal que reúne a maioria das entidades locais com intervenção na área dos idosos e organiza atividades, através de uma concertação de recursos. |

| | | | | |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|
| Academia Sénior | Fundação Dominicanas Família | Obra Irlandesas- Centro | Social Religiosas Sagrada | Organização de atividades lúdicas e recreativas para a população idosa. |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|

- **Promoção da saúde**

No domínio específico da promoção da saúde, destaque para a parceria do Município para apoiar o desenvolvimento de projetos como a Academia da Mobilidade e as Férias em Saúde, ambos da responsabilidade do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras (ACES). . Releva, ainda, o Quiosque da Saúde, desenvolvido pela Associação Conversa Amiga, que disponibiliza com o apoio municipal, uma resposta local na saúde focando-se na disponibilização de serviços de proximidade à população, sem substituir as estruturas oficiais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Funciona durante a semana⁷, com profissionais de saúde multidisciplinares, promovendo a prevenção e a educação para a saúde e disponibilizando, de forma gratuita, serviços diversos.

- **Apoio e capacitação de cuidadores**

Conforme já mencionado, no âmbito do PDS 2018-2020 estão previstas medidas que garantam respostas adequadas às necessidades das pessoas idosas. Neste contexto, está considerada a atuação no domínio do apoio aos cuidadores formais e informais, nomeadamente através da ação da Escola de Cuidadores do Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide. As ações da Escola de Cuidadores têm considerado: a capacitação dos cuidadores formais, nomeadamente através do Programa Piloto de Bem-estar aos cuidadores formais do CSPSRC, a informação e sensibilização para as questões da longevidade, através da realização de Seminário anual aberto ao público em geral, ações de capacitação destinadas a cuidadores formais e informais (ex: compreender a demência, estratégias de comunicação com a pessoa cuidada; autocuidado e boas práticas no cuidar, nutrição e demência).

Mais recentemente, a APOIO - Associação de Solidariedade Social criou uma Bolsa de Cuidadores Formais destinada a pessoas em situação de desemprego para serem capacitadas e trabalharem como auxiliares de ação direta na resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário. Esta Bolsa de Cuidadores Formais é disponibilizada às restantes entidades da Rede Social.

⁷ Freguesia de Carnaxide/Outurela, em frente ao Pavilhão Carlos Queiroz. Aberto entre as 11h00 e as 19h00, de terça-feira a sábado (exceto feriados).

- **Apoio a vítimas de Violência**

No domínio do apoio à violência, e tendo presente a incidência da problemática junto da população idosa, destaca-se o investimento municipal na dinamização do Grupo Temático no âmbito da Violência de Género e Doméstica, no contexto do Conselho Local de Ação Social de Oeiras da Rede Social de Oeiras e consequente articulação com as respostas existentes de que são exemplo as Equipas de Prevenção da Violência no Adulto no ACES do Concelho; as Equipas de Prevenção da Violência no Adulto no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (Hospital São Francisco de Xavier); e, a atuação da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais Equipa Lisboa 1, junto dos agressores. Destaque, ainda, para o financiamento camarário para Gabinete de Apoio à Vítima de Oeiras, operacionalizado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e a colaboração tripartida que envolve a Polícia de Segurança Pública, na resposta Casa da Maria. Recentemente foi, ainda, garantido um atendimento especializado, da responsabilidade da APAV, no Bairro Municipal dos Navegadores.

- **Atendimento**

A par do atendimento social assegurado pelo Município, nomeadamente através do Balcão de Atendimento e Apoio Social e da Equipa de Intervenção e Acompanhamento Social, destaque para o papel assumido neste domínio pelas Juntas e Uniões de Freguesia, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e Instituto de Segurança Social, IP.

- **Produtos de apoio (Bancos de Ajudas Técnicas)**

| Resposta/ Equipamento | Entidade | Morada da entidade | Contacto telefónico | Email |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| BETA - Banco de Equipamentos e Tecnologias de Apoio | Cercioeiras - Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Deficiência | Rua 7 de Junho - 2730-174 Barcarena | 214217975 | geral@cercioeiras.pt |

| | | | | |
|---|--|---|-----------|--|
| BETA (Banco de Equipamentos e Tecnologias de Apoio) | Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide | Rua Cesário Verde Lote 3 Carnaxide | 214246110 | secretariadocentro@csp-carnaxide.org.pt |
| CRAT - Centro de Recursos e Ajudas Técnicas | Centro Social e Paroquial de Barcarena | Avenida Infante D. Henrique - Pavilhão - 2730-098 Barcarena | 214387250 | geral@cspb.pt |

Ressalva-se, ainda, a existência de recursos transversais como apoio alimentar e lojas solidárias.

2.4. Equipamentos, respostas e apoios existentes específicos para as Demências

No domínio supra, o território de Oeiras conta com os seguintes recursos:

- **Gabinete Cuidar Melhor de Oeiras**, implementado pela Associação Alzheimer Portugal com o apoio do Município de Oeiras. Este gabinete, sediado no edifício da Junta (edifício do antigo Mercado Municipal de Caxias), destina-se a pessoas com demência e a todos aqueles que diretas ou indiretamente convivem com elas, isto é, aos seus cuidadores, familiares e amigos e ainda aos profissionais que lhes prestam cuidados. São prestados serviços de Informação, Encaminhamento, Apoio Psicológico, Avaliação Neuropsicológica, Estimulação Cognitiva, Formação e Grupos Psicoeducativos dirigidos a cuidadores informais para partilha de informação, treino de competências e apoio emocional.
- **Café Memória de Oeiras**, da responsabilidade da Associação Alzheimer Portugal e a Sonae Sierra, implementado no território através de uma parceria que envolve, na qualidade de entidades promotoras locais, o Município de Oeiras, a APOIO- Associação de Solidariedade Social e o Rotary Club de Algés. Este projeto concretiza-se num local de encontro destinado a pessoas com problemas de memória ou demência, bem como aos respetivos familiares e cuidadores, para partilha de experiências e suporte mútuo. O projeto encontra-se estruturado para duas vertentes: realização de palestras por parte de especialistas; sessões dedicadas à realização de atividades. No mesmo momento, são divulgadas as respostas sociais e de saúde existentes no território ou zonas limítrofes.
- **Projeto “Home 360”**: resposta do Instituto São João de Deus (ISJD) que resultou da aprovação de uma candidatura ao programa Parcerias para o Impacto do Portugal 2020, Lisboa 2020, que conta como investidores sociais a Câmara Municipal de Oeiras e a Câmara

Municipal de Sintra. Constitui-se como uma resposta comunitária especializada, individualizada e integrada para as pessoas com demência e seus cuidadores, que através do gestor de caso, procura promover a sua capacitação, potenciando a articulação dos recursos pessoais e da comunidade, contribuindo para diminuir as institucionalizações precoces e a sobrecarga do cuidador, visando a melhoria da qualidade de vida e inclusão social. Os destinatários do projecto são as pessoas com diagnóstico de demência que se encontrem no seu domicílio, residentes no Concelho de Oeiras e Sintra. Pretende-se que até 31 de dezembro de 2022, 200 pessoas sejam abrangidas por esta resposta.

Objetivos: (1) capacitar a pessoa com demência e o seu cuidador para viverem e/ou se adaptarem à situação atual do seu estado de saúde; (2) otimizar os cuidados prestados pelos cuidadores e a autonomia/funcionalidade da pessoa com demência; (3) potenciar a articulação entre os serviços comunitários/rede de apoio, funcionando como elo de ligação; (4) Desenvolver estratégias de adaptação (ambiente, atividades de vida diária) no contexto/domicílio da pessoa com demência; (5) contribuir para que a pessoa com demência, possa viver no seu contexto (domicílio) com qualidade de vida, o máximo tempo possível, evitando institucionalizações precoces; (6) procurar a participação ativa dos beneficiários, com momentos de partilha (grupos de cuidadores), catalisando o desenvolvimento de estratégias de coping e a resolução de problemas, atenuando a sobrecarga do cuidador; (7) promover a proximidade, a acessibilidade e a continuidade de cuidados à pessoa com demência e respetivos cuidadores, contribuindo para a inclusão social; (8) desenvolvimento, por parte de uma equipa especializada na área das demências, de um site e uma app.

VI. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

1. Os Direitos das Pessoas com Demência

A Demência determina a perda gradual de capacidade mas a Pessoa não perde os seus direitos.

À semelhança de todos os cidadãos, a Pessoa com Demência tem direitos constitucionalmente consagrados e merece uma proteção especial decorrente da sua situação de particular vulnerabilidade. Os direitos da Pessoa com Demência enquadram-se ainda no âmbito da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada por Portugal em 2009⁸.

⁸ <https://www.inr.pt/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>

Nesse sentido e tendo ainda em conta princípios e valores éticos universais, salientam-se alguns dos direitos da Pessoa com Demência:

- Respeito pela sua identidade pessoal, imagem, bom nome e reputação
- Reserva da intimidade da sua vida privada
- Proteção contra quaisquer formas de discriminação
- Valorização da pessoa como um todo para além da doença e das capacidades que perdeu
- Respeito pelas suas escolhas pessoais
- Promoção da sua atividade e ocupação
- Manutenção da sua ligação à comunidade
- Valorização de tudo o que faz ou diz porque tem um sentido para ela e por isso é importante
- Salvaguarda da sua dignidade, nomeadamente, pelos prestadores de cuidados
- Promoção do seu bem-estar e capacidade de desfrutar a vida

Numa primeira fase, é fundamental um diagnóstico atempado que permita à Pessoa com Demência planear e tomar decisões com autonomia sobre o seu futuro, enquanto mantém capacidade para tal. Assim, a Pessoa com Demência pode:

- Fazer um Testamento Vital⁹ (diretivas antecipadas de vontade): documento através do qual uma pessoa manifesta o tipo de tratamento ou os cuidados de saúde que pretende ou não receber quando estiver incapaz de expressar a sua vontade;
- Nomear um ou mais procuradores de cuidados de saúde, por exemplo, para dar consentimento para a realização de determinada intervenção cirúrgica ou para tomar decisões sobre cuidados de fim de vida (alimentação ou hidratação artificiais);
- Tomar decisões sobre o seu património, nomeadamente conferindo poderes a um procurador ou celebrando contrato de mandato com vista ao acompanhamento;
- Escolher o seu acompanhante ou acompanhantes antecipadamente ou no âmbito do processo judicial de Acompanhamento de Maior¹⁰;
- Decidir sobre a sua possível participação em ensaios e outros estudos clínicos.

A Pessoa com Demência tem o direito de ser apoiada na tomada das suas próprias decisões e deve ser-lhe dada toda a ajuda para que as consiga comunicar.

Com o evoluir da Demência, a Pessoa vai gradualmente deixando de conseguir tomar decisões livres e esclarecidas ou de exprimir a sua vontade de forma adequada. No entanto, (1) mantém-se a presunção de capacidade enquanto não se provar o contrário; (2) não se pode presumir que

⁹ <https://www.spms.min-saude.pt/2016/06/rentev/>

¹⁰ <https://justica.gov.pt/Guias/guia-do-maior-acompanhado>

a Pessoa com Demência perdeu capacidade simplesmente porque as suas decisões possam parecer insensatas ou excêntricas; (3) a incapacidade tem que ser declarada por decisão judicial através do processo especial de Acompanhamento de Maior.

No contexto do Estatuto do Cuidador Informal, a Pessoa com Demência pode ser considerada uma pessoa cuidada desde que reúna os seguintes requisitos:

- Estar uma situação de dependência de terceiros e necessitar de cuidados permanentes;
- Não se encontrar acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial;
- Ser titular de uma das seguintes prestações sociais:
 - Complemento por dependência de 2.º grau
 - Complemento por dependência de 1.º grau, se transitoriamente, se encontrar acamada ou a necessitar de cuidados permanentes, por estar em situação de dependência, mediante avaliação específica dos Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS)
 - Subsídio por assistência de terceira pessoa.

Na qualidade de Pessoa Cuidada, a Pessoa com Demência tem os seguintes direitos:

- Ver cuidado o seu bem-estar global ao nível físico, mental e social;
- Ser acompanhada pelo cuidador informal, sempre que o solicite, nas consultas médicas e outros atos de saúde;
- Privacidade, confidencialidade e reserva da sua vida privada;
- Participação ativa na vida familiar e comunitária, no exercício pleno da cidadania, quando e sempre que possível;
- Autodeterminação sobre a sua própria vida e sobre o seu processo terapêutico;
- Ser ouvida e manifestar a sua vontade em relação à convivência, ao acompanhamento e à prestação de cuidados pelo cuidador informal;
- Aceder a atividades ocupacionais, de lazer e convívio, sempre que possível;
- Aceder a equipamentos sociais destinados a assegurar a socialização e integração social, designadamente centros de dia e centros de convívio;
- Sendo menor e quando tal seja adequado, que lhe sejam garantidas medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, de acordo com o Regime Jurídico da Educação Inclusiva, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho;
- Proteção em situações de discriminação, negligência e violência;

- Apoio, acompanhamento e avaliação pelos serviços locais e outras estruturas existentes na comunidade.

2. As Necessidades das Pessoas com Demência

O diagnóstico de Demência afeta de forma significativa o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida das Pessoas com Demência. Progressivamente, verificam-se perdas a múltiplos níveis - perda de capacidades, identidade, autoestima e suporte emocional e social - as quais são exacerbadas pelo desconhecimento e estigma prevaletes na sociedade, elevando o risco de discriminação e exclusão social.

De modo a que as Pessoas possam viver bem com Demência, verifica-se a necessidade de criar respostas e apoios específicos, personalizados e de proximidade que valorizem e estimulem as suas capacidades, que proporcionem a oportunidade de autoexpressão, e que promovam o bem-estar, a autonomia, a participação social, a inclusão e a qualidade de vida.

De acordo com a Estratégia da Saúde na Área das Demências (ver Anexo 1), os princípios a que devem obedecer os cuidados às pessoas com Demência são os seguintes: (1) necessidades e preferências das pessoas com demência; (2) princípios éticos, consentimento informado e autonomia; (3) cuidados baseados na comunidade; (4) continuidade de cuidados; (5) diversidade e equidade.

3. Os Direitos e Deveres dos Cuidadores Informais

Atualmente, é possível enunciar os Direitos e Deveres dos Cuidadores Informais nos termos do Estatuto do Cuidador Informal¹¹ (ECI).

Para efeitos do ECI, considera-se *Cuidador Informal Principal*: o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Considera-se *Cuidador Informal Não Principal*: o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta

¹¹ Lei nº 100/2019 e legislação conexas

de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Direitos (Art. 5º Lei nº 100/2019)

O cuidador informal, devidamente reconhecido, tem direito a:

- a) Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
- c) Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social;
- d) Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
- e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;
- f) Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
- g) Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;
- h) Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal;
- i) Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;
- j) Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
- k) Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

Deveres (Art. 6º Lei nº 100/2019)

Relativamente à pessoa cuidada:

- a) Atender e respeitar os seus interesses e direitos;
- b) Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
- c) Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada;
- d) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta;

- e) Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;
- f) Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;
- g) Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;
- h) Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;
- i) Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional;
- j) Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas.

O Cuidador Informal deve, ainda:

- a) Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde;
- b) Participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas;
- c) Informar, no prazo de 10 dias úteis, os competentes serviços da segurança social.

Apesar do ECI contemplar esta lista exaustiva de direitos e deveres, chama-se a atenção para o facto de nem todos os Cuidadores Informais serem reconhecidos nos termos deste diploma legal. De facto, haverá cuidadores que não cabem no seu âmbito por serem vizinhos ou amigos e não familiares. Por outro lado, para lhe ser atribuído o ECI, o Cuidador Informal tem de preencher vários requisitos, assim como a respetiva Pessoa Cuidada. Ainda assim, pode considerar-se este quadro normativo uma referência no domínio dos direitos e deveres dos cuidadores informais, ainda que a referida lista não os esgote.

4. As necessidades dos Cuidadores Informais

A Fundação Aga Khan Portugal publicou, em 2021, o Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal (continente e arquipélagos da Madeira e dos Açores), desenvolvido pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa e o Centro de Administração e Políticas Públicas. Este estudo consubstancia-se na aplicação de um questionário junto de cuidadores informais residentes em território nacional,

com a particularidade de apresentar em relatórios síntese os resultados dos cuidadores informais participantes residentes nos concelhos de Lisboa, Porto/AMP, Oeiras e Sintra. Muito embora a amostra não inclua apenas cuidadores de pessoas com demência, os resultados obtidos conduzem a importantes informações.

No que se refere à caracterização sociodemográfica do cuidador familiar/informal destaca-se, sobretudo, o peso que o sexo feminino assume (mais de 80%) e o facto destes cuidadores manterem uma relação de parentesco com a pessoa cuidada/sénior sobretudo de filho/a (descendente) e de esposo/a (conjugalidade). Releva-se, ainda, a circunstância de mais de metade dos cuidadores não se encontrar inserida no mercado de trabalho.

Relativamente à caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada/sénior destaca-se o facto de mais de metade ser do sexo feminino (63,2%), sendo que as idades variam entre os 65 e os 107 anos e a média de idade é de 81,60 anos. Os dados apontam, ainda, que predomina o estado civil de viúvo/a e de casado/a, e a escolaridade mais frequente é o 1.º ciclo.

As pessoas cuidadas/ seniores apresentam um conjunto de doenças que revelam as comorbilidades do processo de envelhecimento, prevalecendo as categorias de doenças do sistema nervoso como «Alzheimer», as doenças do aparelho circulatório como «hipertensão» e a doença mental, comportamental ou de desenvolvimento neurológico como «demências».

De acordo com este estudo, os cuidados prestados pelo cuidador à pessoa sénior são principalmente cuidados emocionais/ /psicológicos/sociais, organização e gestão dos serviços sociais e de saúde, e o serviço doméstico, por esta ordem de importância.

Dos 13 cuidadores de Oeiras que participaram 10 (76,9%) referem que a Pessoa Sénior de quem cuidam tem Doença de Alzheimer e 10 (76,9%) consideram que é necessário mais formação e informação sobre doenças mentais e demências, assim como, recomendam, entre outros aspetos, a existência de grupos de autoajuda.

5. As necessidades dos Cuidadores Formais

Para avaliação das necessidades dos cuidadores formais foram aplicadas diferentes metodologias, tendo presente o objetivo de um diagnóstico diversificado e fiel aos diferentes atores locais.

Assim e em síntese:

5.1. Aplicação de um questionário endereçado às entidades do Conselho Local de Ação Social de Oeiras com intervenção na área do apoio ao Envelhecimento.

De um total de 66 entidades contactadas, foram obtidas 26 respostas, cuja sumula de resultados se apresenta seguidamente:

- Relativamente à caracterização dos diretores técnicos das entidades, a maioria identificou a formação em Serviço Social como a mais frequente. Apesar de uma percentagem diminuta indicar ter formação específica na área das demências, verificou-se uma percentagem mais relevante de respostas negativas. A maioria das entidades responderam considerar esta formação “muito” ou “bastante” necessária.
- Em média, cada entidade, dispõe de 5 técnicos sendo que a formação mais frequente é a de Serviço Social. A maioria destes técnicos não é detentor de formação profissional específica na área das demências.
- Em média, cada entidade, dispõe de 12 Ajudantes de Ação Direta sendo que somente uma percentagem muito diminuta tem formação na área das demências.
- Relativamente às necessidades de formação dos técnicos verifica-se que as temáticas mais operacionais são menos valorizadas (com algumas exceções) o que é passível de ser compreendido, face às funções desempenhados por estes colaboradores. Destacam-se, pela positiva as seguintes áreas específicas do aprofundamento de conhecimentos na área da demência: Introdução Às Demências; Abordagem Centrada na Pessoa com Demência; Comunicação com a Pessoa com Demência; e, Ocupação e estimulação da pessoa com demência. A temática da Supervisão assume, ainda, particular expressão.
- No que concerne às necessidades de formação dos auxiliares de ação direta, verifica-se que estes profissionais atribuem uma maior importância (do que os técnicos) à formação na área da alimentação e higiene. Na componente dos cuidados básicos, destaca-se a valorização da formação em primeiros socorros e suporte básico de vida. Verifica-se, ainda, o claro interesse destes profissionais em aprofundar os seus conhecimentos na área específica das demências, destacando-se a Comunicação com a Pessoa com Demência, a Abordagem Centrada na Pessoa com Demência e a Ocupação e estimulação da pessoa com demência. Relativamente a outras áreas, os inquiridos identificaram interesse em formação subordinada às Estratégias para lidar com o *Burnout* e em Direitos das Pessoas com Demência.
- Verifica-se que, do universo de utentes que foi contabilizado através das respostas obtidas, 35% tem suspeita de demência. Tendo ainda presente o valor global de 1301 utentes, apura-se que 28% tem efetivo diagnóstico de demência. Se consideramos a soma destas

percentagens verificamos que cerca de 63% tem alguma sintomatologia ou evidência de demência.

- A maioria das entidades afirma dinamizar atividades específicas para pessoas com demência destacando-se a estimulação cognitiva desenvolvida por animadores socioculturais.
- Relativamente ao conhecimento das respostas especializadas na área das demências, existentes no território, foram identificados os seguintes recursos: Gabinete Cuidar Melhor Café Memória.
- A totalidade das entidades considera muito ou bastante importante a criação de um Plano Local para as Demências em Oeiras.
- Relativamente às respostas e apoios considerados prioritários, verifica-se que a totalidade das entidades assinala um grande número de respostas o que demonstra a sua opinião de que importa implementar e/ou reforçar os recursos neste domínio. Destaca-se a formação na área das demências para cuidadores informais e formais, a realização de ações de informação e consciencialização da comunidade, a realização de um primeiro diagnóstico atempado em contexto de Cuidados de Saúde Primários e referência para consulta de especialidade e consultas de apoio psicológico para cuidadores informais.

5.2. Realização de *Focus Group* com profissionais de entidades sociais que integram o grupo de trabalho denominado “As pessoas idosas”, do Conselho Local de Ação Social de Oeiras.

Neste contexto, gerou-se uma reflexão em grupo posterior ao preenchimento do questionário, destacando-se alguns dos pontos abordados:

- Alteração das normas de funcionamento

Foi referido que, para além, de ser necessário alterar as normas de funcionamento de cada entidade à especificidade inerente à prestação de cuidados a Pessoas com Demência, importa alterar o modelo de intervenção preconizado pelas respostas sociais que passa pela alteração dos Acordos de Cooperação com o Instituto de Segurança Social. Atualmente, não se verifica diferenciação positiva para as entidades que asseguram esta intervenção específica.

Na opinião das entidades participantes, os Acordos de Cooperação estão completamente desadequados, sobretudo no que se refere ao apoio financeiro. O acompanhamento dos técnicos revela-se, igualmente, ultrapassado, uma vez que também necessitam de capacitação nomeadamente nesta área. Cingem-se à verificação da conformidade de aspetos técnicos (com base em cheklists) e não atendem às necessidades das entidades que, muitas vezes, exigem um espírito flexível e inovador com novas soluções para novos problemas.

Esta revisão por parte do ISS deve pressupor, ainda, um reflexo nos rendimentos dos recursos humanos que permita uma valorização destes profissionais.

- Necessidade de contratação de RH

No seguimento do ponto anterior, a valorização dos profissionais (que passa também pela justiça dos seus rendimentos) deve contribuir para minimizar a elevada dificuldade de contratação mas, acima de tudo, para a sua manutenção/ retenção na entidade.

Na área das demências, é crucial o papel do terapeuta ocupacional (a intervenção do animador sociocultural é insuficiente) e a formação/ expectativas académicas condicionam o trabalho destes profissionais no meio social, uma vez que, por formação, estão mais vocacionados para o contexto hospitalar. Este também um importante apontamento: a necessidade da academia desmistificar o papel destes profissionais que, para além do contexto hospitalar, podem/ devem desenvolver um papel na área social.

Outro profissional crucial é o enfermeiro com formação diferenciada. Estes profissionais devem conseguir assegurar um acompanhamento específico na área da saúde mental. Também os psicólogos assumem particular relevância, quer no trabalho com os utentes, quer com a equipa, quer com as famílias.

- Alteração dos equipamentos

A alteração dos equipamentos é reconhecida como necessária, sobretudo em equipamentos mais antigos que não foram concebidos tendo presente as atuais necessidades da população idosa.

Para além dos aspetos supra, as entidades elencaram aqueles que identificam como sendo os atuais constrangimentos nesta área:

- Resistência da pessoa idosa em assumir que está no início de um processo demencial;
- Atuais estereótipos que associam a demência a um estado natural da velhice o que dificulta a busca por um diagnóstico atempado;
- Reconhecendo o processo demencial, a dificuldade de obtenção de diagnóstico atempado e respetivo encaminhamento para consulta de especialidade.

Com base nesta reflexão, foram priorizadas as seguintes ações:

- Sensibilização da população em geral, nomeadamente: que demências existem, o que são, que sinais, que sintomas, que estratégias adotar, como retardar o seu aparecimento, entre outros aspetos.

- Combate aos estereótipos instituídos;
- Facilitação de um diagnóstico atempado;
- Apoio ao doente de forma a uma melhor aceitação do seu diagnóstico;
- Formação cuidadores formais e informais;
- Formação de Agentes Municipais;
- Formação de Voluntários;
- Divulgação de recursos locais;
- Adaptação da estrutura e normas de funcionamento dos equipamentos sociais às Pessoas com Demência;
- Valorização dos profissionais e das entidades que asseguram uma resposta especializada.

5.3. Realização de *Focus Group* com profissionais que integram respostas locais, enquadradas quer na RNCCI, quer a RNCP

Neste contexto procurou-se a resposta a três questões:

- Quais são as principais necessidades das Pessoas com Demência e seus Cuidadores?
- Quais são as principais necessidades enquanto profissionais que trabalham em estruturas que integram pessoas com demência e seus cuidadores?
- Quais as necessidades que devem ser priorizadas no contexto do Plano?

A respeito das necessidades das Pessoas com Demência e seus Cuidadores foi referida, sobretudo, a ausência de informação sobre os vários tipos de demência, sobre o modo como o cuidador pode intervir com a pessoa cuidada e sobre como comunicar com a Pessoa com Demência. Foi mencionado, ainda, um relevante constrangimento que se relaciona com o facto do utente/doente ter, frequentemente, um cuidador da mesma idade, o que gera muitas dificuldades ao nível do entendimento, da capacidade de apoio, entre outros aspetos.

No que concerne às necessidades dos profissionais, foram referidos os seguintes aspetos:

- Muitas vezes não têm um diagnóstico exato o que dificulta a intervenção. O mais frequente é surgirem apenas com a referência a “síndromes demenciais”, o que dificulta o trabalho dos profissionais. Verifica-se a necessidade de uma avaliação mais específica (e acesso à mesma) para depois se fazer um melhor acompanhamento.

- Em contexto de cuidados paliativos, os utentes “chegam” numa fase demasiado tardia e não tiveram sequer possibilidade para serem acompanhados pela psicologia. Assim, o apoio centra-se nos cuidadores e familiares.
- Os profissionais vêm-se confrontados com dificuldades na própria relação com o utente e cuidadores informais. Necessitam de ser mais capacitados em matérias como “Como lidar com a frustração do utente?”; “Como se deve lidar com o utente e com a família?”; “Como comunicar?”
- Problemas inerentes à recolha e tratamento de dados sobre Pessoas com Demência integradas nas respostas da RNCCI através da otimização da plataforma nacional existente
- Por último, é mencionada a dificuldade de gestão das altas sociais por dois motivos: (1) dificuldades de referenciação para equipamentos especializados (Centros de Dia e ERPIS). No âmbito da RNCCI apenas existe uma unidade específica para a área das demências localizada em Fátima, concelho de Ourém, para a área de Lisboa (Unidade de Cuidados Bento XVI); (2) falta de apoios prestados aos cuidadores informais no regresso ao domicílio, nomeadamente sociais e fiscais, o que “empurra” as Pessoas com Demência para a sua institucionalização.

Relativamente às ações prioritizadas, identifica-se:

- Capacitação dos profissionais (técnicos e sobretudo auxiliares) de forma a terem ferramentas para intervir com os utentes;
- Necessidade de implementação de respostas na comunidade para apoio a cuidadores, em contexto domiciliário;
- Operacionalização do Estatuto do Cuidador Informal no concelho e articulação entre as Medidas de Apoio previstas e as ações a constar do Plano Municipal de Oeiras para as Demências;
- Criação de uma unidade específica para a área das demências com capacidade para acolher munícipes.

5.4. Realização de *Focus Group* com profissionais do CHLO

Do mesmo modo, procurou-se que os participantes refletissem e veiculassem informação relativa quer às necessidades das Pessoas com Demência e Cuidadores, quer as sentidas pelos profissionais. Por último, foi solicitado que priorizassem as ações a desenvolver.

A respeito das necessidades das Pessoas com Demência e seus Cuidadores foi referida a necessidade de existência de mais apoios para manutenção no domicílio e mais recursos na

comunidade (estimulação cognitiva, fisioterapia, atividades de grupo). Em particular, foi referido que os cuidadores em idade ativa encontram fragilidades na prestação de cuidados às Pessoas com Demência assegurada pelos serviços de apoio domiciliário existentes. Por outro lado, nem sempre há vagas nos Centros de Dia, e/ou as Pessoas com Demência não aceitam integrar esta resposta por não se reverem no modelo atual.

Foi, ainda, mencionada, a necessidade de informação e capacitação dos cuidadores informais de modo a que estejam habilitados à prestação dos cuidados necessários (medicação; alimentação; atividades significativas e estimulantes). Uma outra questão relaciona-se com a capacidade financeira das famílias, uma vez que se verifica a existência de um fosso significativo no acesso às respostas entre os doentes que têm capacidade económica e os que têm menos recursos.

Importa, ainda, na perspetiva dos profissionais, assegurar um trabalho com os cuidadores de modo a lidarem melhor com as alterações de comportamento e evitar o recurso a urgências hospitalares e os impactos que o mesmo representa para estes doentes. Quando internados, estes são muitas vezes considerados apenas como “casos sociais” mas, na realidade, necessitam de uma avaliação e acompanhamento médico específico e prioritário.

No que concerne às necessidades dos profissionais, foram referidos os seguintes aspetos:

- Formação sobre como lidar com o doente cognitivo (dirigida a médicos, enfermeiros e auxiliares), designadamente para melhorar a gestão das alterações do comportamento, designadamente no contexto do serviço de urgência;
- Maior conhecimento das respostas existentes na comunidade e mais recursos locais para encaminhamento (nomeadamente cuidados de média duração);
- Melhor articulação entre os hospitais públicos, a RNCCI e a hospitalização domiciliária para efeitos de referênciação mas também com o setor privado e social;
- Implementação de respostas na comunidade para Pessoas com Demência mais jovens e para aquelas que não têm cuidadores informais;
- Em contexto de entrada pelos serviços de urgência, definir procedimentos internos que incluam percursos alternativos que garantam um espaço próprio e um tratamento diferenciado.

Relativamente às ações prioritizadas, identifica-se:

- Definição de procedimentos e percursos específicos para doentes cognitivos em contexto de urgência e internamento, nomeadamente, uma via própria alternativa à urgência geral (com o apoio da medicina interna);
- Divulgação das respostas sociais existentes aos profissionais dos hospitais;
- Melhorar os canais de articulação e referência entre a saúde e a área social;
- Realização de ações formação/ capacitação de cuidadores e profissionais;
- Investimento na melhoria dos meios domiciliários para evitar a institucionalização;
- Criação de estruturas na comunidade especializadas na área das demências (em número suficiente para enquadrar as necessidades locais) associando a investigação/apoio técnico-científico;
- Criação de mecanismos de apoio financeiro às Pessoas com Demência com carência económica;
- Implementação de respostas na comunidade para Pessoas com Demência mais jovens.



Social

Prioridades de atuação



Saúde

- Consciencialização da população em geral na área das Demências;
- Combate aos estereótipos instituídos;
- Divulgação de recursos locais;
- Implementação e reforço de recursos/respostas na comunidade;
- Facilitação do encaminhamento, em contexto de cuidados de saúde primários, para efeitos de diagnóstico atempado, através da referência para consulta de especialidade e consultas de apoio psicológico para cuidadores informais;
- Apoio à Pessoa com Demência para uma melhor aceitação do seu diagnóstico;
- Formação para cuidadores informais e formais;
- Formação de Agentes Municipais e voluntários;
- Adaptação da estrutura e normas de funcionamento dos equipamentos sociais às Pessoas com Demência;
- Valorização dos profissionais e das entidades que asseguram uma resposta especializada.

- Melhoria da acessibilidade e resposta à consulta de neurologia;
- Afiinação dos critérios de referência do ACES para a consulta de especialidade;
- Definição de procedimentos e percursos específicos para doentes cognitivos em contexto de urgência e internamento, nomeadamente, uma via própria alternativa à urgência geral (com o apoio da medicina interna);
- Divulgação das respostas sociais existentes aos profissionais dos hospitais
- Melhoria dos canais de articulação e referência entre a saúde e a área social;
- Realização de ações formação/ capacitação de cuidadores e profissionais;
- Necessidade de implementação de mais e melhores respostas na comunidade para apoio a Pessoas com Demência e seus Cuidadores, em contexto domiciliário;
- Operacionalização do Estatuto do Cuidador Informal no concelho e articulação entre as Medidas de Apoio previstas e as ações a constar do Plano Municipal de Oeiras para as Demências;
- Criação de estruturas na comunidade especializadas na área das demências (em número suficiente para enquadrar as necessidades locais) associando a investigação/apoio técnico-científico;
- Criação de mecanismos de apoio financeiro às Pessoas com Demência com carência económica;
- Implementação de respostas na comunidade para Pessoas com Demência mais jovens.



VII. PLANO DE AÇÃO

Tendo por base o diagnóstico que é traçado pelos principais atores locais, no território de Oeiras, é delineado um Plano de Ação, com um horizonte temporal que compreende os anos de 2021-2023 e que, com o contributo dos diversos parceiros envolvidos, almeja não só dar continuidade às respostas existentes, com aumentar/ qualificar os recursos, garantindo a introdução de medidas que se espera preencher algumas das principais lacunas identificadas. A intervenção foi, assim perspectivada em 4 eixos:

Eixo I - Promover e Prevenir

No primeiro eixo, o objetivo coaduna-se, acima de tudo, com a sensibilização da comunidade para esta temática ambicionando-se garantir um aumento do conhecimento e a minimização do estigma. Ainda nesta lógica da literacia, pretende-se atuar ao nível da capacitação dos profissionais, pretendendo-se contribuir para uma qualificação dos cuidados prestados pelos diferentes setores.

Eixo II - Diagnosticar Atempadamente

Tendo presente um dos principais constrangimentos identificados pelos cuidadores informais e formais, o eixo II centra-se na redução dos tempos de diagnóstico, nomeadamente através da melhoria dos critérios de referência, da garantia de um menor período de tempo entre esta e a 1ª consulta de especialidade e do aumento do número de consultas neste domínio.

Eixo III - Planear e Intervir

Assumindo que é garantida uma qualificação dos profissionais e uma sinalização/encaminhamento atempados, o terceiro eixo centra-se na intervenção em concreto estabelecendo como prioridade o planeamento de cuidados, de forma integrada e articulada entre os diversos atores/setores. Posteriormente, o III eixo estrutura as diferentes medidas coincidentes com intervenção, em diferentes contextos: 1) na comunidade, assumindo o domicílio como o contexto privilegiado de cuidados e garantindo a manutenção dos projetos já existentes que salvaguardem a continuidade de cuidados formais e específicos às Pessoas com Demência; criando novas respostas e adaptando/alargando algumas iniciativas destinadas à população idosa às pessoas com Demência; 2) no contexto institucional, assegurando a criação

de respostas específicas para Pessoas com Demência. O eixo prevê, ainda, uma intervenção centrada na qualificação dos Cuidados de Fim de Vida.

Eixo IV - Conhecer e Investigar

Porque se pretende que o presente Plano se constitua como um ponto de partida para uma melhoria da atuação local ao nível das Demências, prevê, através do último eixo, não só a realização de projetos de investigação, como o estabelecimento de parcerias estratégicas que se assumam como motores de conhecimento e avanços naquela que é uma área científica com margem para crescimento.

| Eixo | Prioridades Objetivos | N.º | Medida | Fonte/ Ref.ª | Meta | Indicador | Entidade Responsável | Calendarização |
|---|--|-----|---|--|---|--|--|---|
| Eixo I Promover e Prevenir | Promover a literacia na área das demências para aumentar conhecimentos com vista à prevenção e ao diagnóstico atempado | 1 | Realizar ações de informação para a população em geral | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 10 ações • 200 participantes • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • N.º ações • N.º participantes • Avaliação satisfação participantes | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 2 ações 2º semestre 2021 • 4 ações 2022 • 4 ações 2023 |
| | Consciencializar a comunidade para reduzir o estigma associado às Demências | 2 | Realizar campanhas públicas | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 3 campanhas | <ul style="list-style-type: none"> • N.º eventos/campanhas • N.º participantes | <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer Portugal • CMO | <ul style="list-style-type: none"> • 1 campanha 2º semestre 2021 • 1 campanha 2022 • 1 campanha 2023 |
| | Informar outros atores locais | 3 | Realizar ações de informação para agentes municipais, voluntários, bombeiros, PSP | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 5 ações • 50 participantes • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • N.º ações • N.º participantes • Avaliação satisfação participantes | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 1 ação 2º semestre 2021 • 2 ações 2022 • 2 ações 2023 |
| | Capacitar os cuidadores formais | 4 | Realizar ações de formação/capacitação para aquisição de conhecimentos e competências dos profissionais do CHLO (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Dementia as a European Priority • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Estruturar um Plano formativo para auxiliares, enfermeiros e médicos • 60 sessões/2 vezes por mês • 36 participantes (12 por grupo) | <ul style="list-style-type: none"> • Data apresentação proposta • N.º ações • N.º participantes | <ul style="list-style-type: none"> • ESEL • CHLO • ESEL • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre 2021 • A partir de 1 de Julho 2021 |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Sessão de Avaliação por grupo profissional Workshop, Sessão de Avaliação por grupo profissional e sessão de avaliação conjunta | <ul style="list-style-type: none"> Av. eficácia formação | <ul style="list-style-type: none"> ESEL CHLO | <ul style="list-style-type: none"> 2023 2024 | |
| | | 5 | Realizar ações de formação/capacitação para aquisição de conhecimentos e competências dos profissionais das respostas sociais e da RNCCI e RNCP | <ul style="list-style-type: none"> PDS Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> Estruturar os Planos formativos | <ul style="list-style-type: none"> Data apresentação proposta | <ul style="list-style-type: none"> ESEL Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> 2021 |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> 2 ações de formação/2022 de 20 horas/cada 2 ações de formação/2023 de 20 horas/cada 120 Membros de Direção e técnicos | | | | <ul style="list-style-type: none"> 2022 2023 |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> 1 ação de formação/2022 de 22 horas/cada 1 ação de formação/2023 de 22 horas/cada 60 enfermeiros | <ul style="list-style-type: none"> N.º ações/ano Nº participantes/ano | <ul style="list-style-type: none"> ESEL CMO | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> 2 ações de formação/2022 de 20 horas/cada 2 ações de formação/2023 de 20 horas/cada 60 Assistentes Operacionais | | | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Média 4/5 na avaliação das ações Eficácia ? | <ul style="list-style-type: none"> Av. satisfação Av. eficácia formação | <ul style="list-style-type: none"> ESEL CMO Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> 2022 2023 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|----|---|--|--|--|--|---|
| Eixo II Diagnosticar Atempadamente | Reduzir tempos de diagnóstico | 6 | Rever e melhorar os critérios de referência para consulta de especialidade | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Rever/aprovar Procedimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Data apresentação documento | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre de 2021 |
| | | 7 | Reduzir o tempo de 1ª consulta de especialidade após referência do ACES | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • De 62 para 30 dias | <ul style="list-style-type: none"> • Nº de dias entre a data da referência e a da 1ª consulta | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • 2022 |
| | | 8 | Aumentar o número de vagas em consultas de especialidade (Consulta de Neurologia – Doenças da Cognição - 1ª consulta) | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • de 8 vagas/semana para 10 vagas/semana | <ul style="list-style-type: none"> • N.º vagas acrescidas | <ul style="list-style-type: none"> • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • 2022 • 2023 |
| Eixo III Planear e Intervir | Planear e coordenar cuidados de forma integrada | 9 | Melhorar a comunicação/articulação entre os cuidados de saúde e a área social | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia da Saúde na Área das Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Definir canais de comunicação regular • 3 reuniões de trabalho | <ul style="list-style-type: none"> • Data apresentação documento • Nº reuniões | <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Trabalho • Parceiros Locais | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre 2021 |
| | | 10 | Melhorar a comunicação/articulação entre os diversos níveis de cuidados de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia da Saúde na Área das Demências | <ul style="list-style-type: none"> • Definir canais de comunicação regular • 3 reuniões de trabalho | <ul style="list-style-type: none"> • Data apresentação documento • Nº reuniões | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • CHLO • ECL-RNCCI e RNCP | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre 2021 |
| | | 11 | Criar percursos específicos em contexto de urgência e internamento hospitalar (Via exclusiva) | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos de sinalização e acompanhamento do doente cognitivo em contexto de urgência • Implementação dos procedimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Data apresentação documento • Data de implementação dos procedimentos | <ul style="list-style-type: none"> • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • Setembro 2021 • Outubro 2021 |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de sinalização e acompanhamento do doente cognitivo em contexto de internamento | <ul style="list-style-type: none"> • Data apresentação documento • Data de implementação do protocolo | <ul style="list-style-type: none"> • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • Outubro 2021 • Novembro 2021 |

| | | | | | | | | |
|--|------------------------|----|--|--|---|---|---|--|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Implementação do protocolo • Implementação dos procedimentos | | | |
| | | 12 | Aumentar a referência de Pessoas com Demência da Consulta das Doenças da Cognição / Urgência / Hospital de Dia / Internamento de Neurologia para Hospitalização Domiciliária | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 1 doente cognitivo / semana num total atual de 10 vagas • Divulgação do recurso junto de serviços referenciadores • Promoção da aceitabilidade dos cuidadores | <ul style="list-style-type: none"> • Nº de doentes cognitivos / semana | <ul style="list-style-type: none"> • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • 2022 • 2023 |
| | | 13 | Definir protocolo de referência de Pessoas com Demência da consulta de Doenças da Cognição para a consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia da Saúde na Área das Demências | <ul style="list-style-type: none"> • Implementação do protocolo | <ul style="list-style-type: none"> • Data de implementação do protocolo | <ul style="list-style-type: none"> • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • Janeiro 2022 (dependente da contratação de RH MFR) |
| | | 14 | Manter a referência de Pessoas com Demência da consulta de Doenças da Cognição para as consultas de Nutrição e/ou Deglutição do CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia da Saúde na Área das Demências | <ul style="list-style-type: none"> • X Pessoas com Demência nas Consultas de Nutrição/Deglutição (ainda não apurado) | <ul style="list-style-type: none"> • N.º de Pessoas com Demência nas Consultas de Nutrição/Deglutição | <ul style="list-style-type: none"> • CHLO | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 • 2022 • 2023 |
| | Intervir na Comunidade | 15 | Realizar levantamento de recursos de saúde e sociais e proceder à sua divulgação | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • PDS • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o Guia • Divulgar o Guia | <ul style="list-style-type: none"> • Data conclusão do Guia • Data conclusão de divulgação do Guia | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • Grupo de Trabalho | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre 2021 |
| | | 16 | Manter o Gabinete Cuidar Melhor de Oeiras (atendimentos na comunidade a Pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 80 Cuidadores/ano • 80 Pessoas com Demência /ano (direta e indiretamente apoiadas) | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Cuidadores • Nº Pessoas com Demência • Nº atendimentos | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 • 2022 • 2023 |

| | | | | | | | | |
|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | com Demência e cuidadores) | | <ul style="list-style-type: none"> • 150 Atendimentos/ano • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • Av. Satisfação | | |
| | 17 | Manter o Café Memória de Oeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 20 Cuidadores • 10 Pessoas com Demência • 180 participações/ano • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Cuidadores • Nº Pessoas com Demência • Nº participações • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 • 2022 • 2023 | |
| | 18 | Manter o projeto Home 360º | <ul style="list-style-type: none"> • PDS • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 44 Cuidadores/ano • 44 Pessoas com Demência/ano • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Cuidadores • Nº Pessoas com Demência • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • ISJD • CMO | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 • 2022 | |
| | 19 | Criar Programa de Exercício Físico dirigido a Pessoas com Demência em fase inicial (Academia da Mobilidade) | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 1 programa experimental de 4 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Programas | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • CMO | <ul style="list-style-type: none"> • 2022 | |
| | 20 | Alargar o âmbito do programa "Turismo Sénior" a Pessoas com Demência e seus cuidadores | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 60 Cuidadores • 24 Pessoas com Demência • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Cuidadores • Nº Pessoas com Demência • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • CMO | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre 2021 • 2022 • 2023 | |
| | 21 | Analisar a possibilidade de criar um mecanismo de apoio financeiro às Pessoas com Demência com carência económica | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Documento com análise e proposta | <ul style="list-style-type: none"> • Data de apresentação de análise e proposta | <ul style="list-style-type: none"> • CMO | <ul style="list-style-type: none"> • 2022 | |
| | 22 | Aumentar a realização das consultas de apoio psicológico às Pessoas com Demência (para dar suporte emocional, facilitar a aceitação do diagnóstico e o ajustamento à doença) | <ul style="list-style-type: none"> • ECI • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 10 Pessoas com Demência • 100 Consultas • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Pessoas com Demência • Nº Consultas • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer Portugal • ACES (referenciação) | <ul style="list-style-type: none"> • 2º semestre 2021 • 2022 • 2023 | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----|--|--|--|---|--|---|
| | | 23 | Manter a realização de sessões de estimulação cognitiva para Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 10 Pessoas com Demência/ano • 100 Sessões/ano • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Pessoas com Demência • Nº Sessões • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer Portugal (GCM Oeiras) | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 • 2022 • 2023 |
| | | 24 | Nomear profissionais de referência para os Cuidadores Informais e elaborar Planos de Intervenção Específica (PIE) | <ul style="list-style-type: none"> • ECI | <ul style="list-style-type: none"> • 40 Cuidadores /2021 • 40 PIE / 2021 • 80 Cuidadores / 2022 • 80 PIE / 2022 • 80 Cuidadores / 2023 • 80 PIE / 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Cuidadores • Nº PIE | <ul style="list-style-type: none"> • ACES* • ISS* | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 (após aplicação ECI em Oeiras) • 2022 • 2023 |
| | | 25 | Prestar informação aos Cuidadores Informais sobre a doença, os apoios e respostas ¹² existentes e realizar encaminhamento | <ul style="list-style-type: none"> • ECI • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 100 Cuidadores / ano • 150 Atendimentos / ano | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Cuidadores • Nº Atendimentos • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • ISS • ACES* • Alzheimer Portugal (GCM Oeiras) • Serviços sociais da Autarquia | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 (após aplicação ECI em Oeiras) • 2022 • 2023 |
| | | 26 | Realizar ações de Informação sobre o ECI para Pessoas com Demência e Cuidadores | <ul style="list-style-type: none"> • ECI • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 20 participantes /2021 • 1 ação / 2021 • 60 participantes / 2022 • 3 ações / 2022 • 40 participantes / 2023 • 2 ações / 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Nº participantes • Nº Ações | <ul style="list-style-type: none"> • ISS • ACES* • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 (após aplicação ECI em Oeiras) • 2022 • 2023 |
| | | 27 | Realizar ações de Informação <i>online</i> sobre o ECI para técnicos (profissionais de saúde de ação social) | <ul style="list-style-type: none"> • ECI • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 60 técnicos /2021 • 2 ações / 2021 • 90 técnicos / 2022 • 3 ações / 2022 • 90 técnicos / 2023 • 3 ações / 2023 • Cada ação 2h + 4h | <ul style="list-style-type: none"> • Nº técnicos • Nº Ações | <ul style="list-style-type: none"> • ISS • ACES* • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 (após aplicação ECI em Oeiras) • 2022 • 2023 |

¹² Regime do Maior Acompanhado (Lei n.º49/2018 de 14 de Agosto)- permite a qualquer pessoa que, por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento se encontre impossibilitada de exercer pessoal, plena e conscientemente os seus direitos ou de cumprir os seus deveres, possa requerer junto do Tribunal as necessárias medidas de acompanhamento. Permite ainda que possa escolher por quem quer ser acompanhado (pessoa ou pessoas incumbidas de a ajudar ou representar na tomada de decisões de natureza pessoal ou patrimonial). As medidas de acompanhamento podem também ser requeridas pelo Ministério Público, pelo cônjuge, pelo unido de facto ou por qualquer parente sucessível da pessoa que carece daquelas medidas.

| | | | | | | | | |
|--|--|----|--|--|---|---|---|---|
| | | 28 | Realizar ações de formação/capacitação para aquisição de conhecimentos e competências Cuidadores Informais na área das Demências | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • ECI • Diagnóstico | Estruturar um Plano formativo <ul style="list-style-type: none"> • 4 ações de formação de 25 horas/cada • 48 participantes • Média 4/5 | Data de apresentação de proposta <ul style="list-style-type: none"> • N.º ações • N.º participantes • Av. satisfação | Grupo de Trabalho <ul style="list-style-type: none"> • ACES* • CSP S. Romão Carnaxide • Alzheimer Portugal | 2º semestre 2021 <ul style="list-style-type: none"> • 2 ações / 2022 • 2 ações / 2023 |
| | | 29 | Realizar ações de formação/capacitação para Pessoas com Demência e Cuidadores Informais para o acesso a projetos assentes na utilização de novas tecnologias | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | Estruturar um Plano formativo <ul style="list-style-type: none"> • 4 ações de formação de 8 horas/cada • 48 participantes • Média 4/5 | Data de apresentação de proposta <ul style="list-style-type: none"> • N.º ações • N.º participantes • Av. satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • Pólo Instituto Superior Técnico | <ul style="list-style-type: none"> • 2 ações / 2022 • 2 ações / 2023 |
| | | 30 | Manter a realização das consultas de apoio psicológico individual aos Cuidadores Informais | <ul style="list-style-type: none"> • ECI • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 10 Cuidadores/ano • 50 Consultas/ano • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • N.º Cuidadores • N.º Consultas • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • Alzheimer Portugal (GCM Oeiras) | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 • 2022 • 2023 |
| | | 31 | Criar um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) para Cuidadores Informais | <ul style="list-style-type: none"> • PDS • ECI | <ul style="list-style-type: none"> • 1 GAM • 120 Participações/ano • Média 4/5 | <ul style="list-style-type: none"> • N.º GAM • N.º Participações • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • ACES* • Alzheimer Portugal* (GCM Oeiras) | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 (após aplicação ECI em Oeiras) • 2022 • 2023 |
| | | 32 | Promover o acesso a respostas de “Descanso do Cuidador” (RNCCI + ERPI + SAD) | <ul style="list-style-type: none"> • ECI • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 10 Cuidadores referenciados /ano | <ul style="list-style-type: none"> • N.º Cuidadores | <ul style="list-style-type: none"> • ACES • ISS • Alzheimer Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • 2021 (2º semestre) • 2022 • 2023 |
| | | 33 | Adaptar uma resposta/unidade de Dia existente especificamente | <ul style="list-style-type: none"> • PRR¹³ • PDS | <ul style="list-style-type: none"> • 15 vagas | <ul style="list-style-type: none"> • N.º de vagas | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • CSP S. Romão Carnaxide | 2º semestre de 2023 ¹⁴ |

¹³ Plano de Recuperação e Resiliência https://www.consultalex.gov.pt/ConsultaPublica_Detail.aspx?Consulta_Id=183

¹⁴ De acordo com reunião realizada no dia 30/04/2021, o processo está pendente da realização da obra de ampliação do lar, porque o processo de licenciamento ainda não está concluído. Não conseguem indicar um horizonte temporal.

| | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------|--|---|---|---|--|---|
| | | para Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | | | | | |
| | Intervir em Contexto Institucional | 34 | Construir um equipamento com uma unidade de internamento (60 beneficiários) e uma Unidade de Dia específica para Pessoas com Demência de início precoce (15 beneficiários) | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • PRR | <ul style="list-style-type: none"> • Início da construção | <ul style="list-style-type: none"> • Data de início da construção | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • ISJD • Administração Central | <ul style="list-style-type: none"> • 2023 |
| | | 35 | Criar uma resposta especializada de institucionalização “Centro de Reabilitação e Demências” (equipamento em construção) | <ul style="list-style-type: none"> • PRR • Estratégia Saúde Demências • PDS • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 16 vagas | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • ISJD • CMO | <ul style="list-style-type: none"> • 2021/22 |
| | | 36 | Criar uma Unidade de Dia na comunidade para Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • X Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • Nº Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • SCMO | Data ? |
| | | 37 | Realizar diagnóstico sobre tipo e quantidade das necessidades de adaptação para ajustar o ambiente arquitetónico dos equipamentos sociais às Pessoas com Demência | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • ADI Report 2020: <i>Design, dignity and Dementia</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Documento Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Data de entrega do documento | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • Parceiros Locais • Grupo de Trabalho | 1º semestre 2022 |
| | | 38 | Apoiar financeiramente a realização de obras de adaptação do ambiente arquitetónico dos equipamentos sociais | <ul style="list-style-type: none"> • PRR • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Dependente do diagnóstico (medida 37) e afetação de verbas do PRR | <ul style="list-style-type: none"> • Nº obras • Montante da verba | <ul style="list-style-type: none"> • CMO • Parceiros Locais • Administração Central | 1º semestre 2022 |
| | | 39 | Divulgar boas práticas para promover a atualização das normas internas de | <ul style="list-style-type: none"> • PRR • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Definir Guidelines | <ul style="list-style-type: none"> • Data de entrega do documento | <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Trabalho • Parceiros Locais | 2º semestre 2022 |

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----|---|---|--|--|---|---|
| | | | funcionamento das respostas sociais existentes | | | | | |
| | Intervir em Cuidados de Fim de Vida | 40 | Alargar a resposta de Internamento em Cuidados Paliativos (equipamento em construção) | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 16 camas | <ul style="list-style-type: none"> • Nº camas | <ul style="list-style-type: none"> • ISJD • CMO • RNCCI | <ul style="list-style-type: none"> • 2021/22 |
| | | 41 | Realizar um diagnóstico de Necessidades de Formação junto dos técnicos dos equipamentos sociais | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências | <ul style="list-style-type: none"> • Documento de Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Data Apresentação Documento | <ul style="list-style-type: none"> • ACES-ECSCP • CMO • Alzheimer Portugal | Dependente da Candidatura ao Concurso da Fundação La Caixa "Projetos inovadores de Intervenção em CP" entregue em 25.03.2021 |
| | | 42 | Realizar um evento formativo tipo seminário sobre CP e Demência para profissionais | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 1 evento | <ul style="list-style-type: none"> • Nº eventos • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • ACES-ECSCP • CMO • Alzheimer Portugal | |
| | | 43 | Realizar um ciclo formativo sobre CP e Demência para profissionais do ACES e técnicos dos equipamentos sociais | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia Saúde Demências • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 50 profissionais do ACES/Ano • 150 técnicos dos equipamentos sociais /Ano | <ul style="list-style-type: none"> • Nº profissionais • Av. Satisfação • Nº profissionais • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer Portugal • ACES-ECSCP • CMO | |
| | | 44 | Curso "Abraçar a Vida Aceitando a Morte" para preparar os voluntários emocionalmente para lidar com o sofrimento das pessoas que estão a acompanhar, e dar recursos para dar apoio psicossocial e existencial de qualidade (presencial ou online) | <ul style="list-style-type: none"> • PDS • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 32h de formação • Máx. 10 formandos | <ul style="list-style-type: none"> • Nº formandos • N.º horas formação • Av. Satisfação | <ul style="list-style-type: none"> • AMARA | <ul style="list-style-type: none"> • Outubro de 2021 • 2022 (1 edição por ano) • 2023 (1 edição por ano) |
| | | 45 | Realizar workshop "A Morte e o Morrer" | <ul style="list-style-type: none"> • PDS • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • 1h30 de formação • Máx. 10 formandos | <ul style="list-style-type: none"> • Nº formandos • N.º horas formação | <ul style="list-style-type: none"> • LinQUE | <ul style="list-style-type: none"> • Novembro 2021 • 2022 (1 edição por ano) |

| | | | | | | | | |
|--|---|----|---|---------------|---|---|---|--|
| | | | para preparar os voluntários para entenderem o processo fisiológico dos últimos momentos de vida e a preparação para o luto (presencial ou online) | | | • Avaliação média >4 (escala 0-5) | | • 2023 (1 edição por ano) |
| | | 46 | Implementar Grupo de interajuda no Luto de modo a acompanhar cuidadores informais | • Diagnóstico | • 5 a 10 participantes/ano • 80% de participação | • N.º participantes/ano • Taxa de participação nas sessões | • AMARA | • Novembro de 2021 • 2022 • 2023 |
| Eixo IV Conhecer e Investigar | Promover a realização de projetos de investigação | 47 | Realizar um evento para promoção de sinergias entre os parceiros do Grupo de Trabalho e outras entidades para identificar áreas de estudo e promover e/ou implementar projetos de investigação | • Diagnóstico | • 15 parceiros | • N.º parceiros presentes | • CHLO (Dep. Investigação Clínica) • ISJD • ACES • Universidades e Polos de Investigação | • 30 Setembro 2021 |
| | | 48 | Colaborar na realização do estudo “Associação entre o índice de Memória do Montreal Cognitive Assessment e o teste de avaliação cognitiva Free and Cued Selective Reminding Test” liderado pela Dra. Cláudia Borbinha | • Diagnóstico | • Aumentar a amostra de 50 para 100 participantes | • N.º de participantes | • CHLO | • 31 Março 2022 |
| | | 49 | Realizar dois Ensaios Clínicos Farmacológicos (em fase de submissão à Comissão de Ética para a Investigação Clínica) | • Diagnóstico | • Ensaio 1: 4 doentes • Ensaio 2: 6 doentes | • N.º doentes incluídos nos ensaios | • CHLO | • Dependente da aprovação dos ensaios |

| | | | | | | | | |
|--|--|----|---|---|---|---|--|--|
| | | 50 | Apresentar os resultados do projeto Home 360º | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Relatório Anual | <ul style="list-style-type: none"> • Data de apresentação dos relatórios | <ul style="list-style-type: none"> • ISJD | <ul style="list-style-type: none"> • Dezembro 2021 • Dezembro 2022 |
|--|--|----|---|---|---|---|--|--|

* Atividades dependentes da regulamentação sobre a aplicação do ECI a todo o território nacional

VIII. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

1. Constituição do Grupo de Trabalho e descrição de funções

Para monitorização da execução do Plano de Ação, será constituído um grupo de trabalho, coordenado por um representante do Município de Oeiras e composto por um interlocutor de cada uma das entidades responsáveis pela sua elaboração.

Compete a este grupo, de uma forma geral, garantir a execução e avaliação das medidas do Plano, através dos indicadores e metas definidos. Para este efeito, as suas funções serão as seguintes:

- a) Realizar reuniões trimestrais;
- b) Analisar os dados recolhidos por cada uma das entidades referentes às medidas sob sua responsabilidade;
- c) Avaliar o cumprimento das metas e indicadores de execução e avaliação constantes do Plano de Ação;
- d) Analisar a implementação de novos projetos, respostas ou outras iniciativas na área das Demências ainda não contemplados no Plano de Ação promovidos pelas entidades que compõem o grupo de Trabalho ou por entidades externas;
- e) Criar sinergias e um espírito colaborativo com vista à implementação bem-sucedida do Plano Local de Oeiras para as Demências de modo a melhorar a qualidade de vida de quem vivencia a doença e dos seus familiares e cuidadores;
- f) Elaborar relatórios e outros documentos.

2. Articulação com o Plano Regional de Saúde na área das Demências

Encontra-se prevista na Estratégia da Saúde na Área das Demências, a elaboração e implementação de Planos Regionais com vista a concretizar esta ferramenta de Política Pública, indo ao encontro das necessidades específicas de cada uma das cinco regiões: Lisboa e Vale do Tejo, Norte, Centro, Alentejo e Algarve. Esta tarefa é da responsabilidade de cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), sendo que à data de hoje os planos ainda não foram publicados, razão pela qual ainda não se faz uma correspondência direta com o Plano da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e respetivas orientações e medidas. Ainda assim, este documento foi elaborado em total alinhamento com a referida Estratégia e competirá ao Grupo de Trabalho

proceder a esta articulação, tanto no que respeita à eventual atualização de alguma medida, como no diálogo colaborativo com os interlocutores responsáveis pelo Plano, a nível regional.

BIBLIOGRAFIA

1. Dementia in Europe - Yearbook 2019 - Estimating the prevalence of dementia in Europe. Ed. Alzheimer Europe, Luxemburgo (2019) ISBN 978-99959-995-9-9
2. Câmara Municipal de Oeiras, 2018, Diagnóstico Social do Concelho de Oeiras.
3. Câmara Municipal de Oeiras, 2018, Plano de Desenvolvimento Social 2018-2022.
4. Câmara Municipal de Oeiras, 2017, Rede de Equipamentos e Respostas Sociais do Concelho de Oeiras.
5. CARVALHO, Irene (Coord.), 2021, Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal.
6. Ministério do Planeamento da República Portuguesa, 2021, Plano de Recuperação e Resiliência- Recuperar Portugal, Construindo o Futuro.

ANEXOS

Anexo 1. Estratégia da Saúde na Área das Demências – despacho do Gabinete do Secretário Adjunto e da Saúde nº 5988/2018

Anexo 2. Respostas sociais complementares na área do envelhecimento promovidas pelo Município

Anexo 1. Estratégia da Saúde na Área das Demências – despacho do Gabinete do Secretário Adjunto e da Saúde nº 5988/2018

17094

Diário da República, 2.ª série — N.º 116 — 19 de junho de 2018

2.1.6 — Promover a criação e dinamização de projetos de incidência comunitária, em articulação com outros serviços e entidades;

2.1.7 — Assegurar o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a pessoas em situação de dependência;

2.1.8 — Implementar, acompanhar e avaliar as medidas e políticas de prevenção e apoio social à pessoa idosa, dependente e deficiente, na família e em situação de acolhimento;

2.1.9 — Assegurar e qualificar a representação da Segurança Social, nas diferentes Parcerias, nomeadamente nas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);

2.1.10 — Acompanhar a execução de projetos no âmbito de programas de desenvolvimento social e de investimento em equipamentos sociais.

3 — O presente despacho produz efeitos imediatos e, por força dela e do disposto no n.º 3 do artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo, ficam ratificados todos os atos praticados pelo mencionado dirigente no âmbito da aplicação da presente delegação e subdelegação de poderes.

28 de maio de 2018. — A Diretora da Unidade de Desenvolvimento Social, *Ana Ceilina Caetano Dias*.

311408407

SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Despacho n.º 5988/2018

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades reforçar o poder e a participação do cidadão no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e expandir e melhorar a integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência e aos seus cuidadores. Neste sentido, o SNS deve organizar-se de acordo com as suas necessidades e preferências, no respeito pela sua dignidade e autonomia, focando-se na qualidade e na ética da prestação de cuidados e promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização. Deve fazê-lo indo ao encontro da pessoa na família, na escola, no trabalho, na comunidade, na cultura e no lazer, criando um ambiente favorável à prevenção da doença e à promoção da saúde. Reconhece-se ainda, como fundamental, o apoio a cuidadores informais de pessoas dependentes nos seus domicílios e o reforço da componente de saúde mental nas redes dos Cuidados Continuados Integrados e dos Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com algumas estimativas existem em Portugal cerca de 150 000 pessoas com demência, a maioria das quais com mais de 65 anos, uma vez que o principal risco para o desenvolvimento de demência é a idade. Tendo em conta este contexto, e com o envelhecimento populacional, esta dimensão tenderá a aumentar. De assinalar ainda que a maioria dos países europeus têm uma estratégia nacional na área das demências, reconhecendo esta área como uma prioridade de saúde pública.

Por tais razões, mas também pelas exigências que um diagnóstico de demência impacta, quer para a pessoa com demência, quer para a família e para a sociedade, justifica-se que o Estado defina uma estratégia que permita o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, nomeadamente o desenho do percurso de cuidados das pessoas com demência, tendo em consideração as características específicas do SNS.

Neste sentido, através do Despacho n.º 17/2016, de 20 de outubro de 2016, foi reconhecida a necessidade de ter um quadro de referência com base empírica, consensualizada por peritos, que permitisse o desenho de políticas públicas na área das demências, considerando as orientações dos organismos internacionais, as melhores práticas dos países de referência e o Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Neste quadro, foi desenvolvido por um grupo de trabalho no âmbito da Coordenação Nacional da reforma do SNS para a área dos Cuidados Continuados Integrados, um documento intitulado «Bases para a Definição de Políticas Públicas na Área das Demências», o qual foi objeto de consulta pública, amplamente participada, resultando o seu documento final do acolhimento de muitos dos contributos recebidos por parte dos vários profissionais, entidades e cidadãos, conferindo uma maior transparência e credibilização a todo o processo.

Assim, foi elaborada a Estratégia da Saúde na Área das Demências, que se aprova através do presente despacho, que define os princípios a que devem obedecer os cuidados a pessoas com demência, os critérios a utilizar na intervenção preventiva, as medidas a adotar relativamente à deteção precoce, as medidas de acesso ao diagnóstico médico bem como ao diagnóstico compreensivo, e o escalonamento das respostas terapêu-

ticas nos três níveis de cuidados de saúde, clarificando-se um percurso de cuidados para as pessoas com demência, assente nos princípios da ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade.

Pretende-se assim, desenvolver uma estratégia que promova uma maior colaboração e coordenação intersectorial, o diagnóstico atempado e correto, bem como o acesso a tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, mediante o reforço do papel dos cuidados de saúde primários e da colaboração destes com os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos, e a comunidade dos cuidados na comunidade e o apoio às famílias.

Importa ainda, no âmbito da referida Estratégia, implementar medidas tendentes a desenvolver a consciencialização pública em termos de saúde para o problema das demências, promover a literacia dos cidadãos em geral, a formação dos profissionais de saúde, o acesso a novas tecnologias e a investigação.

Considera-se assim prioritário a elaboração de Planos Regionais da Saúde para as Demências que, por um lado, se ajustem às especificidades de cada Região e das respetivas Redes, garantindo a interligação e inclusão dos vários atores regionais e locais e, por outro, contemplem os eixos fundamentais definidos na referida Estratégia, constituindo, no seu conjunto, um verdadeiro Plano Nacional de Saúde para as Demências, devendo estar articulados com o Plano Nacional de Saúde Mental e o Plano Nacional de Saúde.

Na sequência das diversas recomendações da Assembleia da República e tendo por base o trabalho desenvolvido pelo referido grupo de trabalho, determina-se o seguinte:

1 — É aprovada a Estratégia da Saúde na Área das Demências constante do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante.

2 — É constituída a Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências adiante designada por Coordenação, com a missão de acompanhar a elaboração dos Planos Regionais para as Demências, da responsabilidade das respetivas Administrações Regionais de Saúde.

3 — Os Planos Regionais da Saúde para as Demências devem estar concluídos no prazo máximo de um ano a contar da entrada em vigor do presente despacho, e obedecer aos seguintes princípios:

a) Ser coerentes com a estratégia agora aprovada;

b) Contemplar como eixos fundamentais: a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores, a investigação pertinente nas áreas relacionadas com as demências e os direitos das pessoas em situação de incapacidade, incluindo os respeitantes aos cuidadores e as intervenções;

c) Incluir abordagens de formação no âmbito das áreas da saúde, para os utentes, cuidadores e profissionais de saúde;

d) Prever mecanismos para monitorização e avaliação contínuas, através de instâncias adequadas e dispondo dos meios necessários, a criar ou adaptar para o efeito.

4 — A Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências é constituída por um representante de cada um dos seguintes serviços e organismos:

a) António Leuschner, representante do Conselho Nacional da Saúde Mental;

b) Miguel Narição, representante da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.;

c) Paula Domingos, representante da Direção-Geral da Saúde;

d) Carla Marques Pereira, representante da SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;

e) Jorge Bouça, representante da Administração Regional de Saúde do Norte;

f) Manuel Teixeira Marques Veríssimo, representante da Administração Regional de Saúde do Centro;

g) Teresa Maia, representante da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

h) Maria da Graça Godinho Simões Eliseu, representante da Administração Regional de Saúde do Alentejo;

i) Josélia Gonçalves, representante da Administração Regional de Saúde do Algarve;

j) Pedro Folgado e como substituto Rogério Bacalhu, representante da Associação Nacional de Municípios Portugueses;

k) António Pedro de Carvalho Morais Soares e como substituta Martina Pires Marcelino de Jesus, representante da Associação Nacional de Freguesias;

l) Maria João Rebelo Quintela, representante da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade;

m) Manuel Caldas de Almeida, representante da União das Misericórdias Portuguesas;

n) Bernardete Catarina Alves Leal, representante da União das Mutualidades Portuguesas;

o) Um elemento a designar pela Ordem dos Médicos;

p) Fernando António da Trindade Rodrigues, representante da Ordem dos Enfermeiros;

q) Renata Benavente, representante da Ordem dos Psicólogos Portugueses;

r) Conceição Calhau, representante da Ordem dos Nutricionistas;

s) Helena Farinha, representante da Ordem dos Farmacêuticos;

t) Maria José Salgado, representante da Associação dos Profissionais de Serviço Social;

u) Mannel Oliveira, representante da Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários;

v) Mannel Lopes, representante da Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados;

w) Bruno Gomes, representante da Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares;

x) Catarina Alvarez e Maria do Rosário Zincke dos Reis, representantes da Associação Alzheimer Portugal.

5 — A Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências é coordenada pelo Presidente do Conselho Nacional da Saúde Mental, o qual constituirá uma Comissão Executiva, com um máximo de 5 elementos, de entre os representantes referidos no número anterior.

6 — A implementação dos Planos Regionais da Saúde para as Demências compete às respetivas Administrações Regionais de Saúde, sendo que a sua monitorização e avaliação é coordenada pela Comissão Executiva referida no número anterior.

7 — Os membros da Coordenação e da Comissão Executiva não auferem qualquer remuneração ou abono pelo exercício das suas funções, sem prejuízo do direito ao pagamento de ajudas de custo nos termos da legislação em vigor.

8 — A Secretária-Geral do Ministério da Saúde assegura o apoio logístico e administrativo necessários ao funcionamento da Coordenação.

9 — O mandato da Coordenação extingue-se com a apresentação dos relatórios e propostas referidas nos n.ºs 2 e 3.

10 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

6 de junho de 2018. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,
Fernando Manuel Ferreira Araújo.

ANEXO

Estratégia da Saúde na Área das Demências

1 — Pressupostos

Por despacho de 20 de outubro de 2016, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde foi definida a necessidade de desenvolver «um quadro de referência que permita o desenho do percurso de cuidados das pessoas com demência, tendo em consideração as características específicas do Serviço Nacional de Saúde.

Esse quadro de referência deve permitir ainda a definição:

Dos princípios a que devem obedecer os cuidados a pessoas com demência:

Necessidades e preferências das pessoas com demência;
Princípios éticos, consentimento informado e autonomia;
Cuidados baseados na comunidade;
Continuidade de cuidados;
Diversidade e equidade;

Padrões de Qualidade;

Dos critérios a utilizar na intervenção preventiva;
Das medidas a adotar relativamente à identificação precoce;
Das medidas de acesso ao diagnóstico médico, bem como ao diagnóstico compreensivo;

Do escalonamento das respostas terapêuticas nos três níveis de cuidados, bem assim como das tipologias de serviços e seu enquadramento.»

Foi estabelecido que este quadro de referência considerasse as orientações e melhores práticas a nível internacional, trabalhos preliminares a nível nacional e o previsto no Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Dever-se-ão considerar, ainda, as características específicas do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Neste contexto, foi constituído um grupo de trabalho no âmbito da Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para a área dos Cuidados Continuados Integrados, com a cola-

aboração da Coordenação para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários.

Definiu-se o objetivo de elaborar um documento que, considerando a evidência disponível e a diversidade de instituições de saúde envolvidas, apresente propostas para uma estratégia que enquadre os cuidados de saúde a prestar às pessoas com demência — independentemente do tipo e respetivo estado —, bem como às suas famílias e cuidadores informais. Estas propostas devem promover uma melhor qualidade de vida e estabelecer os princípios gerais a que deve obedecer a definição do percurso de cuidados, considerando o pilar fundamental da estratégia.

Sendo certo que o principal risco para o desenvolvimento de demência é a idade, o envelhecimento da população portuguesa implicará, muito provavelmente, um número crescente de casos de demência, atualmente estimado em mais de 150.000, um pequeno número das quais com menos de 65 anos.

Sem esquecer as medidas gerais de promoção da saúde e de prevenção das doenças ao longo da vida, haverá que garantir as melhores condições de acesso aos serviços de saúde, numa base de proximidade, comunidade, integração e equidade, dentro dos condicionamentos impostos pela necessária sustentabilidade.

O impacto das demências existe não apenas nas pessoas afetadas, mas também nas suas famílias e na comunidade em geral, nomeadamente pela crescente carga socioeconómica associada. Importa desenhar um modelo de prestação de cuidados de saúde que tenha em conta as necessidades e preferências nas diferentes fases da(s) doença(s), desde a identificação precoce, até às situações que tenham já um percurso evolutivo, mais ou menos longo, carecendo de planos de cuidados específicos.

Será relevante, pois, definir os princípios gerais de desenho do percurso de cuidados, salvaguardando a entrada em qualquer ponto do percurso evolutivo da doença, com ênfase nos cuidados no domicílio e adiando, tanto quanto possível, a institucionalização de longo prazo, potenciadora de dependência.

O que se pretende é proporcionar as condições que otimizem a utilização dos recursos disponíveis, garantindo a sua articulação e, sempre que possível, integrando-os em canais facilitadores do acesso aos cuidados de saúde necessários.

A coordenação facilitadora deverá ser mais funcional do que orgânica, através de interlocutores designados em cada um dos segmentos da rede — cuidados de saúde, primários, hospitalares e continuados — que se articularão, por sua vez, com quem venha a assumir a responsabilidade pela coordenação de cuidados, nos termos que adiante serão propostos.

Esta necessidade de coordenação é tanto maior quanto se trata de situações que afetam pessoas de mais idade, apresentando frequentes comorbilidades e necessidades complexas a diferentes níveis. É crucial que os cuidados sejam centrados na pessoa, o que reforça o papel da unidade de saúde de maior proximidade, previsivelmente da rede de cuidados de saúde primários, bem como a articulação entre serviços de saúde, e eventualmente, os municípios.

O desenho dos percursos a percorrer pelas pessoas com demência, ou com défice cognitivo em investigação, deve assim garantir a necessária flexibilidade para assegurar um ajustamento temporal às necessidades e preferências de cada pessoa e da sua família. Nesta fase, foi opção não introduzir as questões ligadas, especificamente, à gestão do défice cognitivo ligeiro sem critérios de demência, ressalvando a sua importância e a necessidade de discussão ulterior.

2 — Introdução

Partindo da documentação internacional inspiradora de políticas na área das demências^(*), o Grupo de Trabalho respeitou a distinção entre os conceitos de ‘estratégia’ e ‘plano’^(*). A ‘estratégia’, primária no tempo e por princípio relativamente ao ‘plano’, tem uma natureza mais lata e aborda os ‘porquês’, não definindo ‘como’ concretizar os passos escolhidos. Mediante a definição de um ‘plano’, as instâncias oficiais responsabilizam-se pela prossecução de objetivos específicos, numa colaboração desejável com entidades não-governamentais^(*).

Assim, foi objetivo do Grupo de Trabalho:

1) Perspetivar historicamente os esforços conducentes à elaboração de políticas sobre demências em Portugal e resumir alguns dados nacionais relevantes;

2) Resumir e enquadrar na realidade nacional, as recomendações estratégicas consensualizadas internacionalmente;

3) Reiterar a necessidade de um Plano da Saúde para as Demências cuja elaboração deverá ser operacionalizada.

Perspetiva histórica recente

Em Portugal, a atenção dada às demências tem sido pouco consequente. As demências não são ainda reconhecidas como uma prioridade de saúde pública. Portugal integra a minoria de países europeus em que não existe uma estratégia oficial, tornando-se imperativo um papel mais

ativo na definição de políticas nacionais, bem como no acompanhamento de redes e programas internacionais.

Registam-se passos recentes, na esfera política e legislativa, ou refletindo o esforço das organizações não-governamentais:

Em 2009, a Alzheimer Portugal publicou o documento «Plano Nacional de Intervenção Alzheimer», preparatório da Conferência «Doença de Alzheimer — Que políticas?»⁽¹⁾; mais tarde, a Alzheimer Portugal colaborou ainda na elaboração e divulgação de outros documentos estratégicos internacionais⁽²⁾.

Em 2010, foram aprovadas as Resoluções da Assembleia da República, n.º 133⁽³⁾ e 134⁽⁴⁾, convidando o Governo a considerar as demências como prioridade nacional e a criar um programa ou plano a elas dirigido.

Em 2012, é publicada a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, bem como a nomeação do procurador dos cuidados de saúde, criando ainda o Registo Nacional do Testamento Vital⁽⁵⁾.

Em maio de 2013, teve lugar o Seminário «Estruturação do Plano Nacional de Intervenção em Perturbações Demenciais», por iniciativa da Direção-Geral da Saúde (DGS), com a coordenação científica do Prof. Joel Ménard, Presidente da Comissão de Redação do Plano Francês para a Demência de Alzheimer e doenças afins. Este seminário congregou peritos nacionais de áreas médicas, promovendo uma discussão preliminar de estratégias para a demência em Portugal. Em dezembro de 2014, também por iniciativa da DGS, realizou-se o II Seminário sobre a «Estruturação do Plano Nacional de Intervenção em Perturbações Demenciais».

Em 2015, é aprovada a Estratégia de Proteção para o Idoso pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015⁽⁶⁾, no seguimento da qual foram apresentados dois Projetos de Lei, n.º 61 e 62/XIII, I, modificando o regime das incapacidades e seu suprimento e criminalizando um conjunto de condutas que atentam contra os direitos fundamentais dos idosos, os quais não foram ainda apreciados em Plenário. Esta estratégia prevê o reforço da proteção dos direitos dos idosos em situação de capacidade diminuída, mediante alterações ao Código Civil, nomeadamente, em sede de regime das incapacidades e seu suprimento e alijando, por exemplo, uma melhor prevenção de situações de violência e abuso.

No plano técnico-científico, a DGS publicou, em 2011, normas para a abordagem terapêutica das alterações cognitivas⁽⁷⁾, embora não seja claro o seu caráter vinculativo. Verifica-se também um esforço recente na inclusão de dados referentes às demências nas estatísticas oficiais de saúde⁽⁸⁾.

Na investigação em políticas e serviços, regista-se a participação de equipas portuguesas em projetos de iniciativa europeia, como o *Acticare* — *Access to Timely Formal care*⁽⁹⁾ ou o RHAPSODY — *Research and Strategy for Dementia in the Young*⁽¹⁰⁾. Estes estudos multicêntricos europeus contribuíram em breve para recomendações internacionais e nacionais quanto aos cuidados formais prestados às pessoas com demência e suas famílias na comunidade (*Acticare*) ou divulgarão materiais psicoeducativos relevantes, principalmente nas demências de início muito precoce (RHAPSODY).

Dados para caracterização do problema

Algumas projeções, baseadas em taxas de prevalência internacionais, estimam o número de pessoas com demência no nosso país em 160 a 185 mil^(11,12). Embora recorrendo a amostras não representativas, existem estudos epidemiológicos de prevalência comunitária que evidenciam a ordem de grandeza do problema no nosso país. Um primeiro estudo de campo (amostra de pessoas com 55-79 anos) calculou a taxa de prevalência de 2,7% (IC95% 1,9 — 3,8%), usando os critérios diagnósticos DSM-IV⁽¹³⁾. Um segundo estudo (amostra de pessoas com 65 anos ou mais) reportou taxas mais elevadas, usando o algoritmo do 10/66 *Dementia Research Group*: 9,2% (95% IC 7,8 — 10,9)⁽¹⁴⁾. Considerando estes resultados, consentâneos com estimativas internacionais⁽¹⁵⁾, o número de pessoas com demência em Portugal poderá ser, inclusivamente, superior às projeções referidas^(11,12).

Em 2015, foi ainda estimado que 76 250 pessoas diagnosticadas com demência receberiam fármacos antidemenciais, representando um encargo financeiro de 37 ME/ano⁽¹⁶⁾. Também os escassos dados oficiais referentes a estatísticas hospitalares ou de cuidados primários⁽¹⁷⁾ sustentam uma apreciável ordem de grandeza do *burden of disease* representado pelas demências em Portugal. Por outro lado, o *World Alzheimer Report 2016*⁽¹⁸⁾ estima que apenas 40-50% dos casos de demência estarão identificados nos países mais desenvolvidos, o que sugere que os números reais podem ser muito superiores.

Acresce a noção generalizada da existência de necessidades não cobertas de cuidados nas pessoas com demência e suas famílias/cuidadores informais⁽¹²⁻²⁴⁾. Um estudo internacional sobre demências, atrás

referido, foca-se nas dificuldades em aceder atempadamente a cuidados formais na comunidade, e.g. centros de dia, apoio domiciliário⁽²⁵⁾. Os resultados preliminares apontam para níveis elevados de necessidades não cobertas em Portugal, com desigualdades nos padrões de acesso e no uso dos serviços, em comparação com outros países europeus. Também uma publicação recente da *Alzheimer Europe* classifica como insuficiente a disponibilidade de respostas⁽²⁶⁾.

Mencionam-se, ainda, exemplos de estudos nacionais, em relação com a área das perturbações cognitivas, que contaram com apoio da DGS e do Programa Nacional de Saúde Mental. O projeto VIDAS (*Valorização e Inovação em Demências*), da União das Misericórdias Portuguesas, teve como objetivo principal promover a adaptação de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) e dos serviços de apoio domiciliário a pessoas com défice cognitivo. Para além de componentes de investigação-ação na formação dos cuidadores formais e na adaptação ambiental, foi estimada em 78% a frequência de alterações cognitivas sugestivas de demência numa amostra de 1503 residentes em 'lar', após avaliação neuropsicológica por entrevistadores treinados e tendo em conta a informação clínica disponível⁽²⁷⁾. No norte do país, o estudo de amostras de utentes de cuidados primários e de residentes em ERPI tem também sugerido uma proporção relevante de quadros de défice cognitivo⁽²⁸⁾. Um outro estudo (*Identificação de problemas e necessidades psicossociais de pessoas idosas em centros de dia e lares residenciais: em relação com as demências*), estimou a frequência de casos de demência existentes em estruturas de cuidados formais mediante inquérito realizado a dirigentes e técnicos. Os resultados sugeriram 20,1% em homens e 23,9% em mulheres, em centros de dia e 34,2% em homens e 40,1% em mulheres em ERPI⁽²⁹⁾.

Também o projeto 'Cuidar Melhor', da iniciativa da Alzheimer Portugal (em colaboração), refere estimativas entre 30,8% e 46,9% para a proporção de pessoas com demência (diagnóstico médico estabelecido) residentes em ERPI nos concelhos de Cascais, Sintra e Oeiras, ou mais elevadas (entre 40,1% e 55,1%), caso fosse considerada também a suspeição por parte dos profissionais das ERPI⁽³⁰⁾. Realçam-se as discrepâncias notórias no que toca às estimativas da proporção de casos de demência na população residente em ERPI: 29% a 78%^(14,27). Tal não é de estranhar, porém, dada a diversidade metodológica e a inexistência de verdadeiros estudos de prevalência.

Em apreciação global, na área das demências, o sistema de saúde apresenta em Portugal aspetos favoráveis a par de barreiras consideráveis e desafios enormes⁽³¹⁾. Entre os primeiros pode contar-se o acesso universal e tendencialmente gratuito ao Serviço Nacional de Saúde, o nível de excelência de alguns serviços especializados⁽³²⁾, ou o interesse crescente pela formação na área psicogerátrica e gerontológica⁽³³⁾. No campo das barreiras e desafios, exemplificam-se, a dificuldade dos cuidados de saúde primários em lidar com as questões diagnósticas e de manejo destas doenças e na ligação com os cuidados especializados⁽¹⁴⁻¹⁶⁾; a dificuldade dos hospitais gerais em lidar com a especificidade das pessoas com demência; a escassez de opções para intervenções não farmacológicas⁽³⁴⁾; as dificuldades das famílias e cuidadores informais⁽²³⁾; as dificuldades de articulação de todos os intervenientes, englobando os sectores da saúde, as áreas pública, privada e do terceiro setor⁽³⁵⁾. Apesar das recomendações de grupos de trabalho anteriores em áreas afins, tem-se verificado uma escassa repercussão na reestruturação dos serviços e no acesso às intervenções, incluindo as de tipo farmacológico⁽³⁶⁾.

Por outro lado, a perda de peso é uma característica clínica proeminente da pessoa com demência. A perda de peso está presente em estádios precoces da doença, começando antes mesmo do seu diagnóstico, e tornando-se mais comum com a sua progressão. A associação à perda de peso é mais forte com o aumento da gravidade da doença. A perda de peso corporal implica perda de massa muscular, acompanhada de declínio mental e fragilidade, e está associado a um aumento do risco de morbilidade. A associação entre perda de peso e aumento do risco de mortalidade também é documentado em pessoas com demência.

Os mecanismos subjacentes à perda de peso na demência são complexos, multifatoriais e apenas parcialmente compreendidos. Anualmente reconhece-se o papel dos processos neurodegenerativos em regiões cerebrais específicas, fatores genéticos e processos inflamatórios que estão subjacentes às alterações nutricionais.

Além destes problemas nutricionais específicos da pessoa com demência, em todas as fases da doença, os idosos com demência podem ser afetados por deficiências relacionadas com a idade, incapacidades e comorbilidades (e.g. anorexia do envelhecimento, problemas de mastigação, depressão), ingestão alimentar reduzida e desnutrição. A disfagia desenvolve-se em 13% e 57% nas pessoas com demência, nos diferentes tipos e estádios de demência, mas é mais comum em estádios mais avançados. A pneumonia por aspiração tem sido relatada como uma causa comum de morte em pessoas com demência.

Assim, o estado nutricional deve ser rastreado usando ferramentas próprias e adaptadas à pessoa com demência (MNA-SF) de modo a identificar os indivíduos de risco o mais precocemente possível.

No sentido de objetivar dados do terreno pouco conhecidos ou divulgados, o grupo de trabalho procurou ainda informação atualizada sobre serviços de saúde e sociais atuando nesta área, tal como apresentado de seguida.

Inquérito nacional aos serviços de saúde envolvidos na prestação de cuidados a pessoas com demência

No âmbito dos trabalhos preparatórios deste documento, constatada a escassez de informação sobre o estado da assistência às pessoas com demência no nosso país, foi conduzido um inquérito nacional *ad hoc* aos serviços envolvidos (hospitalares e dos cuidados primários), cujos resultados se resumem em seguida.

Foi enviado um questionário aos responsáveis hospitalares das áreas da Neurologia e da Psiquiatria dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde do SNS. Apenas um dos Serviços Hospitalares que responderam menciona uma consulta conjunta das duas especialidades (neurologia e psiquiatria), ainda que 30 outras instituições refiram uma consulta específica realizada por um ou mais médicos especialistas. Menos de metade das equipas incluem psicólogo ou neuropsicólogo, 39 dispõem de enfermeiro, 33 de técnico de serviço social e 20 de terapeuta ocupacional. Não foi possível uma análise global do número de pessoas com demência nas consultas, pois só 17 delas dispõem de registos próprios e, nalguns casos, não é possível identificar especificamente a proporção de casos de demência nos registos. Praticamente todos estes serviços dispõem de métodos complementares de diagnóstico suficientes para a avaliação básica (estudo analítico e TAC crânio-encefálica). Em 30 casos, refere-se o envio da pessoa com demência a outras instituições quando há indicação para ressonância magnética. O teste *Mini Mental State Examination* (MMSE) é usado generalizadamente. Enquanto 59 consultas usam também o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) e 38 o *Addenbrooke Cognitive Examination* (ACE), 56 referem avaliação com bateria compreensiva, seja no hospital ou no exterior. Só em três consultas não é realizada punção lombar. Quanto ao uso de biomarcadores no liquor, 18 consultas referem a realização do exame no seu próprio hospital. Apenas duas consultas dispõem de teste genético na mesma instituição. Porém, de entre as restantes, só cinco consultas não solicitam testes genéticos.

A análise das respostas sugere que a informação sobre o diagnóstico é dada à pessoa com demência, por norma, em 15 destas consultas, enquanto 51 serviços referem só por vezes informar diretamente a pessoa com demência. Em 38 casos, parece haver avaliação global das necessidades de cuidados (somáticas, psicológicas e sociais), incluindo (33 respostas) também avaliação dirigida aos cuidadores. As respostas referem ainda a disponibilização de apoio psicológico e social (42 consultas), a possibilidade de intervenções psicoeducativas ou de orientação para associações de familiares e pessoas com demência (29 consultas), ou de informação sobre cuidados formais na comunidade (52 consultas). Em 54 destas 75 consultas, as pessoas com demência parecem manter vigilância nas mesmas por tempo indefinido.

Quanto ao inquérito enviado aos 55 *Agrupamentos de Centros de Saúde* — incluindo os 8 integrados em Unidades Locais de Saúde — e foram recebidas 675 respostas, para o universo dos Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados Personalizados. Perante a suspeita de défice cognitivo ou demência, 88,9% dos serviços participantes no inquérito referenciará preferencialmente para Neurologia e 7,7% para Psiquiatria (2,5% não responderam e 0,9% não referiu preferência). Esta tendência geral parece aplicar-se especificamente em casos de predomínio de queixas mnésicas, em que a referência preferencial para Neurologia é reportada em 85,5% dos serviços. O mesmo se aplica às fases precoces de defeito cognitivo (86,2% dos serviços). Não obstante, nalgumas situações específicas, aumenta a tendência a referenciar para Psiquiatria, ou a ausência de especialidade preferencial na referência (que pode ser Neurologia ou Psiquiatria). É o caso de pessoas jovens com demência (21,5% dos serviços referenciará preferencialmente para Psiquiatria e 5,6% não manifesta preferência), ou com alterações do comportamento predominantes (59,1% e 10,1% dos serviços, respetivamente). De acordo com as respostas recebidas, a escolha da especialidade para referência é influenciada pelo tempo de espera da primeira consulta, considerando este fator, 41,3% destes serviços tende a referenciar para Neurologia, 38,8% não refere tendência específica, 13,3% tende a referenciar para Psiquiatria e 6,5% não responde. Quanto à existência, na equipa, de elementos dedicados em especial às demências, 91,6% responderam negativamente e 2,5% não responderam. Este último dado sugere a premência de envolver mais diretamente os Cuidados de Saúde Primários nesta área clínica.

Um aspeto favorável é que 94,5% destes serviços mencionaram acesso a estudo analítico e 93,3% a neuroimagem (TAC), mostrando, em sintonia com as respostas das consultas hospitalares, que os métodos

complementares de diagnóstico estão largamente disponíveis a nível nacional.

Ressalvam-se limitações importantes quanto à interpretação dos resultados deste inquérito nacional *ad hoc*, de que são exemplo a taxa de participação, a dificuldade (pelo anonimato de resposta) na diferenciação entre Unidades de Saúde ou a possibilidade de viés de aceitabilidade nalgumas respostas. Terá havido, provavelmente, sobrevalorização do apoio facultado em cada consulta ou serviço, pois o inquérito não se acompanhou de um guião com definições precisas para cada item em questão (e.g. 'avaliação de necessidades', 'intervenção psicoeducativa'). Será desejável que um levantamento de recursos mais detalhado venha a ter lugar num futuro próximo.

Porém, alguns resultados revestem utilidade desde já. Deduz-se desta análise preliminar que, pelo menos ao nível dos cuidados primários, não existem recursos humanos suficientes para avaliação das situações de declínio cognitivo. Na verdade, não há evidência de que a síndrome demencial seja, habitualmente, diagnosticada da forma mais desejável, sem necessidade de recurso aos serviços especializados. Permanece por determinar se as elevadas taxas de acesso a meios de diagnóstico reportadas no inquérito se refletem numa utilização efetiva e/ou criteriosa destes exames em todos os casos de utentes com evidência de deterioração cognitiva. Mesmo no pressuposto de que casos com indicação, incluindo dúvidas de diagnóstico e necessidade de diagnóstico de subtipo de demência, devem ser observados atempadamente em consultas mais especializadas, um melhor aproveitamento dos recursos poderá contribuir para a criação e agilização de redes de referência integrada e para a melhoria dos serviços de saúde locais no apoio às pessoas com demência e às suas famílias.

Documentos internacionais e fundamentação do trabalho desenvolvido

Nos últimos anos foram múltiplos os contributos para sistematizar a evidência que posiciona as demências como uma prioridade de saúde pública⁽¹⁾, inspirando políticas, planos ou estratégias^(2,16,17). Têm sido focadas áreas como o impacto económico global⁽¹⁸⁾, o estigma⁽¹⁹⁾, a promoção do diagnóstico e intervenção precoces⁽²⁰⁾ ou as necessidades das famílias e cuidadores informais e os cuidados a longo prazo⁽²¹⁾.

Assim, reconhecida a qualidade e profundidade da documentação internacional, elaborou-se uma síntese de pontos estratégicos e uma proposta de priorização no contexto nacional. Para isso, foram tidas em conta as melhores práticas desenvolvidas em países de referência — com anos de implementação — e seguidos alguns modelos perfilhados pelas organizações internacionais, na linha da Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) e a *Alzheimer's Disease International* (ADI).

Seguindo estas linhas norteadoras, foi considerado que o documento final a produzir pelo Grupo de Trabalho incidiria sobre todo o percurso de cuidados, desde a sensibilização da sociedade em geral, até à prestação de cuidados nas fases mais tardias, não esquecendo os de tipo paliativo. Optou-se pelo enfoque nas propostas da ADI e da *British United Provident Association* (Bupa) em «Melhorar a prestação de cuidados na Demência a nível mundial: ideias e sugestões para desenvolvimento e implementação de um Plano Nacional para a Demência»⁽⁷⁾, estabelecendo objetivos de progressão em dez áreas específicas: consciencialização e literacia sobre demências da sociedade em geral; diagnóstico (precoce) e tratamento; cuidados no domicílio; apoio e capacitação aos cuidadores informais/familiares; integração das vias de acesso e coordenação dos cuidados de saúde; formação dos profissionais de saúde; monitorização da evolução do plano estabelecido; aposta na investigação; e reconhecimento do valor das novas tecnologias. Este mesmo documento inclui recomendações de melhores práticas para a elaboração de planos nacionais, em termos de conteúdos, de desenvolvimento (estabelecimento de um cronograma e metas a atingir) e de implementação⁽⁷⁾.

O grupo reconheceu ainda a importância do *World Alzheimer Report 2016*⁽⁸⁾ em diversas vertentes. Primeiramente, na chamada de atenção para os riscos de uma hiperespecialização de cuidados em contextos de escassez de recursos e para a ênfase nos cuidados primários⁽²²⁾, nomeadamente através de uma maior partilha de responsabilidades ou mesmo transferência de tarefas (devidamente enquadrada), a qual devesse abranger as instituições públicas, do sector social e solidário, privadas e académicas. Em segundo lugar, na adaptação dos ambientes hospitalares às especificidades das pessoas com demência. Finalmente, na necessidade de cuidados de saúde verdadeiramente continuados, holísticos e integrados, pressupondo uma coordenação mais eficaz (*case management*). O referido relatório tem como corolário a premência de recomendações específicas e exequíveis permitindo: sistematizar os processos de cuidados (atuação padronizada nas diferentes fases, definição dos papéis dos intervenientes); lidar com a complexidade biopsicossocial (incluindo a multimorbilidade) das demências; desen-

volver investigação pertinente para enquadrar as políticas de saúde e controlar a eficiência dos processos.

Recorda-se a importância fulcral para a planificação de cuidados de saúde, dos princípios da evidência, da equidade, da inclusão e da integração (1). Só este enquadramento ético permitirá promover cuidados de saúde acessíveis, comportáveis financeiramente e de boa qualidade, que vão ao encontro das necessidades e expectativas das pessoas com demência e das suas famílias (2).

Também deve ser reconhecida a importância da alimentação e da nutrição nos resultados, na progressão da doença e ainda no impacto que poderá ter nos cuidadores. Um exemplo clássico é o maior risco de perda de peso e mais comorbilidades nas mulheres com demência, muitas vezes pelo facto do cuidador, do sexo masculino, não estar familiarizado com tarefas necessárias à aquisição de alimentos, preparação de refeições e outras associadas. O rastreio da desnutrição bem como a sua avaliação, deve ser efetuado com ferramentas como AFBL, EdFED-Q e EBS nas pessoas com demência em estágio moderado a severo. De acordo com um painel de peritos, foi redigido um documento de consenso para o diagnóstico e monitorização da perda de peso associada à demência e não havendo evidência científica relativamente à frequência da monitorização, recomenda-se que o doente seja pesado de 3 em 3 meses. De acordo com estes peritos, deve ser feito o registo do peso no momento do diagnóstico bem como em todas as consultas médicas. Sempre que possível, deve também ser avaliado o grau de hidratação, uma vez que é frequente quer a desidratação, quer a retenção de líquidos. A utilização de suplementos poderá ser indicada, sendo necessária a vigilância por parte do profissional de saúde após o diagnóstico e a intervenção.

As conclusões do Grupo de Trabalho são resumidas nas secções seguintes. Sintetizam-se, inicialmente, os pontos estratégicos prioritários, apresenta-se, em seguida, uma breve proposta para a trajetória de cuidados de saúde da pessoa com demência em Portugal e conclui-se pela recomendação de elaboração de um plano nacional de saúde para as demências, o qual possa traçar objetivos mensuráveis e especificar formas de implementar os pontos principais da estratégia agora gizada.

3 — Pontos Estratégicos Prioritários

Tendo como base de trabalho os pontos propostos pelas organizações ADI e Bupa (3), foi reconhecida a impossibilidade de estabelecer uma ordem rígida de prioridades, pela interdependência da maioria dos pontos. Salienta-se, porém, um consenso de princípio quanto à necessidade de desenvolver uma estratégia que promova:

O diagnóstico atempado e correto, bem como o acesso a tratamentos, farmacológicos e não-farmacológicos, mediante reforço do papel dos cuidados de saúde primários e da colaboração com os cuidados hospitalares (3,4,5). O percurso de cuidados deve ser coordenado, considerando a pessoa com demência integrada no seu meio familiar como o centro dos cuidados de saúde. Será necessário:

a) Proceder ao levantamento dos recursos de saúde e comunitários em cada área, incluindo as instituições públicas, do sector social e solidário, privadas e académicas;

b) Definir os responsáveis, procedimentos, normas de acesso e articulação, incluindo critérios de referenciação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares, bem como de informação para os cuidados primários (com discussão de um plano individual/integrado de cuidados) aquando de alta ou enquanto se mantiver o seguimento nas consultas hospitalares.

A continuidade dos cuidados formais na comunidade e do apoio às famílias. Nesse sentido, será fundamental conhecer as necessidades biopsicossociais e as preferências das pessoas com demência e dos seus cuidadores, identificar os recursos existentes na comunidade e os circuitos de acesso aos cuidados. Pressupõe-se uma melhoria dos procedimentos de comunicação entre os cuidados de saúde primários e as estruturas e serviços de apoio, assim como a implementação de apoios (com componente emocional, educativo ou misto) dirigidos aos cuidadores informais e formais.

Estes objetivos só serão atingidos, caso tenha sido possível, prioritariamente e/ou em simultâneo, implementar medidas tendentes a desenvolver:

a) A consciencialização pública, nomeadamente dos decisores, para o problema das demências. No nosso país, ainda que a consciencialização pública tenha vindo a aumentar progressivamente, ela permanece reduzida face à dimensão do problema. Ainda se constata um elevado desconhecimento sobre o tema, no que respeita aos sinais e sintomas de demência, ao processo diagnóstico e de intervenção, ou às respostas existentes na comunidade. Persistem falsas crenças e atitudes pouco construtivas associadas a demência, afetando negativamente a qualidade de vida de pessoas com demência e cuidadores. Esta realidade verifica-se na comunidade em geral, mas também, com demasiada frequência, nas

famílias, nos profissionais e nos dirigentes das entidades que prestam cuidados no sector da saúde. Melhorar o nível de consciência e de educação, desenvolvendo as possibilidades de diagnóstico precoce e tratamento estão entre as áreas prioritárias identificadas na generalidade dos planos/estratégias nacionais existentes (6). Todos os planos analisados no relatório ADI/Bupa reconhecem o estigma associado à demência e assumem que uma melhor compreensão do tema pode ajudar a combater esse fenómeno (7). Com vista a reduzir a discriminação e a exclusão social, promovendo de forma atempada o diagnóstico e o acesso à subsequente prestação de cuidados de saúde, é forçoso que ações de disseminação de informação constem de um futuro Plano. Organizações de pessoas com demência e seus cuidadores, como a Alzheimer Portugal, têm estado ativas nesta área, manifestando a intenção de desenvolver e colaborar em ações futuras;

b) A formação dos profissionais de saúde. Existe ainda necessidade de dotar os profissionais de saúde de conhecimento sobre défice cognitivo e demências (e.g., sinais de alerta, procedimentos de referenciação, manejo dos sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos, respostas face às necessidades biopsicossociais). Realça-se a importância da inclusão sistemática, nos currículos do ensino pré e pós-graduado dos profissionais de saúde, dos temas associados à demência;

c) A referenciação deverá constituir uma estratégia privilegiada, através da qual será possível integrar os vários níveis de cuidados, e assegurar a continuidade na prestação de cuidados às pessoas com demência, entre entidades públicas, do sector social e solidário, privadas e académicas;

d) O acesso a novas tecnologias, em particular as tecnologias de informação e comunicação (TIC) oferecem um enorme potencial para apoiar não só as pessoas com demência, mas também as suas famílias, cuidadores informais e cuidadores profissionais. Deverão ser considerados projetos inovadores com valor potencial para os diferentes intervenientes, recorrendo a tecnologias e serviços que visem soluções integradas, melhorando o bem-estar das pessoas com demência e suas redes de apoio (família, cuidadores, vizinhança, prestadores de serviços, etc.).

Vários projetos de *Active and Assisted Living* (AAL), nomeadamente nacionais, contemplam as situações de demência. A título de exemplo, está em curso no projeto AAL — *Active Advice* [http://www.aal-europe.eu/projects/acnyeadvice] — que pretende organizar toda a informação nacional, em 3 países europeus, sobre soluções tecnológicas visando os próprios utilizadores e os seus cuidadores, os profissionais e as empresas de desenvolvimento e inovação tecnológica;

e) A investigação, designadamente nos aspetos mais pertinentes para a definição de políticas e de serviços. A monitorização do progresso prevista acima e todas as ações a ser implementadas nos diferentes pontos da agenda são seguramente oportunidades de investigação a estimular pelos promotores públicos ou outros.

Importará, para isso, a atribuição de financiamento específico para projetos que não se refiram apenas à investigação pertinente básica ou clínica, mas também de políticas e serviços na área das demências. Deverá garantir-se, por exemplo, o desenvolvimento de registos epidemiológicos/de serviços e da investigação relacionada, em estreita colaboração com as Unidades de Saúde Pública dos ACEs e os Departamentos Regionais de Saúde Pública das ARS.

4 — Proposta para um Percurso de Cuidados

Neste enquadramento, propõe-se a clarificação de um percurso de cuidados (*clinical care pathway*) para as pessoas com demência, envolvendo os contactos necessários com os serviços de saúde e assente nos princípios da proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade.

Realça-se, a todos os níveis desse percurso, a importância das estratégias genéricas de promoção da saúde e de prevenção da doença aos diversos níveis, da prevenção primária à quaternária.

Sublinha-se ainda o facto da pessoa com demência poder aceder a este percurso em qualquer dos seus pontos, consoante o estado da doença.

A. Identificação Precoce

O percurso de cuidados iniciar-se-á com a identificação precoce do problema. Esta deve basear-se em duas dimensões diferentes, mas complementares:

A primeira consiste na consciencialização das pessoas relativamente aos défices cognitivos e às demências em particular, de modo a que possam valorizar adequadamente alguns sinais de alerta. Para tal, poderão contribuir campanhas pedagógicas utilizando os meios de comunicação social, bem como todos os canais dos Ministérios da Saúde. Estas estratégias poderão ser complementadas com plataformas multimédia dotadas de repositórios digitais com informação adequada, acessível aos diferentes grupos populacionais e níveis de literacia.

Uma segunda dimensão estará mais especificamente focada nos profissionais de saúde, com particular atenção aos que trabalhem nos serviços de maior proximidade. O objetivo será dotar estes profissionais

de competências mais adequadas à identificação precoce dos défices cognitivos, eventualmente configurando diagnósticos de demência, e ao encaminhamento atempado dos casos com indicação, pressupondo-se uma articulação estreita entre os diferentes níveis de cuidados.

B. Diagnóstico Integrado

Por recomendação da OMS, o diagnóstico de saúde deve incluir o diagnóstico nosológico e o diagnóstico funcional, constituindo-se como elementos-chave para a implementação de percursos de cuidados adequados. É igualmente fundamental definir o papel dos diferentes intervenientes no diagnóstico das doenças cognitivas.

A dispersão territorial dos pacientes, outras barreiras socioeconómicas e a natureza do nosso sistema de saúde, recomendam o desenvolvimento da capacidade de gestão da demência em cuidados de saúde primários, reforçando o papel da Equipa de Família no percurso das pessoas com demência. Tal deverá resultar do desenvolvimento de uma rede de profissionais de saúde de cuidados primários habilitados a fazer um primeiro diagnóstico (nomeadamente de natureza sindrómica) e, se necessário, iniciarem a referenciação de casos que justifiquem observação em cuidados especializados (por exemplo, para diagnóstico diferencial dos subtipos de demência).

Para tanto, em cada Agrupamento de Centros de Saúde (A CeS) Unidade Local de Saúde (ULS), e numa lógica de proximidade, deverão ser criadas as condições necessárias. Da mesma forma, importará melhorar a articulação na gestão de casos seguidos conjuntamente com os serviços hospitalares especializados. Esta deve ser feita com base em protocolos que assentem numa discussão conjunta das situações clínicas e que definam critérios de encaminhamento. Esta articulação deverá ainda fazer uso de todos os recursos disponibilizados pelas tecnologias de informação e comunicação do Ministério da Saúde. Da intervenção conjunta destes dois níveis assistenciais (cuidados primários e hospitalares), deve resultar um diagnóstico integrado que inclua, conforme o mais adequado ou possível em cada situação, o tipo e etiologia da demência e o estadiamento funcional (funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais).

Nas situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, poderá ser considerada a criação de centros de referência, de acordo com os critérios que vierem a ser definidos, nos termos da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro.

C. Planeamento de cuidados

Com base no diagnóstico integrado atrás referido deverá ser definido um Plano Individual de Cuidados (PIC) que constitua o instrumento de continuidade de processo e cuidados, idealmente recorrendo a tecnologias de informação, integrando todos os cuidadores e acessível a todos os níveis de intervenção.

A gestão deste Plano exige uma coordenação que garanta a integração sistémica dos cuidados e que os mesmos se centram nas necessidades e preferências da pessoa com demência e, quando adequado, dos seus familiares, estimulando a participação ativa de todos no processo.

Deverá ser, portanto, uma gestão de proximidade, dos cuidados de saúde primários, com um papel central na articulação dos diferentes níveis e serviços, garantindo que a pessoa com demência e respetiva família terão em cada momento a resposta de que carecem. Este papel poderá ser atribuído a profissionais diferentes ao longo do tempo, consoante a variação das prioridades e sempre com a participação da pessoa com demência e dos seus cuidadores informais.

Em termos genéricos, o estabelecimento do PIC, a rever ao longo do tempo, deve basear-se na avaliação biopsicossocial de necessidades de cuidados e de funcionalidade, tanto para as pessoas com demência como para os seus cuidadores informais. Estes últimos deveriam, por princípio, ter direito a avaliações da sua própria capacidade para cuidar e acesso a intervenções de apoio, capacitação ou outras, conforme a indicação. Por outro lado, o PIC deve promover a autonomia potencial e respeitar os princípios dos cuidados centrados na pessoa.

D. Intervenção terapêutica

A intervenção terapêutica e de cuidados nas demências deve considerar simultaneamente diversas dimensões, incluindo os sintomas cognitivos, os sintomas psicopatológicos e comportamentais e a manutenção da funcionalidade. Em todos eles, haverá que contemplar estratégias não-farmacológicas e farmacológicas com diferentes tipos de indicação a ponderar^(1,4). Para além disso, em articulação com todas as intervenções mais especificamente dirigidas à pessoa com demência, haverá que considerar aquelas mais focadas no familiar/cuidador informal (de

aconselhamento, psicoeducativas ou de suporte emocional, individual ou em grupo) ou dirigidas à família no seu conjunto^(1,4).

A intervenção terapêutica deve considerar o domicílio da pessoa com demência e a respetiva família como o contexto privilegiado de cuidados, no pressuposto de que as necessidades estejam cobertas. Para tanto deve articular-se a intervenção com base nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), sediadas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), dependendo da fase de desenvolvimento do processo de doença. Estas unidades funcionais serão responsáveis pela prestação de cuidados e articularão com quem assumir a responsabilidade pela coordenação de cuidados, no sentido de ser encontrada, em cada momento, a resposta mais atempada e adequada, mobilizando os recursos disponíveis, devendo também articular com as farmácias comunitárias no âmbito da promoção do uso responsável do medicamento.

As entidades da saúde que prestam cuidados a pessoas com demência, devem garantir aos seus profissionais a aquisição de competências técnicas específicas e desenvolver modelos diferenciados de cuidados, no pressuposto de que seja criado, com brevidade, o necessário enquadramento legal.

A intervenção poderá ainda ocorrer em contexto instrucional diferenciado, caso a pessoa com demência, devido à presença de comorbilidades, careça de intervenções de estruturas hospitalares e/ou das atuais RNCCI. Também aqui devem ser tidas em conta as necessidades de formação por parte das equipas, para a prestação de cuidados a pessoas com diferentes formas de demência. Do mesmo modo, deverá ser potenciada a articulação e continuidade de cuidados, mediante o apoio do 'coordenador de cuidados' e omniatização dos sistemas de informação em saúde. Nas situações de risco de sobrecarga do cuidador informal, devem ser disponibilizadas respostas para descanso do cuidador.

Por último, a intervenção poderá ocorrer em instituições especializadas em cuidados a pessoas com demência, a criar na RNCCI, de acordo com rácios a definir. Estas instituições deverão assegurar cuidados cumprindo os seguintes critérios:

Respostas de proximidade — Cuidados domiciliários (UCC/ECCI) e Unidades de Dia, que desenvolvam programas de reabilitação e/ou manutenção. Estas respostas seriam destinadas a pessoas com diagnóstico de demência e PIC definido, em estádios precoces da doença, mas que nos estádios intermédios podem também beneficiar de ganhos de autonomia, através do desenvolvimento de um plano coerente e viável em casa;

Respostas de institucionalização — de reabilitação especializada e intensiva, para as pessoas com demência que não careçam de internamento hospitalar, devido ao agravamento do estado de saúde (físico e/ou psíquico), mas também não se encontrem em condições para regressar ao domicílio;

Respostas de cuidados paliativos, em moldes a definir com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

5 — Considerações Finais e Recomendações

O presente documento intenta discutir, na linha das propostas internacionais, os pontos principais de uma estratégia da saúde para as demências em Portugal, bem como uma ordem de prioridade para estes pontos. Pretende-se colmatar uma lacuna existente em Portugal e criar condições para que se possam desenvolver políticas públicas no âmbito da saúde, traduzidas em planos e ações coerentes, nomeadamente através de um futuro Plano da Saúde para as Demências em Portugal.

Queremos, porém, enfatizar que o tempo das pessoas e respetivas famílias já afetadas por este problema nem sempre é compatível com tempos demorados de decisão política. A inexistência presente de um Plano não poderá nunca ser razão para desinvestir na melhoria possível e continuada dos cuidados já existentes. Não há também razões para adiar a articulação protocolada das respostas já existentes, promovendo a continuidade dos cuidados. Da mesma forma, poderão ser apontadas experiências 'piloto', nomeadamente na RNCCI, que se revelem congruentes com a estratégia aqui apresentada.

Por último, realce-se que este documento foi intencionalmente desenvolvido por um grupo plural, quer na diversidade de saberes e profissões, quer de afiliações organizacionais. Pretendeu-se, assim, ir ao encontro da complexidade intrínseca do fenómeno em análise e das respostas que se exigem. O desafio colocado pelas demências exige uma conjugação de esforços transdisciplinar, transprofissional e transorganizacional, que consideramos dever alicerçar qualquer iniciativa nesta área.

Nos termos do Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde atrás referido, foi o documento divulgado para apreciação pública. No prazo dado para o efeito, foram recebidas três dezenas de contributos. Na generalidade, estes congratularam-se pela iniciativa e foram ao

encontro da estratégia enunciada. Propuseram ainda diversas medidas concretas que não cabem no âmbito e fins de um documento de caráter estratégico, cujo objetivo é clarificar o «porquê» e não propriamente especificar «como». Não obstante, estas e outras propostas poderão vir a ser consideradas num futuro Plano Nacional e/ou Planos Regionais/ Locais da Saúde para operacionalização da estratégia global.

No decurso das reuniões do Grupo de Trabalho, foram também enunciadas propostas a explorar ou fundamentar numa fase subsequente, aquando da elaboração de um Plano da Saúde para as Demências em Portugal. Porém, nem todas estas propostas foram consensuais dentro do Grupo de Trabalho, nomeadamente em termos de exequibilidade ou prioridade, embora tenha havido acordo no sentido de merecerem reflexão ulterior. Seguem-se alguns exemplos, sem preocupação de sistematização:

Promoção de campanhas nacionais que visem combater o desconhecimento público sobre as demências e o estigma associado, promovendo também o diagnóstico precoce e o acesso ao percurso de cuidados. Este tipo de campanhas poderia enquadrar-se no Programa de Literacia e Integração de Cuidados (PLIC), em curso, sempre com o devido apoio de especialistas de saúde pública. Eventual promoção de canais de difusão específicos em entidades e grupos que trabalhem com pessoas/famílias (e.g. ONGs; universidades sénior).

Estruturação de um sistema de recolha de dados sobre acesso e uso dos serviços de saúde por pessoas com demência e seus familiares, a nível nacional, com base nos cuidados de saúde primários.

Desenvolvimento de um plano alargado de capacitação dos cuidadores (formais e informais).

Recolhendo agora a validade adicional das propostas oriundas da discussão pública do documento preliminar e enfatizando a sua compatibilidade com as recomendações do Grupo de Trabalho, foi revista a presente e última secção do documento. Ressalta-se que, nesta formulação final, as secções anteriores registam apenas atualizações pontuais quanto à evidência disponível.

Assim, são Recomendações deste Grupo de Trabalho:

1) Que seja definida como prioridade nacional a elaboração de um Plano da Saúde para as Demências em Portugal, consideradas as particularidades regionais, e se baseie nas propostas estratégicas do presente documento, devendo ainda definir e operacionalizar percursos adequados de cuidados (como o que aqui fica proposto), contemplando como eixos fundamentais:

A melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores informais;

A definição de um quadro jurídico relativo aos direitos das pessoas em situação de incapacidade (como é o caso de muitas das pessoas com demência), incluindo o enquadramento legal dos cuidados, das intervenções e da investigação;

A capacitação dos cuidadores formais e informais;

O incentivo à investigação pertinente nas áreas relacionadas com as demências, tendo em conta as prioridades nacionais.

2) Que, para este efeito, seja nomeado um grupo de peritos, de origem multisectorial e composição multiprofissional, com a missão de submeter, atempadamente, um documento com as características de um verdadeiro Plano Nacional da Saúde, para discussão e aprovação superior.

Que esse grupo de peritos inclua elementos dos sectores da saúde, representantes do sector público e de organizações não-governamentais, incluindo associações de pessoas com demência e familiares;

Que, do sector da saúde, participem profissionais da área médica (especialidades de neurologia, psiquiatria, medicina geral e familiar e saúde pública, incluindo a competência de geriatria), de enfermagem (incluindo a especialidade de saúde mental), de psicologia clínica/neuropsicologia, de terapia ocupacional, de nutrição e de farmácia, representando as áreas dos cuidados primários, hospitalares, continuados integrados e paliativos;

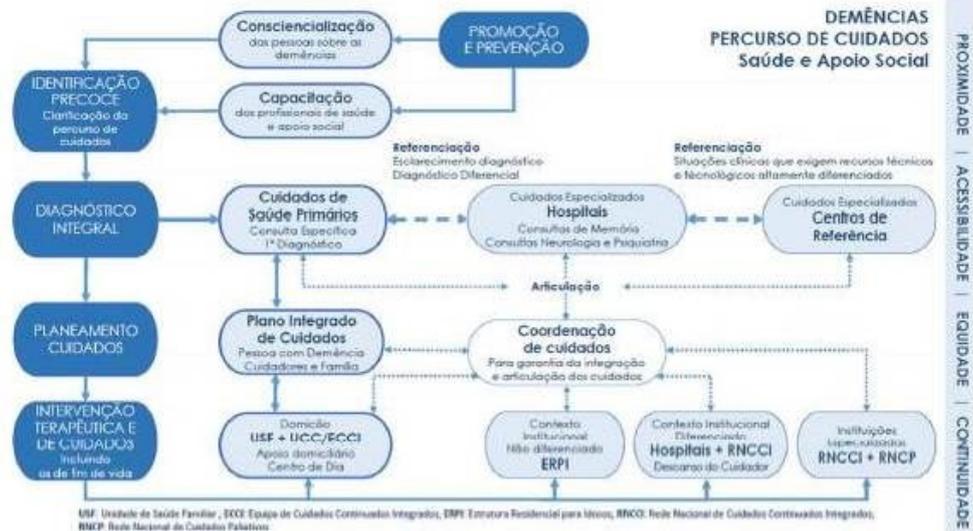
Que este grupo tenha uma composição diversificada também a nível da proveniência regional;

Que um núcleo executivo deste grupo inclua elementos a quem seja facultada a possibilidade de dedicação prioritária a tarefa em apreço, num tempo que se pretende tão curto quanto possível.

3) Que o Plano a aprovar venha a prever mecanismos para monitorização contínua do planeamento e da sua operacionalização, através de instâncias adequadas, descentralizadas e dispostas dos meios necessários, a criar ou adaptar a esse efeito e que promova a exequibilidade das medidas e o seu equilíbrio entre as regiões.

Em suma, é entendimento deste Grupo de Trabalho ser fundamental criar condições para que os cuidados às Pessoas com demência, em qualquer estágio em que se encontrem, se desenvolvam dentro das linhas de orientação aqui definidas. A exequibilidade destas implicará uma lógica de proximidade e acessibilidade e trajetórias de cuidados que otimizem a utilização dos recursos disponíveis, previamente à sua ampliação.

A definição de Planos e Programas deve visar respostas atempadas às necessidades e preferências identificadas, muito diversas em cada região. Também as atuais desigualdades na distribuição de recursos poderão aconselhar desenhos de base regional para estes Planos e Programas, com a constituição local de equipas multisectoriais e multidisciplinares que os operacionalizem e implementem. Por sua vez, as estruturas de coordenação central garantiriam uma linha coerente com os princípios ora definidos e que visam inspirar esse Plano Nacional da Saúde.



Referências

(1) World Health Organization. *Dementia: a public health priority*. 2012.

(2) Pot AM, Petrea I. BUPA/ADI report. «Improving dementia care worldwide: Ideas and advice on developing and implementing a National Dementia Plan.» London: Bupa/ADI; 2013.

(3) World Health Organization. *First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2015.

(4) OECD. *Addressing dementia: The OECD response*. OECD Publishing; 2015.

(5) Prince M, Comas-Herrera MA, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou MM. *World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia — Coverage, quality and costs now and in the future*. 2016.

(6) ADI/ADI. National Alzheimer's and dementia plans | Alzheimer's Disease International [Internet]. [citado 2017 Mar 9]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/dementia-plans-national-plans>.

(7) Alzheimer Portugal. *Portugal — National Dementia Strategies — Policy in Practice — Alzheimer Europe* [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies>. Portugal?#fragment1.

(8) *Relatório Alzheimer Mediterrâneo* | Associação Alzheimer Portugal [Internet]. [citado 2017 mar. 11]. Disponível em: http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-19-575-relatorio-alzheimer-mediterraneo.

(9) Assembleia da República. Resolução n.º 133/2010. Portugal: *Diário da República*, 1.ª série, n.º 234, de 3 de dezembro; 2010, a p. 5441-2.

(10) Assembleia da República. Resolução n.º 134/2010. Portugal: *Diário da República*, 1.ª série, no 234, de 3 de dezembro; 2010, a p. 5442.

(11) Lei n.º 25/2012. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 136, de 16 de julho; 2012, a p. 3728-30.

(12) Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015. Estratégia de Proteção ao Idoso. Portugal. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 165, de 25 de agosto; 2015, a p. 6280-9.

(13) Direção-Geral de Saúde. *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*. 2011.

(14) DGS. Portugal: *Saúde Mental em Números 2015 — Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde; 2016.

(15) *Actifcare: ACcess to Timely Formal CARE* [Internet]. [citado 2017 mar. 10]. Disponível em: <http://actifcare.eu/>.

(16) RHAPSODY. *Research and Strategy for Dementia in the Young* [Internet]. [citado 2017 mar. 10]. Disponível em: <http://www.rhapsody-project.eu/e-people-young-onset-dementia>.

(17) Alzheimer Europe. *Portugal — 2013: The prevalence of dementia in Europe — Country comparisons — Policy in Practice — Alzheimer Europe* [Internet]. [citado 2017 jul. 13]. Disponível em: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe>. Portugal.

(18) Santana I, Fariña F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho A. *The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs*. *Ata Médica Portuguesa*. 2015; 28(2): 182-8.

(19) Nunes B, Silva RD, Cruz VT, Roriz JM, Pais J, Silva MC. *Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal*. *BMC Neurol*. 2010; 10:42.

(20) Gonçalves-Pereira M, Cardoso AM, Verdinho A, Alves da Silva J, Fernandes A, Caldas de Almeida M, Raminhos C, Ferri C, Prina AM, Prince M, Xavier M. *The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study*. *BMC Geriatrics*. 2017; 17:261. DOI: 10.1186/s12877-017-0647-5.

(21) OECD. *Health at a glance 2017: OECD indicators*. OECD Publishing, Paris; 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

(22) Fernandes L, Gonçalves-Pereira M, Leuschner A, Martins S, Sobral M, Azevedo LF, et al. *Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal*. *Int Psychogeriatr*. 2009; 21(1):94-102.

(23) *Cuidar Melhor: Apoio a cuidadores de pessoas com demência* [Internet]. [citado 2017 mar. 11]. Disponível em: <http://cuidarmelhor.org/>.

(24) Cerejeira J. *Enfrentar o desafio das demências em Portugal* (Trabalho apresentado para avaliação final da UC Planeamento em Saúde do Executive Masters de Gestão de Unidades de Saúde, UCP). Porto; 2013.

(25) Kerpershoek L, de Vugt M, Wolfs C, Jelleff H, Orrel M, Woods B, et al. *Access to timely formal dementia care in Europe: protocol of the Actifcare (ACcess to Timely Formal Care) study*. *BMC Health Serv Res*. *BioMed Central*; 2016 Dec 23;16(1):423.

(26) *Alzheimer Europe European Dementia Monitor 2017: Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies*. 2017.

(27) Caldas de Almeida M, et al. Projeto VIDAS — Valorização e Inovação em Demências (POPH/QREN 2013-15). 2015.

(28) Paul C, et al. apud *Saúde Mental em Números 2015 — Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde; 2016.

(29) Amaro F, et al. *Problemas e necessidades psicossociais de pessoas idosas em Centros de Dia e ERPI, em relação com as demências*. Procedimento — AD 2014/2015 A (Programa Nacional para a Saúde Mental) relatório final Dez 2016. 2017.

(30) Gonçalves-Pereira M, Leuschner A. Portugal. In: Burns A, Robert P, editors. *Dementia Care: International Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2017. in prep.

(31) Firmino H. *The practice of dementia care: Portugal*. In: Burns A, on behalf of the EDCON Group, editors. *Standards in dementia care*. Oxon: Taylor & Francis Group; 2005. a pp. 99-103.

(32) Ribeiro O, Fernandes L, Firmino H, Simões MR, Paul C. Geropsychology and psychogeriatrics in Portugal: research, education and clinical training. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(6):854-63.

(33) Alves RP, Caetano AI. *O papel do médico de família no diagnóstico e seguimento dos doentes com declínio cognitivo e demência*. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2010; 26(1):69-74.

(34) Fernandes L, Mateos R, Engedal K, von Gunten A, Stek ML, Ramakrishnan A, Dal R, Wang W, Mintzer JE, Brodaty H. *The state of psychogeriatrics in Europe: Challenges and opportunities in six European countries*. *Int Psychogeriatrics*. 2015; 27(8):1243-6.

(35) Heitor dos Santos MJ, Leuschner A, Barreto J, Cortez Pinto L, Feio M, Firmino H, et al. *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas*. 2005.

(36) Prince M, Guerchet M, Prina M. *The Global Impact of Dementia 2013-2050 Policy Brief for Heads of Government*. 2013;1-8.

(37) World Health Organization. *Draft global action plan on the public health response to dementia Report by the Director-General (EB140/28)*. Geneva; 2016.

(38) Wimo A, Institute K. *World Alzheimer Report 2010 The Global Economic Impact of Dementia*. 2011.

(39) Batsch Mary S, Mitelman NL. *World Alzheimer Report 2012 Overcoming the stigma of dementia*. 2012.

(40) Prince M, Bryce R, Ferri C. *World Alzheimer Report 2011 The benefits of early diagnosis and intervention*.

(41) Prince M, Prina M, Guerchet M. *World Alzheimer Report 2013 Journey of Caring: An Analysis of Long-Term Care for Dementia*. *Alzheimer's Dis Int*. 2013;1:92.

(42) Iliffe S, Wilcock J. *The UK experience of promoting dementia recognition and management in primary care*. *Z Gerontol Geriatr*. 2017; 50(Suppl 2):63-67.

(43) National Collaborating Centre for Mental Health. *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care* | Guidance and guidelines | NICE. The British Psychological Society and Gaskell; 2007.

311410431

Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.

Despacho (extrato) n.º 5989/2018

Por despacho de 19 de abril de 2018 da Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P., Enfermeira Paula Duarte, e nos termos do disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 48.º da LTFP, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, torna-se público que as enfermeiras abaixo identificadas, concluíram com sucesso o período experimental, na sequência da celebração do contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, com este instituto público, para o desempenho de funções na categoria de enfermeiras, da carreira especial de enfermagem, designadamente:

| Nome do profissional | Avaliação final período experimental |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Daniela Amália Gomes da Silva | 17,40 |
| Ilda Isabel Moreira Lordelo | 17,70 |
| Sandra Cristina Almeida Costa | 17,30 |

9/5/2018. — O Vogal do Conselho Diretivo, *Dr. Ponciano Manuel Castanheira de Oliveira*.

311360503

Anexo 2. Respostas sociais complementares na área do envelhecimento promovidas pelo Município

| Nome | Descrição | Contacto |
|---|---|---|
| Serviço Médico em Casa | Em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde, o Município de Oeiras implementou a medida Médico em Casa- <i>Serviço médico ao domicílio</i> , beneficiando munícipes com 65 ou mais anos, com o Regime Especial de Comparticipação em Medicamentos (RECM) e beneficiários do Cartão 65+. A medida em apreço prevê uma triagem telefónica, com atendimento especializado por técnicos com formação na área da saúde, que poderá despoletar a ativação dos seguintes recursos: Atendimento médico telefónico 24h, e consultas médicas ao domicílio, apenas entre as 20h00 e as 08h00 (sete dias por semana). | Palácio Marquês de Pombal Largo Marquês de Pombal 2784-501 Oeiras Tel.:214408519 dcs@cm-oeiras.pt |
| Alargamento do horário do funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário | O Município viabilizou, em Setembro de 2018, uma comparticipação financeira 4 entidades locais, de modo a que essas pudessem garantir o das 08h00 às 20h00, sete dias por semana. Este alargamento, em 2019, assegurou a integração de mais duas entidades. Em 2020 prevê-se integrar mais entidades com acordo de cooperação com o Instituto de Segurança Social, I.P. | Palácio Marquês de Pombal Largo Marquês de Pombal 2784-501 Oeiras Tel.:214408519 dcs@cm-oeiras.pt |
| Cartão Oeiras Saúde + (Comparticipação nas Despesas com Medicamentos) | A Medida de Alargamento de Comparticipação nas despesas com Medicamentos resulta de um Protocolo de Colaboração entre a Câmara Municipal de Oeiras, a Associação Nacional de Farmácias e a Associação Dignitude. Trata-se de um alargamento da Medida de Comparticipação de Medicamentos já existente e que tem incidido, até à data, a munícipes com 65 ou mais anos, abrangidos pelo Regime Especial de Comparticipação em Medicamentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em situação de carência económica. O Alargamento desta Medida, abrange munícipes com idade igual ou superior a 55 anos e se encontrem em situação de comprovada carência económica (cujos rendimentos totais anuais do agregado familiar não excedam 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor) e pensionistas abrangidos pelo Regime Especial de | Palácio Marquês de Pombal Largo Marquês de Pombal 2784-501 Oeiras Tel.:214408519 dcs@cm-oeiras.pt |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Comparticipação em Medicamentos do Sistema Nacional de Saúde.</p> <p>Esta Medida permite que os munícipes que se encontrem nas condições já descritas, possam beneficiar de um desconto adicional imediato na aquisição de medicamentos, equivalente a 50% da despesa não participada pelo Estado.</p> <p>Após a validação da inscrição, bastará ao utente dirigir-se a uma farmácia, com receita médica prescrita em modelo próprio do Serviço Nacional de Saúde, juntamente com o Cartão Oeiras Saúde + atribuído pela Câmara Municipal de Oeiras.</p> | |
| Programa Fit Sénior | <p>Consiste no desenvolvimento de um plano comunitário, de carácter social, de promoção da prática de exercício físico regular, junto de munícipes com idade igual ou superior a 55 anos.</p> <p>Decorre de setembro a junho e apresenta uma oferta de distintas modalidades, tais como ginástica de manutenção, step adaptado, treino de força, postura e alongamento, chi kung, yoga sénior e hidroginástica.</p> | <p>Palácio Marquês de Pombal</p> <p>Largo Marquês de Pombal</p> <p>2784-501 Oeiras</p> <p>Tel.:214408540</p> <p>dd@cm-oeiras.pt</p> |
| Programa Turismo Sénior | <p>Programa que consiste na realização de visitas e passeios a locais de interesse histórico, paisagístico e cultural, abrangendo pontos de interesse no Concelho de Oeiras e em várias regiões do país, destinadas a munícipes com 60 ou mais anos para os passeios de um dia, e de 65 ou mais anos, para deslocações mais alargadas.</p> | <p>Palácio Marquês de Pombal</p> <p>Largo Marquês de Pombal</p> <p>2784-501 Oeiras</p> <p>Tel.:214408519</p> <p>dcs@cm-oeiras.pt</p> |
| Serviço Oeiras Está Lá | <p>Serviço que se destina a apoiar munícipes com idade igual ou superior a 65 anos ou com deficiência e em situação de carência económica, na realização de pequenas intervenções domiciliárias e tarefas domésticas, nomeadamente, trabalhos de natureza não estrutural, como pequenas intervenções; serviços de entrega domiciliária, restringida a bens de primeira necessidade, em especial, medicamentos e outros produtos de farmácia e correio, bem como alimentos e produtos de higiene pessoal; serviços de colaboração domiciliária para organização doméstica.</p> | <p>Tel.: 800 201 486</p> |
| Serviço de Teleassistência Domiciliária de Oeiras | <p>O Serviço de Teleassistência Domiciliária do Município de Oeiras representa, não só uma resposta imediata ao utente, em situações de emergência de saúde, segurança ou solidão, como se assume como um importante mecanismo de monitorização e acompanhamento. Consubstancia-se num</p> | <p>Palácio Marquês de Pombal</p> <p>Largo Marquês de Pombal</p> <p>2784-501 Oeiras</p> |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | <p>serviço telefónico de apoio que funciona 24 horas/dia, 365 dias/ano, tendo como suporte um terminal fixo ou móvel propriedade da empresa prestadora de serviços, contratualizada com o Município de Oeiras, através do qual, acionando um botão de emergência aliado a um telefone de alta voz, o utente pode falar, ser localizado e identificado pelo operador, o qual faz uma avaliação imediata da situação, dando a resposta mais adequada. Para além da componente alarmística, na componente de acompanhamento estão previstos: contactos semanais, para monitorização e minimização dos sentimentos de insegurança e solidão; contactos diários, caso o/ beneficiário/a pretenda ativar algum tipo de serviço de alerta (ex: toma de medicação ou data/horário de consultas). O município assume os encargos com a instalação e mensalidades, para os munícipes em situação de comprovada carência económica.</p> | <p>Tel.:214408519 dcs@cm-oeiras.pt</p> |
| Cartão 65+ | <p>Destina-se a apoiar pessoas com mais de 65 anos que residam no Concelho. Consiste na atribuição de descontos em bens e no acesso a diversos serviços prestados por entidades privadas, nomeadamente, respostas sociais, clínicas médicas e dentárias, institutos de oftalmologia, ginásios, restaurantes, entre outros. Destaca-se como benefício de utilização, o recurso a outra resposta municipal de Participação nas Despesas com Medicamentos.</p> | <p>Palácio Marquês de Pombal Largo Marquês de Pombal 2784-501 Oeiras Tel.:214408519 dcs@cm-oeiras.pt</p> |
| SOS Isolamento | <p>Corresponde a uma metodologia de atuação, que permite a sinalização e georreferenciação das situações de isolamento e, o planeamento, execução e avaliação da intervenção.</p> <p>A sua implementação, partilhada com os agentes locais, e suportada por uma aplicação informática, permite uniformizar e rentabilizar a intervenção já empreendida assim como, identificar e intervir em novas situações de idosos em situação de isolamento.</p> <p>Em termos sintéticos, através dos contactos existentes, é possível à comunidade identificar situações, permitindo, posteriormente a intervenção especializada direcionada.</p> <p>Deste modo, a sinalização pode ser feita por qualquer pessoa e dá início a um processo de avaliação preliminar para confirmação dos factos sinalizados. Partindo desta avaliação e tendo em conta as especificidades de cada situação, é então encontrada a resposta mais adequada às necessidades dessa pessoa.</p> | <p>Tel.: 214408305 sisisolamento@cm-oeiras.pt</p> |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| Oeiras Sem Barreiras | Resulta de um protocolo entre o Município e a Fundação Manuel António da Mota, do Grupo Mota-Engil e visa a realização de obras de adaptação em habitações particulares de famílias de baixos rendimentos e cujos agregados familiares integrem pessoas com mobilidade condicionada. Estas obras de adaptação permitem a eliminação das barreiras arquitetónicas no interior das habitações, conferindo maior conforto e qualidade de vida aos seus beneficiários. | Palácio Marquês de Pombal Largo Marquês de Pombal 2784-501 Oeiras Tel.:214408519 dcs@cm-oeiras.pt |
|-----------------------------|--|---|