



Mapeamento de Equipamentos Sociais

abril 2017

Índice

Introdução	3
1. Unidades da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES)	4
1.1. Enquadramento	4
1.2. Caracterização da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES)	5
1.2.1. Evolução do número de entidades proprietárias ¹ , equipamentos e respostas sociais por população-alvo.....	5
1.2.2. Caracterização das respostas sociais dirigidas a Crianças e Jovens.....	7
1.2.3. Caracterização das respostas sociais dirigidas Pessoas Idosas	12
1.2.4. Caracterização das respostas sociais dirigidas a Pessoas com Deficiência	18
2. Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	22
2.1. Enquadramento	22
2.2. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	25
2.2.1 Evolução da RNCCI	25
2.2.2. Caracterização das respostas de cuidados continuados: Unidades de Internamento.....	26
2.2.3. Caracterização das respostas de cuidados continuados: Unidades de Ambulatório.....	27
2.2.4. Caracterização das respostas de cuidados continuados: Unidades de Cuidados Paliativos	28
2.2.5. Caracterização das respostas de cuidados continuados de saúde mental	28
2.2.6. Síntese das prioridades por tipologia.....	29
3. O POR Lisboa enquanto instrumento fundamental para assegurar uma maior cobertura da população abrangida por equipamentos sociais	30
ANEXO 1. Unidades da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais - Taxa de cobertura e prioridades da resposta social Creche nos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa (sem entidades lucrativas)	35
ANEXOS 2. Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	36
Anexo 2.1. Base Populacional Região da AML – Base de Cálculo	36
Anexo 2.2. Unidades de Convalescença Região da AML – Planeadas, Metas e em falta	37
Anexo 2.3. Unidade de Média Duração e Reabilitação Região da AML – Planeadas, Metas e em falta	38
Anexo 2.4. Unidade de Longa Duração e Manutenção, Região da AML – Planeadas, Metas e em falta	39
Anexo 2.5. Unidades de Cuidados Paliativos, Região da AML – Planeadas, Metas e em falta	40
Anexo 2.6. Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia, Região da AML	41

Introdução

O Acordo de Parceria e os Programas Operacionais do Portugal 2020 estabelecem que os apoios a infraestruturas de I&I (OT1), Infraestruturas empresariais (OT3), equipamentos sociais, incluindo de saúde (OT9), infraestruturas escolares (OT10), infraestruturas culturais (OT6), estão condicionados ao mapeamento das necessidades de intervenção, a apresentar à Comissão Europeia.

O presente documento visa dar cumprimento ao estabelecido nos referidos instrumentos, no que respeita ao investimento em equipamentos sociais.

Procede-se assim à identificação das necessidades de intervenção e definição das prioridades de investimento de entre as naturezas de intervenções no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), elegíveis ao Programa Operacional Regional de Lisboa 2014-2020 (POR Lisboa), aprovado pela Comissão Europeia.

O documento reflete o mapeamento das unidades da RSES, onde se inserem as creches, o único equipamento da RSES elegível a financiamento ao POR Lisboa, e o mapeamento das respostas no âmbito da RNCCI, criada em 2006, a qual se destina a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência, onde se inserem os equipamentos de cuidados continuados, com enquadramento no âmbito do POR Lisboa.

Procede-se ainda, no presente documento, à descrição dos critérios-base subjacentes ao apoio às candidaturas relativas a equipamentos de creches e de cuidados continuados no âmbito do POR Lisboa.

1. Unidades da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES)

1.1. Enquadramento

A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) tem sido dinamizada na última década, em grande medida, pelo reforço do investimento público, através da implementação de programas específicos, designadamente o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) e o Programa Operacional Potencial Humano (POPH), visando o aumento da capacidade instalada e da melhoria dos níveis de qualidade e segurança das diferentes respostas sociais que a compõem.

Os serviços e equipamentos sociais da RSES dirigem-se a toda a população, numa perspetiva de adequação às diferentes necessidades sociais. Não obstante, existem serviços e equipamentos específicos dirigidos a grupos alvo enquadrados em quatro grandes áreas, como as crianças e os jovens, os idosos, a população com deficiência ou incapacidade, bem como pessoas com outras problemáticas, no âmbito da família e comunidade.

As respostas sociais destinadas à área da infância e juventude subdividem-se em três grandes grupos, as dirigidas às crianças e jovens em geral, às crianças com deficiência ou incapacidade e as destinadas às crianças e jovens em perigo. A resposta social Creche constitui, no âmbito desta área, a que maior expressão tem, sendo a Creche uma resposta de natureza socioeducativa que acolhe crianças até aos três anos de idade, durante o período diário correspondente ao impedimento dos pais ou da pessoa que tenha a sua guarda de facto.

No que respeita à população idosa, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) consistem nas principais respostas sociais dirigidas a este grupo-alvo. Estas respostas visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso, e se este se encontra a residir na sua habitação ou numa instituição.

As respostas sociais direcionadas às pessoas com deficiência ou incapacidade têm por objetivo a promoção da autonomia, a participação e a inclusão social destas pessoas. O Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), que visa capacitar, incluir e tornar socialmente úteis pessoas com incapacidades graves, que não se enquadrem no mercado normal de trabalho, nem mesmo em regime de emprego protegido, é a resposta social com maior representatividade no âmbito deste grupo-alvo, que compreende também o Lar Residencial, a Residência Autónoma e o Serviço de Apoio Domiciliário.

Mediante um enquadramento prévio da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais através da evolução do número de entidades proprietárias, equipamentos e respostas sociais por população-alvo, procede-se seguidamente à caracterização da RSES, incidindo nas respostas consideradas prioritárias em cada

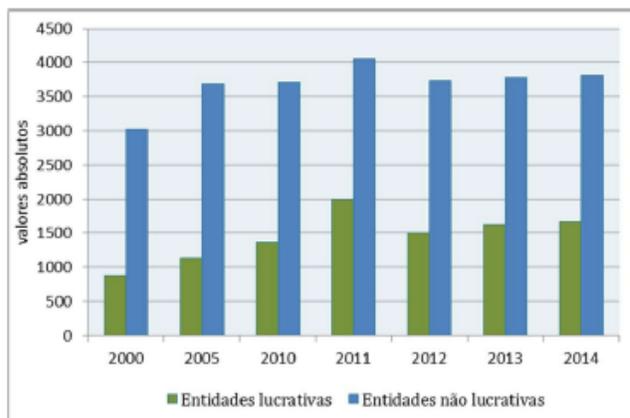
território, em função das respetivas taxas de cobertura.

São consideradas respostas sociais prioritárias a Creche, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, o Centro de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário, o Centro de Atividades Ocupacionais, o Lar Residencial, a Residência Autónoma e o Serviço de Apoio Domiciliário para pessoas com deficiência.

1.2. Caracterização da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES)

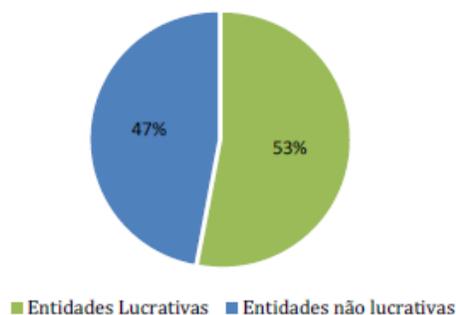
1.2.1. Evolução do número de entidades proprietárias¹, equipamentos e respostas sociais por população-alvo

FIGURA 1A - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ENTIDADES PROPRIETÁRIAS SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA, 2000-2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

FIGURA 1B - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE ENTIDADES PROPRIETÁRIAS SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA NA AML, 2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

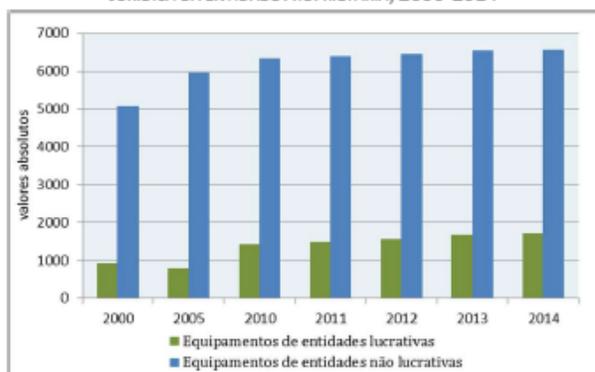
O número de entidades proprietárias de equipamentos sociais registou, nos últimos anos, um desenvolvimento significativo, tanto de entidades não lucrativas, como de entidades lucrativas. Em 2014, por referência a 31 de dezembro, contabilizaram-se cerca de 5 500 entidades proprietárias de equipamentos no Continente, das quais 70% eram entidades não lucrativas.

Na Área Metropolitana de Lisboa (AML), contrariamente à situação no Continente, o peso das entidades lucrativas era, em 2014, superior (53%) ao das entidades não lucrativas (47%).

¹ Revisão de série em 2012, considerando apenas entidades com equipamentos sociais.

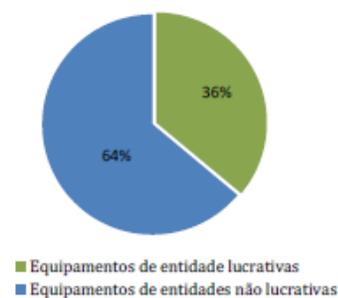
O número de equipamentos sociais em funcionamento apresenta, igualmente, um incremento muito positivo, o que se traduziu num acréscimo de 38%, em 2014, por comparação ao ano 2000. Os equipamentos de entidades não lucrativas têm constituído o principal suporte da RSES, sendo que, em 2014, representavam 79% do número total de equipamentos em funcionamento no Continente e 64% na AML.

FIGURA 2A - EVOLUÇÃO DO Nº DE EQUIPAMENTOS, SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA DA ENTIDADE PROPRIETÁRIA, 2000-2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

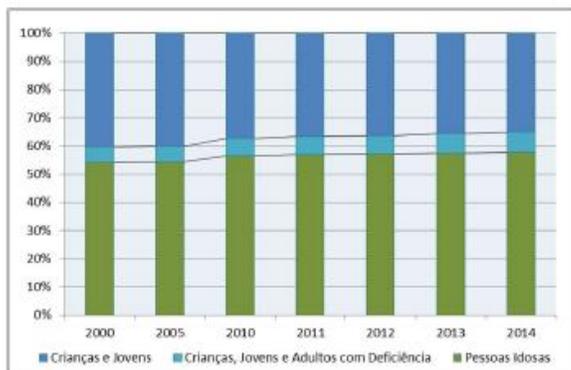
FIGURA 2B- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE EQUIPAMENTOS SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA DA ENTIDADE PROPRIETÁRIA NA AML, 2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

À semelhança das entidades e equipamentos, as respostas sociais que integram a RSES revelam um importante aumento nos últimos anos, designadamente as respostas dirigidas a Crianças e Jovens, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência. Este último grupo foi o que apresentou o maior crescimento (86%), no período 2000-2014, seguindo-se as respostas para as Pessoas Idosas (49%). No entanto, as respostas direcionadas a este último grupo representavam 54% do número total de respostas da RSES, em 2014, o que reflete as necessidades de apoio à população idosa, cujo grupo etário tem aumentado de forma acentuada na população residente.

FIGURA 3 - EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS SOCIAIS POR POPULAÇÃO-ALVO, 2000-2014

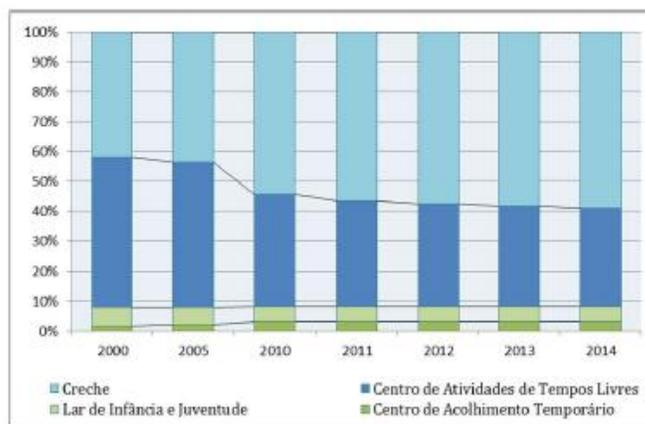


Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

1.2.2. Caracterização das respostas sociais dirigidas a Crianças e Jovens

As respostas sociais dirigidas a Crianças e Jovens apresentaram, no período 2000-2014, um crescimento de 19%, totalizando no Continente 4 569 respostas, em 2014. No âmbito desta população-alvo, a Creche constituiu a valência com maior expressão, representando, em 2014, cerca de 60% das respostas sociais deste grupo.

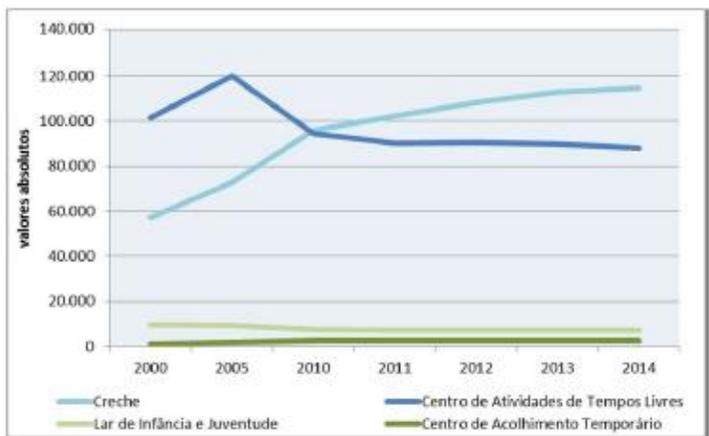
FIGURA 4 - EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA CRIANÇAS E JOVENS, 2000-2014.



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

A capacidade (número de lugares) das respostas sociais para Crianças e Jovens registou, igualmente, um aumento muito positivo, sobretudo ao nível da Creche, valência que, em 2014, dispunha de quase 115 mil lugares no Continente. O Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), devido ao alargamento do horário escolar, tem verificado, por outro lado, um decréscimo.

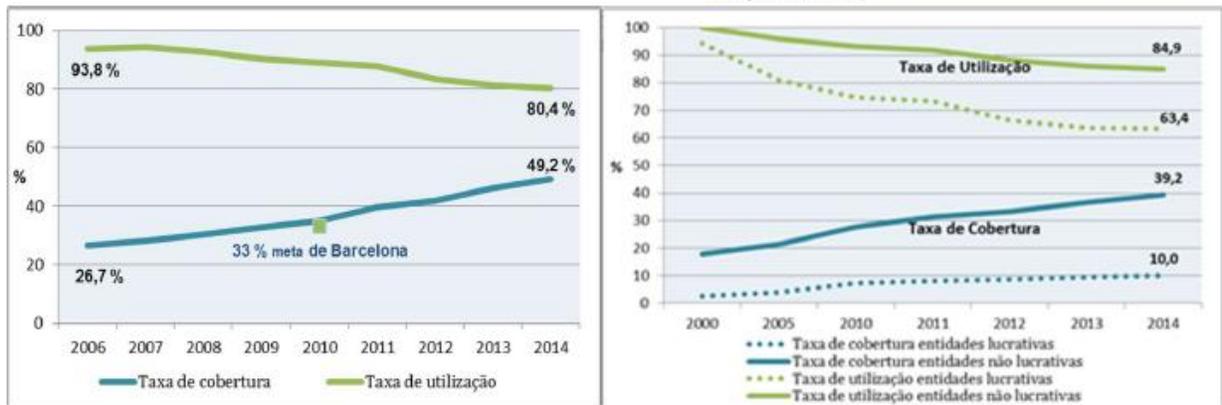
FIGURA 5 - EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA CRIANÇAS E JOVENS, 2000-2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

A cobertura das respostas sociais Creche e Ama² apresentou, entre 2006 e 2014, um aumento de 85%, refletindo os esforços desenvolvidos no âmbito do apoio à 1ª infância, bem como os efeitos da diminuição da população residente até aos 3 anos de idade.

FIGURA 6 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA E UTILIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS CRECHE E AMA, 2000-2014

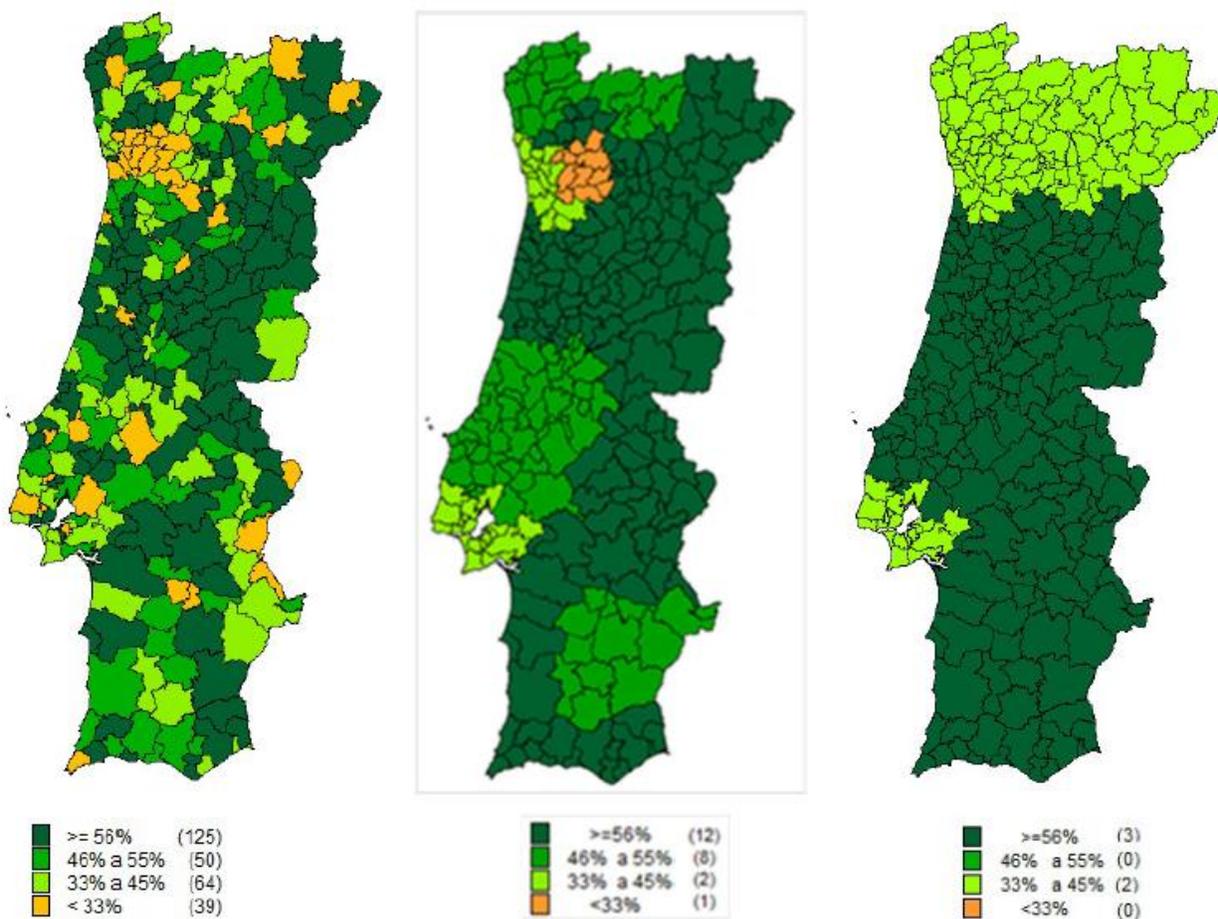


A meta de 33% de cobertura na resposta social Creche, estabelecida em 2002 no Conselho Europeu de Barcelona, foi alcançada em 2010, tendo-se verificado desde então uma tendência crescente, verificando-se uma taxa de cobertura média no Continente superior a 49%, no ano 2014.

² Para o cálculo da taxa de cobertura das respostas Creche e Ama foi considerada a seguinte população de referência: população residente 0 aos < 3 anos.

Contrariamente à taxa de cobertura, a utilização das respostas sociais dirigidas a crianças até aos 3 anos de idade denota uma quebra, mais acentuada em equipamentos de entidades privadas lucrativas. Embora o número de crianças que frequentam estas respostas continue a verificar um crescimento, ainda que a um ritmo mais baixo do que o aumento do número de lugares, a redução do número de crianças residentes até aos 3 anos de idade, em consequência da quebra da natalidade dos últimos anos, poderá explicar o decréscimo da utilização. Para além disso, a conjuntura económica, com efeitos no poder compra das famílias, poderá também ser uma variável explicativa.

FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA TAXA DE COBERTURA DAS RESPOSTAS CRECHE E AMA POR CONCELHO, NUTS III E NUTS II, 2014

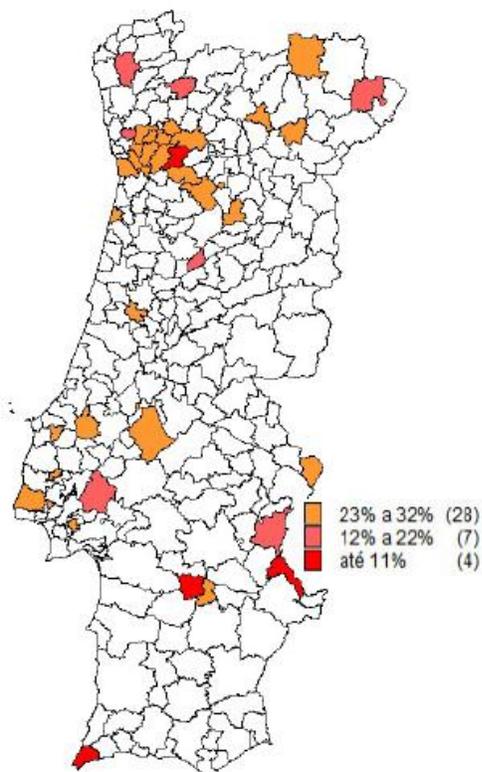


Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

Em termos da distribuição territorial da cobertura desta resposta social, verifica-se que, do total de concelhos do Continente (278), 239 registaram, em 2014, uma taxa de cobertura igual ou superior a 33%³, dos quais 125 apresentaram uma cobertura acima de 56%.

Todavia, é notória uma oferta em torno da AML ainda frágil para as necessidades existentes. Na AML, assim como na Área Metropolitana do Porto (AMP), verifica-se uma grande incidência de respostas sociais lucrativas, o que justifica, em grande medida, a dificuldade de acesso a esta resposta social, pelos montantes elevados que são usualmente praticados. Assiste-se, deste modo, nas áreas metropolitanas a uma diferenciação negativa no acesso às creches, devido às mensalidades praticadas em creche, as quais assumem normalmente valores de mercado, cabendo ao Estado definir medidas de política que promovam uma diferenciação positiva.

FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA INFERIORES A 33% DAS RESPOSTAS CRECHE E AMA POR CONCELHO, 2014



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

³ Em 2002, foi definida no Conselho Europeu de Barcelona uma meta em matéria de infraestruturas de acolhimento de crianças com o objetivo de, até 2010, ser assegurado o acolhimento de 33% das crianças com menos de 3 anos.

A taxa de cobertura na AML situava-se, em 2014, nos 44,62%. Contudo, dos 18 concelhos que compõem a região, 3 apresentavam uma cobertura de respostas para a 1ª infância abaixo dos 33%.

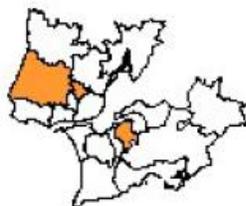
FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA DAS RESPOSTAS CRECHE E AMA NOS CONCELHOS DA NUT II – ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA, 2014



>=56%	(3)
46% a 55%	(3)
33% a 45%	(9)
<33%	(3)

Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA INFERIORES A 33% DAS RESPOSTAS CRECHE E AMA NOS CONCELHOS DA NUT II - ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA, 2014



23% a 32%	(3)
12% a 22%	(0)
até 11%	(0)

Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA DAS RESPOSTAS CRECHE E AMA (SEM ENTIDADES LUCRATIVAS) NA NUT II - ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA, 2014



Área Metropolitana de Lisboa	(28,26%) (18)
------------------------------	---------------

Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

Na AML, os constrangimentos no acesso à resposta social Creche são acrescidos por um outro fenómeno que importa destacar. Com efeito, se considerarmos que a taxa de cobertura mede a capacidade existente, face às crianças até aos 3 anos residentes em cada concelho, na área metropolitana os movimentos pendulares, em particular no concelho do Lisboa, são significativos, constituindo deste modo um motivo adicional, que fundamenta a consideração, para efeitos de priorização territorial, dos concelhos da AML.

De referir, ainda, a incidência de respostas sociais lucrativas, como já foi mencionado, condicionando o acesso à resposta Creche. Note-se que se considerarmos apenas a capacidade das respostas de entidade não lucrativas, a cobertura na AML fixava-se, em 2014, em 28,3%.

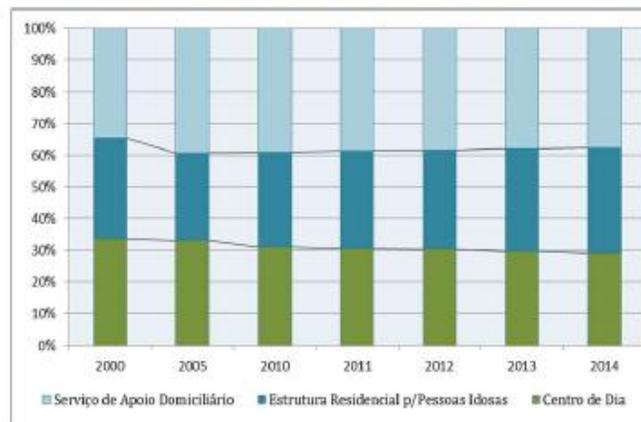
Concluindo, é considerada prioritária⁴ a resposta social Creche nos 18 concelhos da AML:

- Prioridade 3: dezoito concelhos, três dos quais com uma taxa de cobertura inferior a 33%, (Sintra, Odivelas e Moita) e os restantes com uma necessidade fortemente influenciada pela capacidade instalada em equipamentos lucrativos e pelos movimentos pendulares.

1.2.3. Caracterização das respostas sociais dirigidas Pessoas Idosas

As respostas sociais destinadas ao apoio à população idosa revelam um crescimento significativo (49%), no período 2000-2014, resultando num aumento de 2 500 respostas, aproximadamente. O SAD constitui a resposta social com maior incremento no âmbito deste grupo-alvo, representando, em 2014, cerca de 40% do total de respostas.

FIGURA 12 - EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS, 2000-2014

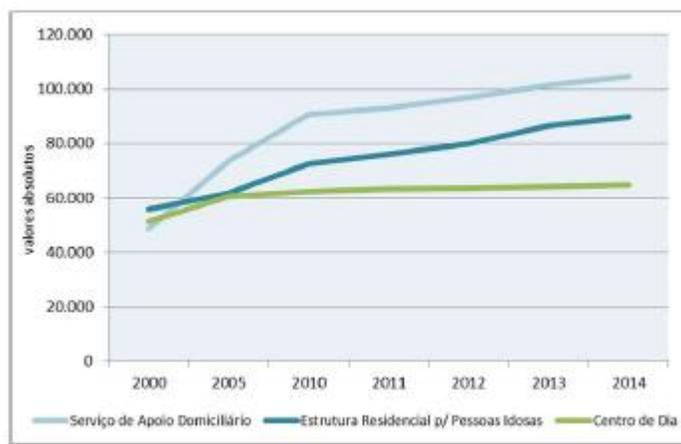


Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

⁴ É considerado tão mais prioritária a resposta social Creche num determinado concelho, quanto mais baixa for a taxa de cobertura nele registada.

A capacidade (número de lugares) das respostas sociais para as Pessoas Idosas evidenciou também, um manifesto desenvolvimento, no período 2000-2014, que se concretizou no aumento de mais de 102 000 novos lugares. O SAD é a resposta social com o crescimento mais acentuado, sendo que em 2014 atingiu os 104 551 mil lugares de oferta. Embora com um crescimento mais moderado, a resposta ERPI registava, em 2014, 89 666 mil lugares, enquanto a resposta de Centro de Dia dispunha de 64 705 mil lugares.

FIGURA 13 - EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS, 2000-2014

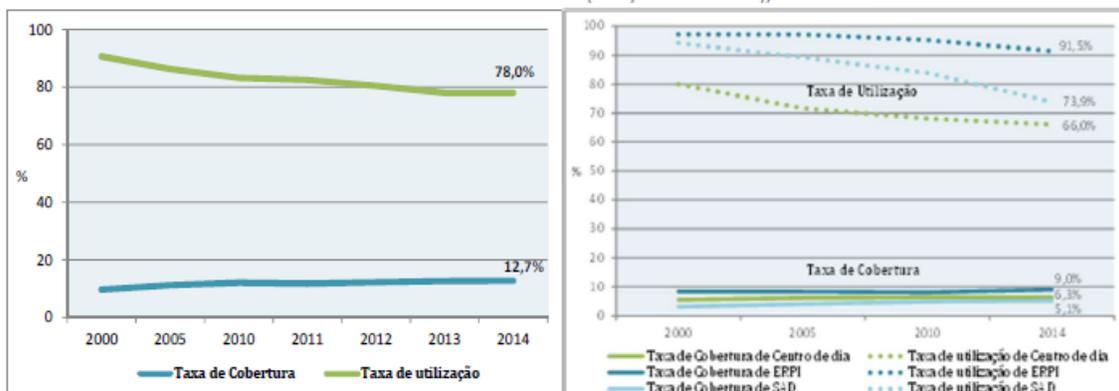


Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

A oferta de respostas de apoio a este grupo-alvo revela um progresso considerável, tal como ficou patente anteriormente. Todavia, o aumento crescente da população com idade igual ou superior a 65 anos tem condicionado o nível de cobertura oferecido. Em 2014, a taxa de cobertura média das principais respostas para este grupo⁵ (Centro de Dia, ERPI e SAD) fixou-se em 12,7%. Ao nível da utilização tem-se verificado uma quebra nas diferentes respostas sociais para a população idosa, à exceção da resposta ERPI que manteve, em 2014, uma taxa de utilização acima dos 90%. As dificuldades financeiras das famílias poderão constituir uma das razões que explicam esta tendência recente observada.

⁵ Para o cálculo da taxa de cobertura das respostas Centro de Dia, ERPI e SAD foi considerada a seguinte população de referência: população >= 65 anos.

FIGURA 14 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA E UTILIZAÇÃO DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS IDOSAS (SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD), ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS (ERPI) E CENTRO DE DIA), 2000-2014



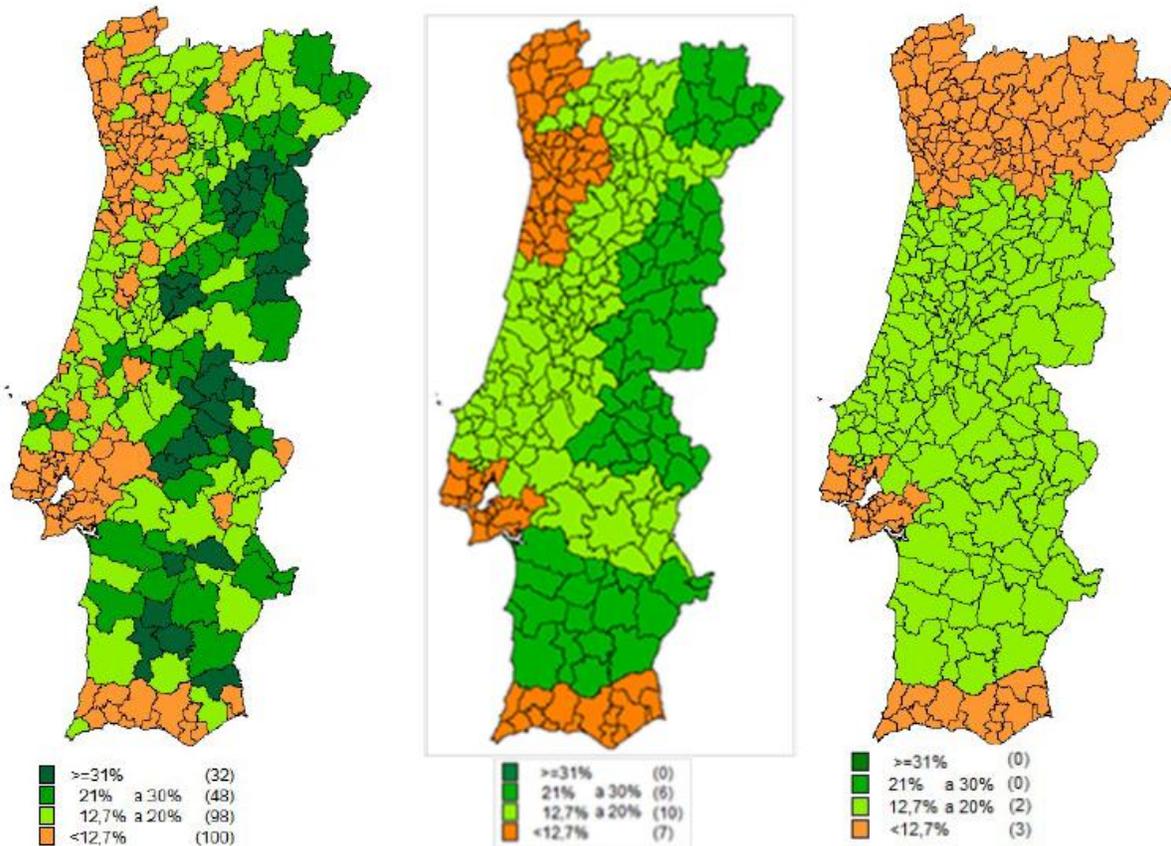
Fonte: INE, Estimativas da População Residente GEP-MTSSS, Carta Social.

Conforme mapas seguintes, verifica-se que a cobertura de respostas sociais dirigidas a Pessoas Idosas é manifestamente mais elevada no interior do território continental. Os concelhos do interior do país, com um peso relativo mais elevado de idosos, registam uma cobertura superior àquela que é oferecida nos concelhos do litoral.

Destaque-se que, dos 35 concelhos que compõem a AML e AMP, 33 registavam uma taxa de cobertura, em 2014, inferior à média do Continente (12,7%).

À semelhança das respostas sociais destinadas à primeira infância, a oferta de apoio à população idosa na AML não é, ainda, suficiente para as necessidades.

FIGURA 15 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA TAXA DE COBERTURA DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS IDOSAS (SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD), ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS (ERPI) E CENTRO DE DIA), POR CONCELHO, NUTS III e NUTS II, 2014

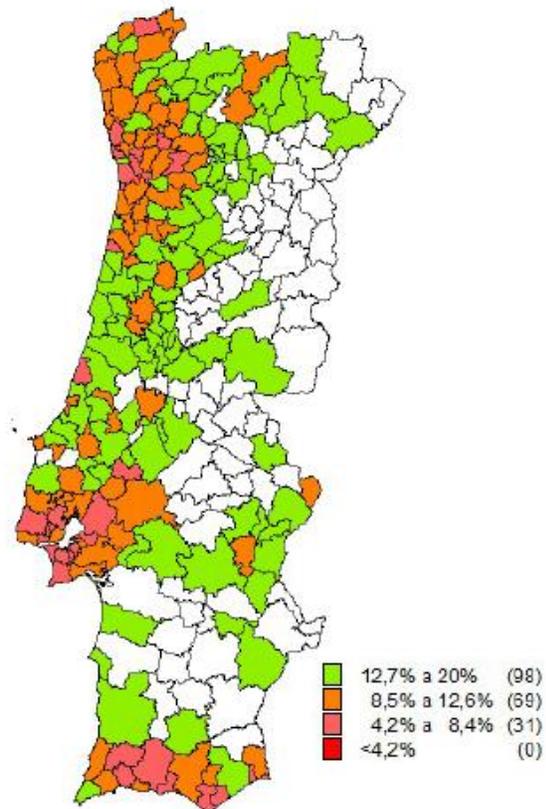


Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

Em termos da distribuição territorial da cobertura destas respostas sociais, verifica-se que, do total de concelhos do Continente (278), 178 registaram, em 2014, uma taxa de cobertura igual ou superior à taxa de cobertura média (12,7%), situando-se abaixo da mesma 100 concelhos.

Considerando que uma taxa de cobertura média de 12,7% é baixa, pondera-se nas respostas sociais Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário, destinadas às Pessoas Idosas, uma prioridade relativa aos concelhos que apresentam uma taxa de cobertura entre 12,7% e 20%.

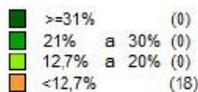
FIGURA 16 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA INFERIORES A 20% DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS IDOSAS POR CONCELHO, 2014



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014.
GEP-MTSSS, Carta Social.

A AML apresentava, em 2014, uma taxa cobertura de respostas dirigidas às Pessoas Idosas de 8,5%, sendo que os 18 concelhos dispunham de uma cobertura abaixo da média do Continente (12,7%).

FIGURA 17 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS IDOSAS POR CONCELHO NA NUT II - ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA, 2014



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

FIGURA 18 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA INFERIORES A 20% DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS IDOSAS POR CONCELHO NA NUT II - ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA, 2014

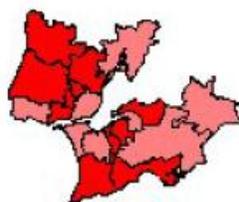


Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

Quando o projeto candidato na área dos equipamentos sociais no âmbito do PT 2020 incluir, em simultâneo, investimento para a resposta social ERPI e para a resposta social Centro de Dia⁶ são considerados prioritários 18 concelhos da Área Metropolitana de Lisboa⁷, dos quais:

- Prioridade 1: onze concelhos com uma taxa de cobertura inferior a 8,4% e
- Prioridade 2: sete concelhos com uma taxa de cobertura entre 8,5% e 12,6%.

FIGURA 19 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA INFERIORES A 20% DA RESPOSTA CENTRO DE DIA NA NUT II - ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA (AML), 2014



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

FIGURA 20 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DAS TAXAS DE COBERTURA INFERIORES A 20% DA RESPOSTA ERPI NA NUT II - ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA (AML), 2014



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014. GEP-MTSSS, Carta Social.

⁶ A resposta social Serviço de Apoio Domiciliário pode estar ou não acoplada ao equipamento social com ERPI e Centro de Dia.

⁷ É considerado tão mais prioritário o equipamento social num determinado concelho, quanto mais baixa for a taxa de cobertura nele registada.

Contudo, se forem consideradas, de forma isolada⁸, as taxas de cobertura das respostas sociais ERPI e Centro de Dia⁹, verifica-se, conforme mapas anteriores que tanto no caso da resposta social Centro de Dia, como na resposta social ERPI, os 18 concelhos têm uma taxa de cobertura inferior a 12,7%.

Assim, quando o projeto candidato na área dos equipamentos sociais no âmbito do PT 2020 corresponder à resposta social Centro de Dia¹⁰ são considerados prioritários 18 concelhos na Área Metropolitana de Lisboa¹¹, dos quais:

- Prioridade 1: onze concelhos com uma taxa de cobertura inferior a 4,2% e
- Prioridade 2: sete concelhos com uma taxa de cobertura entre 4,2% e 8,4%.

Por último, quando o projeto candidato na área dos equipamentos sociais, no âmbito do PT 2020, corresponder à resposta social ERPI¹² são considerados prioritários 18 concelhos da Área Metropolitana de Lisboa¹³, dos quais:

- Prioridade 1: dois concelhos com uma taxa de cobertura inferior a 4,2%,
- Prioridade 2: dez concelhos com uma taxa de cobertura entre 4,2% e 8,4% e
- Prioridade 3: seis concelhos com uma taxa de cobertura entre 8,5% e 12,6%.

1.2.4. Caracterização das respostas sociais dirigidas a Pessoas com Deficiência

As respostas sociais que visam o apoio à população com deficiência têm registado um aumento muito positivo, no período 2000-2014, traduzindo-se em cerca de 350 novas respostas desde 2000.

O Centro de Atividades Ocupacionais e o Lar Residencial consistem nas respostas com maior nível de crescimento (66% e 115%, respetivamente), entre 2000 e 2014, e com maior representatividade no âmbito deste grupo-alvo.

⁸ Para o cálculo das taxas de cobertura das respostas Centro de Dia e ERPI, isoladamente, foram consideradas as seguintes populações de referência: população ≥ 65 e < 75 anos e população ≥ 75 anos, respetivamente.

⁹ Considerando que a resposta social Serviço de Apoio Domiciliário deve surgir acoplada a uma destas respostas sociais ou a ambas.

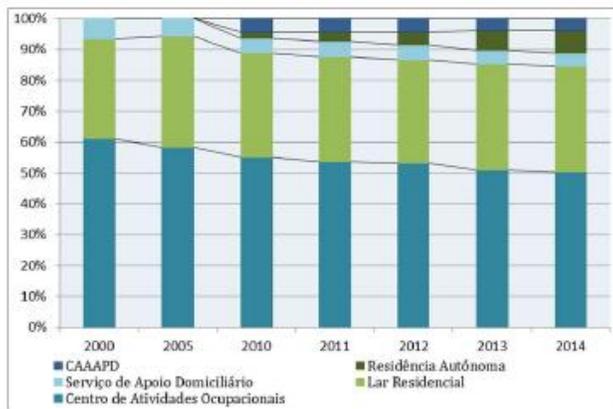
¹⁰ Podendo ter acoplada a resposta social Serviço de Apoio Domiciliário.

¹¹ É considerado tão mais prioritária a resposta social Centro de Dia num determinado concelho, quanto mais baixa for a taxa de cobertura nele registada.

¹² Podendo ter acoplada a resposta social Serviço de Apoio Domiciliário.

¹³ É considerado tão mais prioritária a resposta social ERPI num determinado concelho, quanto mais baixa for a taxa de cobertura nele registada.

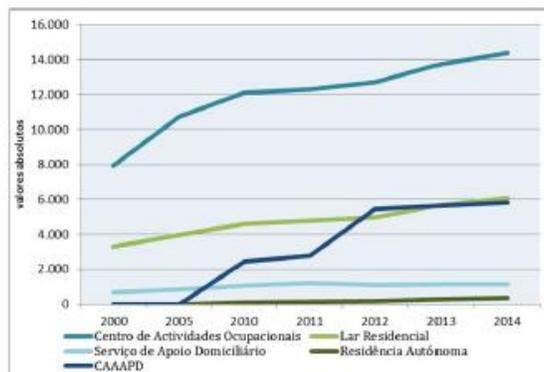
FIGURA 21 - EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2000-2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

Ao nível da capacidade disponível, verifica-se, igualmente, um incremento expressivo (104%), refletindo-se num aumento superior a 19 000 novos lugares, entre 2000 e 2014. O Lar Residencial e o CAO são as respostas com um crescimento mais significativo, sendo que, por referência a 2014, o CAO apresentava 14 402 mil lugares e o Lar Residencial 6 103 mil lugares. É de destacar, ainda, que as respostas sociais Residência Autónoma e Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD) têm revelado, nos últimos anos, um desenvolvimento assinalável.

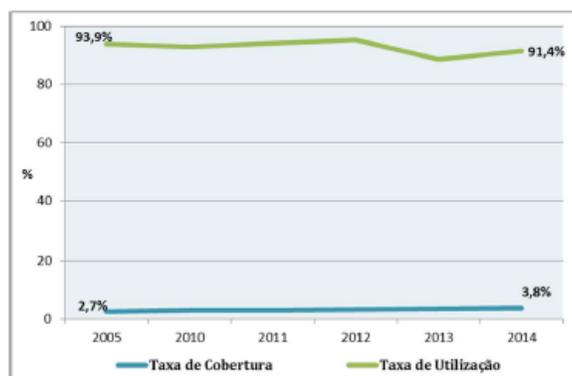
FIGURA 22 - EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2000-2014



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social.

A oferta de respostas sociais dirigidas a pessoas com deficiência evidencia progressos significativos, embora não tão visíveis ao nível da taxa de cobertura¹⁴. Em 2014, a taxa de cobertura média no Continente das principais respostas para esta população-alvo (Lar Residencial, CAO e SAD para pessoas com deficiência) fixou-se em 3,8%. A taxa de utilização tem-se mantido em níveis altos (91,4% em 2014), o que reflete a elevada procura que estas respostas sociais têm.

FIGURA 23 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA E UTILIZAÇÃO DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS, LAR RESIDENCIAL, RESIDÊNCIA AUTÓNOMA E SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO), 2005-2014

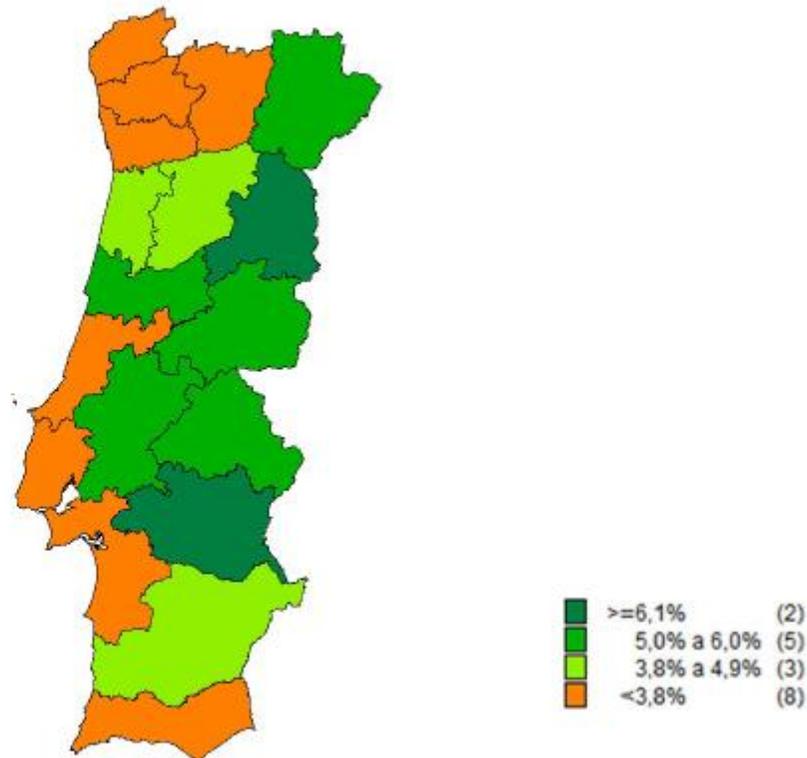


Fonte: INE, Estimativas da População Residente GEP-MTSSS, Carta Social.

Em 2014, os distritos do interior norte e centro eram os que apresentavam uma melhor cobertura de respostas para pessoas com deficiência. Do total de distritos do território continental, oito registavam uma taxa de cobertura abaixo da média (3,8%).

¹⁴ Para o cálculo da taxa de cobertura das respostas Lar Residencial, CAO e SAD para pessoas com deficiência foi considerada a seguinte população de referência: população com deficiência. Para inferência da população com deficiência é utilizada a proporção de indivíduos com deficiência identificada a partir dos Censos 2001, e assumindo que essa proporção e distribuição geográfica se mantem inalterada, é extrapolada a população alvo destas respostas sociais, com base nas estimativas da população residente de cada ano.

FIGURA 24 - DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA TAXA DE COBERTURA DAS RESPOSTAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS, LAR RESIDENCIAL, RESIDÊNCIA AUTÓNOMA E SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO), POR DISTRITO, 2014



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2014
GEP-MTSSS, Carta Social.

Atendendo às taxas de cobertura reduzidas em todos os distritos e NUTS II, considera-se que todos projetos candidatos às respostas sociais CAO, Lar Residencial e Residência Autónoma, os quais podem ter acoplada a resposta social SAD, são passíveis de aprovação independentemente da sua localização, sem prejuízo da avaliação a efetuar pelos serviços competentes da Segurança Social e da emissão do respetivo parecer, em cumprimento da Deliberação n.º 46/2015 da CIC, de 20 de maio de 2015, conforme descrito no capítulo seguinte.

2. Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

2.1. Enquadramento

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, destina-se a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência. A RNCCI assumiu-se como um novo paradigma organizacional e de cuidados na medida em que se assume como uma resposta integrada da Saúde e da Segurança Social e que mobiliza os setores público, privado e social. Ao mesmo tempo, assume a reabilitação, readaptação e reintegração como objetivos de intervenção.

Através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, procedeu-se à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, integrando-se na RNCCI o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, assim como as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Assim, a RNCCI organiza-se através de um conjunto de tipologias de resposta distribuídas pelo país e que incluem:

- Unidades de internamento
 - Unidades de Convalescença (UC)

Têm como finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Devem ter instalações próprias e articular com um hospital de agudos. Devem assegurar cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana sendo o tempo de permanência previsto para cada utente nestas unidades de 30 dias.
 - Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

Têm como finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior. Podem coexistir na mesma estrutura física com uma Unidade de Convalescença, e/ou uma Unidade de Longa Duração e Manutenção e/ou com uma Unidade de Dia e Promoção de Autonomia. Devem assegurar cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana. O tempo de permanência de cada utente nestas unidades tem um mínimo previsível de 30 dias e um máximo previsível de 90.

- o Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

Têm como finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, podendo ainda proporcionar o descanso do cuidador principal em situações temporárias previstas. As ULDM asseguram cuidados médicos, incluindo fisioterapia, cuidados de enfermagem diários, administração e prescrição de fármacos, cuidados de suporte (fisioterapia, terapia ocupacional, apoio psicossocial, atividades de manutenção e estimulação), apoio nas atividades da vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AVID), cuidados de higiene, conforto e alimentação e promoção de convívio e lazer. Devem assegurar cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Unidades de ambulatório
 - o Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA)

É uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio - estimulação psico-cognitiva e sensorial no âmbito de demências leves/moderadas, bem como reabilitação e manutenção da funcionalidade. Tem por objetivos prestar, temporária ou permanentemente, cuidados de suporte, de promoção da autonomia e apoio social a utentes com diferentes níveis de dependência aos quais não seja possível a prestação desses cuidados no domicílio. As UDPA asseguram cuidados clínicos periódicos (Médicos e de Enfermagem), cuidados de suporte (apoio psicossocial, atividades de manutenção), cuidados de higiene, conforto e alimentação e promoção de convívio e lazer. Devem funcionar um mínimo de 8 horas diárias nos dias úteis.

Apesar das UDPA se encontrarem previstas no âmbito do funcionamento da RNCCI ainda não existem unidades em funcionamento formal, nem se encontra regulamentada a forma de articulação das UDPA com as restantes unidades da rede ou outros equipamentos de apoio social já existentes.

Adicionalmente são também desenvolvidas respostas na área dos cuidados paliativos, que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico de vida limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais.

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

Também neste caso, desenvolve-se através das seguintes tipologias:

▮ Respostas de internamento

o Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

Têm por finalidade prestar, temporária ou permanentemente, acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes que verifiquem patologia severa e ou avançada, incurável e progressiva. Devem possuir instalações próprias, preferencialmente integradas num hospital. Devem assegurar cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Ao longo do desenvolvimento da RNCCI, foram identificadas novas necessidades a carecerem de desenvolvimento de respostas adicionais, designadamente, a Saúde Mental.

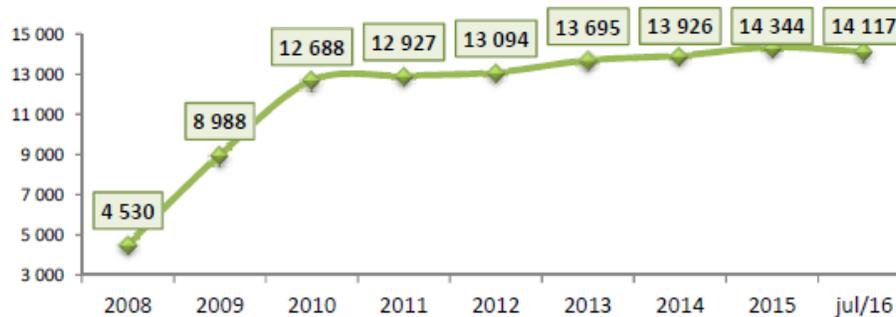
Tal como assinala o Plano Global da Saúde Mental 2013-2020 da OMS (World Health Organization, 2013), os problemas de saúde mental são responsáveis por uma alta taxa de incapacidade, para a qual contribuem múltiplos fatores individuais, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais. Deste modo a resposta de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) deve ser multissetorial, estar localizada na comunidade e estimular a participação dos utentes e seus familiares. O desenvolvimento de unidades e equipas de reabilitação psicossocial que assegurem um suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade que procurem a adaptação das respostas a problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, é facilitador da sua inclusão e caracteriza a resposta dos cuidados continuados integrados para a saúde mental.

2.2. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

2.2.1 Evolução da RNCCI

Desde a sua conceção que se assumiu que a gama de tipologias de cuidados definidas na RNCCI deveria evoluir para uma maior especialização em sub-tipologias de utentes ou problemas de saúde, oferecendo-se assim um leque de respostas mais variado e mais adequando às diferentes necessidades e perfis de utentes, contribuindo para uma cobertura ajustada no tempo, quer em número de lugares para internamento, quer em número de lugares para equipas de cuidados.

Figura 25 - Evolução do número de lugares totais na RNCCI

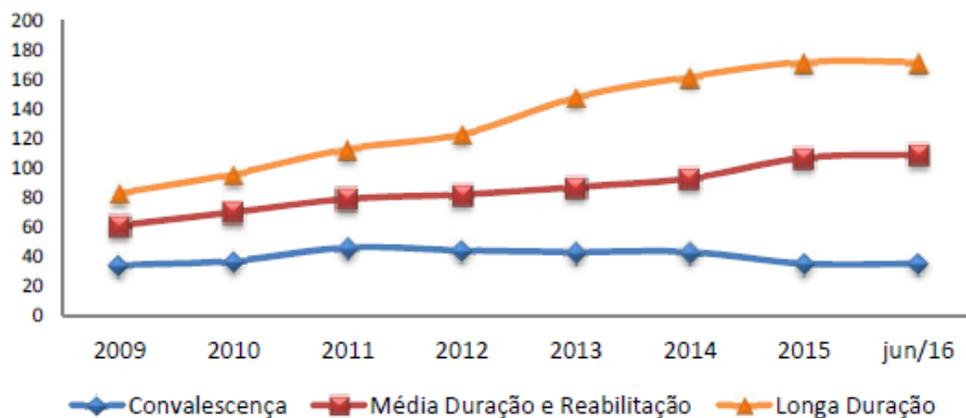


Para dar resposta à crescente necessidade da população, ao longo dos 10 anos de existência da RNCCI, o número de lugares de internamento da RNCCI aumentou, em média, 1000 lugares de internamento por ano, atingindo em junho de 2016, 7762 camas. O acumulado de utentes assistidos, desde o início da RNCCI em 2006 é de 202.794. A crescente resposta de número de lugares de internamento é justificada pelo crescente aumento do número de entidades prestadoras das diferentes tipologias de resposta de institucionalização.

Figura 26 - Evolução do número de lugares de internamento



Figura 27 - Evolução número de entidades prestadoras das diferentes tipologias de resposta de internamento



2.2.2. Caracterização das respostas de cuidados continuados: Unidades de Internamento

Na AML e no que diz respeito à tipologia Unidade de Convalescência, existe uma cobertura de apenas 23%, com uma homogeneidade razoável em todas as NUTS.

Também neste caso é de sublinhar o facto de esta ser uma região com uma das maiores densidades demográficas e uma das maiores concentrações de grandes hospitais. É igualmente uma região de destino dos movimentos migratórios a partir do interior e que concentra os hospitais de referência de toda a região sul, tornando-se assim mais evidente e gravosa a diminuta cobertura nesta tipologia.

Relativamente às Unidades de Média Duração e Reabilitação constata-se uma cobertura mais razoável atingindo os 67%, ainda que com assimetrias consideráveis.

Também na tipologia Unidades de Longa Duração e Manutenção a cobertura é modesta em toda a região atingindo apenas 36% na NUT AML. Nas três anteriores tipologias sublinhe-se que a AML tem sistematicamente coberturas muito modestas.

De referir que os rácios usados para os cálculos do número de camas necessárias são os definidos nos documentos que têm suportado o desenvolvimento da RNCCI. O quadro seguinte apresenta o resumo, por tipologia, do número de camas em falta face às metas. Os dados com informação detalhada ao nível do concelho, sempre que possível encontram-se em anexo.

FIGURA 28 - RESPOSTA POR TIPOLOGIA DE INTERNAMENTO NA AML (NÚMERO DE CAMAS)

TIPOLOGIA	EXISTENTES ¹⁵	METAS	EM FALTA	% EM FALTA
UC	162	719	557	77%
UMDR	551	823	272	33%
ULDMD	745	2056	1311	64%

2.2.3. Caracterização das respostas de cuidados continuados: Unidades de Ambulatório

Relativamente às respostas de ambulatório destacam-se as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

O quadro seguinte apresenta o resumo, por tipologia, do número lugares em falta face às metas. Os dados com informação detalhada ao nível do concelho, sempre que possível encontram-se em anexo.

FIGURA 29 - RESPOSTA POR TIPOLOGIA DE AMBULATÓRIO NA AML (NÚMERO DE LUGARES)

REGIÃO	EXISTENTES ¹⁶	METAS	EM FALTA	%EMFALTA
UDPA ¹⁷	0	515	515	100%

¹⁵ Existentes ou contratualizadas.

¹⁶ Existentes ou contratualizadas.

¹⁷ Quando as necessidades de planeamento originem uma UDPA com lotação inferior a 30 lugares deve de preferência ser anexa a unidade da RNCCI de UMDR ou ULDM, com cumprimento dos requisitos de dotação de pessoal e de instalações e equipamentos.

2.2.4. Caracterização das respostas de cuidados continuados: Unidades de Cuidados Paliativos

A tipologia Unidades de Cuidados Paliativos tem cobertura total na AML, ultrapassando até as metas previstas. Os dados com informação detalhada ao nível do concelho, sempre que possível encontram-se em anexo.

FIGURA 30 - RESPOSTA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA AML (NÚMERO DE CAMAS)

TIPOLOGIA	EXISTENTES ¹⁸	METAS	EM FALTA	% EM FALTA
UCP	117	103	-14	-14%

2.2.5. Caracterização das respostas de cuidados continuados de saúde mental

Apresenta-se de seguida a previsão das necessidades em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental distribuídas por respostas específicas para Crianças e Adolescentes e para Adultos e considerando as diferentes tipologias para a AML.

FIGURA 31 - PREVISÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE MENTAL NA AML

	Treino de Autonomia	Treino de Autonomia A+B	Residências Autónomas	Residências Apoio Moderado	Residências Apoio Máximo	Unidade Socio-Ocupacional	Equipa de Apoio Domiciliário
Crianças	-	24+24	-	-	12	80	144
Adultos	96	-	49	64	72	270	324

As respostas para as necessidades de CCISM foram calculadas considerando o número de reinternamentos do ano 2014¹⁹, associando-o às situações de incapacidade grande/moderada que em princípio precisarão de um período mais ou menos prolongado em tipologias com supervisão 24h (Treino Autonomia, Residência de Apoio Moderado, Residência de Apoio Máximo e Equipa de Apoio Domiciliário).

De acordo com Kaplan e Sadock (Sadock, Kaplan and Sadock, 2007), a proporção de pessoas com esquizofrenia que apresenta compromisso acentuado das suas capacidades situa-se entre 30% a 40%. Considerou-se que este valor poderá ser representado pelo número de utentes reintegrados em 2014 no SNS (903).

¹⁸ Existentes ou contratualizadas.

¹⁹ DGS, 2014.

Os restantes 60% representam os utentes com incapacidade em grau variável e podem ser os utilizadores das tipologias em ambulatório ou equivalente (Autónomas, Unidades Sócio Ocupacionais, Equipas de Apoio Domiciliar).

A percentagem considerada para a distribuição do número de utentes por tipologia é arbitrária e está de acordo com a orientação do Ministério da Saúde por tipologias não residenciais ou temporárias como a de Treino de Autonomia (que é de tipo convalescença).

A conversão para a AML, à semelhança das outras regiões, foi ponderada de acordo com a proporção de reinternamentos na região. Existe uma margem de erro de cerca de 47 lugares no total e não são considerados os utentes que atualmente já têm resposta.

Para a Infância e Adolescência teve-se em consideração o que foi reportado pelos serviços de Pedopsiquiatria da ARS Norte, I.P. e da ARS LVT, I.P.

A proposta final procura ponderar ainda alguns aspetos da realidade regional, nomeadamente as áreas de abrangência dos hospitais em que se integram os serviços de saúde mental e o grau de inserção no território, nomeadamente na área da infância e adolescência.

2.2.6. Síntese das prioridades por tipologia

O quadro seguinte apresenta a síntese das prioridades para a AML por tipologia de resposta de cuidados continuados integrados.

UCP	UMDR	ULDM	UDPA	CCISM
Assimetrias no interior da NUT, mas com metas ultrapassadas	Assimetrias no interior da NUT. Atenção particular às zonas de grande densidade populacional.	Assimetrias no interior da NUT. Atenção particular às zonas de grande densidade populacional.	Carência total em toda a NUT	Carência total em toda a NUT

3. O POR Lisboa enquanto instrumento fundamental para assegurar uma maior cobertura da população abrangida por equipamentos sociais

O Programa Operacional irá contribuir para a melhoria na oferta de respostas sociais dirigidas às crianças e aos idosos, contribuindo para as metas definidas Estratégia Europa 2020 de reduzir a população em risco de pobreza e de situação de exclusão.

O POR Lisboa, no âmbito da PI 9.7 “Investimento na saúde e nas infraestruturas sociais que contribuam para o desenvolvimento nacional, regional e local, para a redução das desigualdades de saúde, para a promoção da inclusão social através de melhor acesso aos serviços sociais, culturais e de recreio, assim como para a transição dos serviços institucionais para os serviços de base comunitária”, definiu como objetivo específico “Aumentar as taxas de cobertura da oferta de equipamentos de cuidados continuados integrados e de creches”. Para a sua operacionalização privilegiam-se ações visem qualificar a oferta de equipamentos de cuidados continuados integrados e de creches, nomeadamente:

- Construção e adaptação de equipamentos com vista à sua conversão em creches;
- Ampliação, requalificação e reabilitação de creches;
- Ampliação, requalificação de edifícios destinados a equipamentos de cuidados continuados.

As possibilidades de apoio no âmbito do POR Lisboa a investimentos em equipamentos sociais na Região, para o período 2014-2020, rondam os 6 milhões de euros, sendo que 3 milhões de euros se destinam a equipamentos de creches e 3 milhões euros a equipamentos de cuidados continuados.

As necessidades de intervenção prioritárias nestes dois domínios não se circunscrevem às dotações programadas no POR Lisboa, devendo a resposta ao quadro de fragilidades identificados ser igualmente respondido com a mobilização de fundos nacionais.

Neste enquadramento, os critérios-base subjacentes ao apoio no âmbito do POR Lisboa a investimentos em equipamentos sociais creches na Região, são os seguintes:

- ✓ **Requalificação, remodelação ou adaptação de equipamentos**, cujas respetivas entidades tenham acordo de cooperação celebrado com os serviços competentes da Segurança Social, são considerados prioritários, independentemente da sua localização territorial.

Nestas situações é emitido parecer não vinculativo pelo Instituto da Segurança Social, I.P., o qual terá designadamente em conta o número de anos do edificado, o seu estado de degradação e

infraestruturas, a modernização e o ajustamento das infraestruturas às necessidades presentes e futuras, ou a necessidade de remodelação e adaptação das infraestruturas para garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente das respetivas capacidades motoras.

- ✓ **Construção de raiz ou ampliação de equipamentos que impliquem um aumento da capacidade instalada** (criação de novos lugares), ou reconversão noutra resposta social (os quais também criam novos lugares na nova resposta social), são condicionados às prioridades definidas pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), enquanto entidade responsável pelas políticas públicas na área dos equipamentos sociais, constantes do ponto 1.2.2 e Anexo 1 do presente documento.

Não obstante o apoio no âmbito do POR Lisboa estar dirigido aos investimentos em equipamentos sociais creches, *apresentam-se os pressupostos considerados pelo MTSSS na definição das prioridades:*

- i. Foram identificadas as respostas sociais prioritárias nas áreas de Infância e Juventude, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência ou Incapacidade;*
- ii. Para cada uma das respostas sociais prioritárias: Creche, Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Atividades Ocupacionais, Lar Residencial e Residência Autónoma, foram identificadas metas que, com exceção da Creche²⁰, correspondem à cobertura média registada no Continente;*
- iii. Nas respostas sociais destinadas a Pessoas com Deficiência ou Incapacidade, considerando as taxas de cobertura reduzidas em todos os distritos, independentemente das taxas de cobertura, todos os projetos candidatos às respostas sociais CAO, Lar Residencial e Residência Autónoma, os quais podem ter acoplada a resposta social SAD, são passíveis de aprovação, sem prejuízo da avaliação a efetuar pelos serviços competentes da Segurança Social, em cumprimento da Deliberação n.º 46/2015 da CIC, de 20 de maio de 2015;*

²⁰ Cujas metas de 33% foi definida em 2002 no Conselho Europeu de Barcelona

- iv. *Nas respostas sociais destinadas nas áreas de Infância e Juventude ou Pessoas Idosas são considerados os equipamentos sociais que integrem estas respostas sociais e se insiram num concelho cuja taxa de cobertura se situa abaixo da taxa média de cobertura;*
- v. *De entre estes, foram estabelecidos níveis de prioridade, sendo tanto mais prioritário o equipamento social que se situe num concelho com menor taxa de cobertura face à média nacional ou a 33% no caso da resposta social Creche;*
- vi. *Na resposta social Creche foram ainda considerados elegíveis os concelhos situados nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e do Porto, justificado pela necessidade de promover uma diferenciação positiva no acesso a estas respostas sociais, bem como pelo impacto dos movimentos pendulares, que se traduzem num aumento substancial da procura face à população residente;*
- vii. *Nas respostas sociais destinadas às Pessoas Idosas, foi ainda considerado um intervalo de cobertura acima da cobertura média nacional, cujos concelhos se inserem na última prioridade;*
- viii. *Com exceção das respostas sociais destinadas a Pessoas com Deficiência ou Incapacidade, os equipamentos sociais que se insiram em concelhos que não sejam considerados prioritários pelos serviços competentes da Segurança Social, não são passíveis de obter parecer favorável por parte dos mesmos.*

De acordo com a Deliberação n.º 46/2015, de 20 de maio de 2015, da CIC, “os equipamentos sociais cujas operações impliquem a reconversão ou o alargamento da capacidade das respostas sociais existentes bem como a criação de novas respostas sociais deverão ter assegurada a revisão ou a celebração do protocolo de cooperação respetivo”.

Em cumprimento desta deliberação os serviços competentes da Segurança Social emitem um parecer prévio vinculativo sempre que o projeto candidato implique um aumento de capacidade instalada numa das respostas sociais consideradas prioritárias, ou não implicando um aumento de capacidade instalada, corresponda a uma reconversão noutra resposta social.

Nestes casos o parecer prévio vinculativo é emitido pelo Instituto da Segurança Social, I.P. tendo em consideração, designadamente:

- Os níveis de prioridade territorial onde se insere cada projeto candidato, em função da resposta social e da localização territorial, tendo em consideração as prioridades definidas;

- As disponibilidades orçamentais previstas no Programa de Estabilidade 2014-2019²¹;
- A sustentabilidade financeira em termos de funcionamento da resposta social;
- A cobertura territorial dos acordos de cooperação já celebrados, bem como a taxa de utilização das respostas sociais;
- As taxas de cobertura prospetivas ao nível do concelho no caso das respostas sociais Creche, ERPI e Centro de Dia, em função dos pedidos de parecer solicitados no âmbito dos programas de investimento em equipamentos sociais.

Relativamente aos **equipamentos de cuidados continuados integrados** não será apoiada a construção de raiz de novos equipamentos, sendo os critérios-base subjacentes ao apoio no âmbito do POR Lisboa a investimentos neste domínio, os seguintes:

- ✓ **Reconversão ou ampliação de equipamentos** que tenham como objetivo o alargamento da RNCCI, considerando-se prioritárias as respostas de cuidados continuados e correspondentes tipologias que se encontrem mais distantes das metas em termos de número de camas.

No âmbito de Orientações operacionais²², de acordo com as quais devem estar asseguradas a revisão ou a celebração de acordo de cooperação/contrato programa para funcionamento das respostas sociais e das respostas de cuidados continuados, os critérios de intervenção serão aplicados por parte dos serviços competentes do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde através da emissão de parecer prévio vinculativo.

Nestes casos o parecer prévio vinculativo é emitido pelos serviços competentes do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde, tendo em consideração, designadamente:

- Os níveis de prioridade territorial onde se insere cada projeto candidato, em função da resposta de cuidados continuados integrados e da localização territorial, tendo em consideração as prioridades constantes do ponto 2.2.6 e Anexos 2.2 a 2.6 do presente documento e do ponto 2.2.5 no que se refere aos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCSM);

²¹ Quadro Plurianual de despesas com cooperação previstas até 2020.

²² À semelhança da Orientação operacional aplicável aos equipamentos sociais a que corresponde a Deliberação n.º 46/2015, de 20 de maio de 2015, da CIC.

- as disponibilidades orçamentais previstas no Programa de Estabilidade 2014-2019²³;
- A sustentabilidade financeira em termos de funcionamento da tipologia de resposta da RNCCI (considerando o n.º mínimo de lugares por tipologia ou lugares por tipologias acopladas).

Os projetos candidatos a apoio no âmbito do POR Lisboa são avaliados com base nos critérios de seleção aprovados pelo Comité de Acompanhamento do Programa, não sendo financiados custos de manutenção e funcionamento.

²³ Quadro Plurianual de despesas com RNCCI previstas até 2020.

ANEXO 1. Unidades da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais - Taxa de cobertura e prioridades da resposta social Creche nos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa (sem entidades lucrativas)

NUT III	Concelho		Taxa Cobertura	Prioridades
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA		(sem entidades lucrativas)	28,3	3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1105	Cascais		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1106	Lisboa		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1107	Loures		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1109	Mafra		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1110	Oeiras		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1111	Sintra		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1114	Vila Franca de Xira		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1115	Amadora		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1116	Odivelas		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1502	Alcochete		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1503	Almada		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1504	Barreiro		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1506	Moita		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1507	Montijo		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1508	Palmela		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1510	Seixal		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1511	Sesimbra		3
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	1512	Setúbal		3

ANEXOS 2. Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Anexo 2.1. Base Populacional Região da AML – Base de Cálculo

NUTS	Concelhos	Grupos etários				
		TOTAL	0-14	15-24	25-64	65+
Total Área Metropolitana de Lisboa		2821876	437881	295043	1575110	513842
Área Metropolitana de Lisboa (18 concelhos)	Alcochete	17569	3 332	1 736	9 963	2 538
	Almada	174030	25 583	17 667	95 055	35 725
	Amadora	175136	25 903	19 476	97 015	32 742
	Barreiro	78764	11 221	7 420	43 112	17 011
	Cascais	206479	32 655	21 727	115 383	36 714
	Lisboa	547733	70 494	53 507	292 772	130 960
	Loures	205054	32 056	22 600	115 121	35 277
	Mafra	76685	14 365	7 526	43 450	11 344
	Moita	66029	10 549	7 424	36 775	11 281
	Montijo	51222	8 506	4 993	29 154	8 569
	Odivelas	144549	21 912	15 370	83 766	23 501
	Oeiras	172120	26 559	16 533	96 059	32 969
	Palmela	62831	10 680	6 205	34 975	10 971
	Seixal	158269	25 747	17 229	90 860	24 433
	Sesimbra	49500	8 615	5 042	28 092	7 751
	Setúbal	121185	19 557	12 507	67 215	21 906
	Sintra	377835	66 633	43 891	215 654	51 657
	Vila Franca de Xira	136886	23 514	14 190	80 689	18 493

Anexo 2.2. Unidades de Convalescença Região da AML – Planeadas, Metas e em falta

UC		Ex + Planeadas	Metas	Em falta	% falta
Total Área Metropolitana de Lisboa		162	719	557	77%
Área Metropolitana de Lisboa (18 concelhos)	Alcochete	0	4	4	100%
	Almada	0	50	50	100%
	Amadora	0	46	46	100%
	Barreiro	0	24	24	100%
	Cascais	15	51	36	71%
	Lisboa	47	183	136	74%
	Loures	30	49	19	39%
	Mafra	17	16	-1	-6%
	Moita	10	16	6	38%
	Montijo	26	12	-14	-117%
	Odivelas	0	33	33	100%
	Oeiras	0	46	46	100%
	Palmela	0	15	15	100%
	Seixal	0	34	34	100%
	Sesimbra	0	11	11	100%
	Setúbal	17	31	14	45%
	Sintra	0	72	72	100%
	Vila Franca de Xira	0	26	26	100%

Anexo 2.3. Unidade de Média Duração e Reabilitação Região da AML – Planeadas, Metas e em falta

UMDR		Ex + Planeadas	Metas	Em falta	% falta
Total Área Metropolitana de Lisboa		551	823	272	33%
Área Metropolitana de Lisboa (18 concelhos)	Alcochete	0	4	4	100%
	Almada	30	57	27	47%
	Amadora	0	52	52	100%
	Barreiro	30	27	-3	-11%
	Cascais	52	59	7	12%
	Lisboa	20	210	190	90%
	Loures	40	56	16	29%
	Mafra	85	18	-67	-372%
	Moita	49	18	-31	-172%
	Montijo	35	14	-21	-150%
	Odivelas	0	38	38	100%
	Oeiras	50	53	3	6%
	Palmela	0	18	18	100%
	Seixal	0	39	39	100%
	Sesimbra	0	12	12	100%
	Setúbal	62	35	-27	-77%
	Sintra	98	83	-15	-18%
	Vila Franca de Xira	0	30	30	100%

Anexo 2.4. Unidade de Longa Duração e Manutenção, Região da AML – Planeadas, Metas e em falta

ULDM		Ex + Planeadas	Metas	Em falta	% falta
Total Área Metropolitana de Lisboa		745	2056	1311	64%
Área Metropolitana de Lisboa (18 concelhos)	Alcochete	0	10	10	100%
	Almada	80	143	63	44%
	Amadora	30	131	101	77%
	Barreiro	40	68	28	41%
	Cascais	40	147	107	73%
	Lisboa	15	524	509	97%
	Loures	36	141	105	74%
	Mafra	77	45	-32	-71%
	Moita	40	45	5	11%
	Montijo	176	34	-142	-418%
	Odivelas	0	94	94	100%
	Oeiras	60	132	72	55%
	Palmela	0	44	44	100%
	Seixal	30	98	68	69%
	Sesimbra	0	31	31	100%
	Setúbal	56	88	32	36%
	Sintra	35	207	172	83%
	Vila Franca de Xira	30	74	44	59%

Anexo 2.5. Unidades de Cuidados Paliativos, Região da AML – Planeadas, Metas e em falta

UCP		Ex + Planeadas	Metas	Em falta	% falta
Total Área Metropolitana de Lisboa		117	103	-14	-14%
Área Metropolitana de Lisboa (18 concelhos)	Alcochete	0	1	1	100%
	Almada	0	7	7	100%
	Amadora	0	7	7	100%
	Barreiro	10	3	-7	-233%
	Cascais	0	7	7	100%
	Lisboa	19	26	7	27%
	Loures	8	7	-1	-14%
	Mafra	20	2	-18	-900%
	Moita	20	2	-18	-900%
	Montijo	0	2	2	100%
	Odivelas	0	5	5	100%
	Oeiras	14	7	-7	-100%
	Palmela	0	2	2	100%
	Seixal	0	5	5	100%
	Sesimbra	0	2	2	100%
	Setúbal	14	4	-10	-250%
	Sintra	12	10	-2	-20%
	Vila Franca de Xira	0	4	4	100%

Anexo 2.6. Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia, Região da AML

UDPA	Concelhos	Metas	Existentes	Previstas em Planeamento	Em falta
Total Área Metropolitana de Lisboa		515	0	0	515
Área Metropolitana de Lisboa (18 concelhos)	Alcochete	3			3
	Almada	36			36
	Amadora	33			33
	Barreiro	17			17
	Cascais	37			37
	Lisboa	131			131
	Loures	35			35
	Mafra	11			11
	Moita	11			11
	Montijo	9			9
	Odivelas	24			24
	Oeiras	33			33
	Palmela	11			11
	Seixal	24			24
	Sesimbra	8			8
	Setúbal	22			22
	Sintra	52			52
	Vila Franca de Xira	18			18