



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

David dos Santos Pinto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís Lourenço

Covilhã, Junho 2012

Agradecimentos

Não poderia de expressar os meus mais sinceros e profundos agradecimentos a todos os que contribuíram para a realização da presente investigação.

- ✓ Ao Professor Doutor Luís Lourenço, por toda a sua disponibilidade e orientação prestada, bem como o apoio e compreensão que demonstrou.
- ✓ À minha esposa pela paciência e compreensão no decorrer de todo o processo do curso de Mestrado.
- ✓ À minha família (Mãe, irmão, sobrinha e cunhados) pelo apoio demonstrado.
- ✓ A todos os meus amigos, especialmente ao Jorge Ramos Silva, pelas palavras de incentivo e pelos momentos de compreensão quando mais precisei.

Mais uma vez, a todos um Muito Obrigado

Resumo

A presente investigação tem como objetivo desenvolver, com as estruturas existentes em Portugal, um conjunto de conclusões e implicações, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados ao idoso na comunidade. Através de um estudo baseado na revisão literária e na comparação com outro país europeu. Chegou-se à conclusão que existe uma relação forte entre a qualidade dos cuidados prestados ao idoso e a qualificação do pessoal cuidador, nomeadamente de enfermagem. A integração das respostas sociais associadas ao idoso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados juntamente com um sistema de informação e comunicação compatível entre as estruturas e instituições geriátricas, poderia gerar um aumento significativo da qualidade dos cuidados e da sua gestão.

Palavras-chave

Integração, Idoso, Enfermagem, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Tecnologias de Informação, Otimização, Gestão.

Abstract

This study aims to develop, a set of conclusions and implications, to improve the quality of care, provided by existing structures in Portugal, to the elderly in the community. This study is based on the revision of the literature review and on systematic comparison with other European country. It was possible to conclude that there is a strong relationship between quality of care provided to the elderly and caregiver staff qualifications, nurses in particular. The integration of social responses to the elderly in the National Network for Continuous Care along with a compatible information system and communication between structures and geriatric institutions could create an important increase of quality of care and its management.

Keywords

Integration, Elderly, Nursing, National Network for Continuous, Care, Information Technology, Optimization, Management

Índice

1 - Introdução.....	1
2 – Revisão da Literatura.....	3
2.1 – Contexto Português.....	3
2.1.1 - Contexto Social	3
2.1.2 - Resposta Hospitalar em Portugal.....	4
2.2 – Respostas Sociais para Idosos	6
2.2.1 - Serviço de Apoio Domiciliário	6
2.2.2 - Centro de Dia	6
2.2.3 - Centro de Noite.....	7
2.2.4 - Acolhimento familiar para pessoas idosas.....	7
2.2.4 - Lar de Idosos	7
2.2.5 - Importância Das Respostas Sociais Em Portugal para o Idoso.....	12
2.3 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	13
2.4 – Exemplo Suíço	16
3 – Comparação Entre a Abordagem Portuguesa e Suíça para os Cuidados ao Idoso	22
3.1 – Metodologia	22
3.2 - Comparação dos Sistemas	23
3.3 – Algumas Considerações.....	24
4 – Conclusões e Implicações.....	27
4.1 – Enquadramento Legal	27
4.2 – Estrutura da RNCCI.....	29
4.3 – Tecnologias de Informação e Comunicação.....	30
5 - Conclusão	32
6 – Limitações e Pesquisas Futuras.....	34
Bibliografia	35
Legislação	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha de entrada dos Cuidados Continuados.....	14
Figura 2 - Adequação dos cuidados Hospitalares.....	15
Figura 3 - Representação esquemática organizacional para a gestão de alta	18
Figura 4 - Estrutura adaptada e integrada de todas as estruturas de cuidados aos idosos.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dias de Internamento e DM.....	5
Tabela 2 - Quadro comparativo dos cuidados ao idoso na comunidade entre Portugal e Vaud.....	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das respostas sociais por população-alvo 2009.....	12
Gráfico 2 - Pedidos de apoio à Unidade Móvel de Cuidados Paliativos	19

1 - Introdução

Em tempos que a população ocidental envelhece a um ritmo acelerado, Portugal não foge à regra. Com isso, uma nova sociedade se estrutura, novas necessidades surgem e é necessária uma nova forma de reestruturar os cuidados ao idoso.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), nos países desenvolvidos assim como nos países em desenvolvimento, as doenças crónicas¹ constituem uma das causas mais importantes e difíceis da incapacidade e menor qualidade de vida do idoso. A independência de uma pessoa idosa está ameaçada desde logo que surjam incapacidades físicas ou mentais que compliquem os gestos elementares da sua vida quotidiana

Segundo Vaz (1998) registam-se preocupações, nos Estados Unidos da América e na Europa, no campo político e social para a criação de serviços dirigidos para a melhoria da qualidade de vida para a Terceira Idade.

Ao longo da última década, Portugal sofreu algumas reformas importantes a esse nível, nomeadamente na formação de um novo modelo de cuidados, designados de Cuidados Continuados assim como importantes reformas nos cuidados paliativos.

Para Campos (2008) esse novo modelo de Cuidados Continuados, veio combater um fenómeno que representava um grande flagelo social, que era o drama de milhares de idosos doentes que já não necessitavam de um acompanhamento médico permanente no hospital mas com demasiadas dependências para regressar ao domicílio sem vigilância de um profissional de saúde.

Para o mesmo autor, os cuidados e as necessidades do idoso nessa fase, já não eram adaptadas nem otimizados no hospital, custando um elevado preço ao erário público. Assim criou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de forma a combater esse flagelo.

Segundo Cabral (2009) a grande falta de coordenação entre as várias entidades, assim como a sua fraca otimização de recursos devido a uma política vaga, confusa e pouco rigorosa, faz com que os custos da Segurança Social e do Sistema Nacional de Saúde (SNS) aumentem.

Aliás, analisando com mais pormenor, os cuidados continuados surgem como resposta a uma consequência e não uma causa (na comunidade). Os cuidados continuados surgem, como foi referido, para descongestionar as camas dos hospitais de pessoas idosas em que as

¹ Doença Crónica - caracterizada pela sua permanência e requer longos períodos de internamento e tratamento (Augusto *et al* (2005)

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

suas necessidades já não estavam adaptadas ao meio hospitalar. Contudo a análise tem que ir mais longe e deve focar-se na comunidade e nas seguintes questões:

- Estará garantida a qualidade dos cuidados ao idoso na comunidade?
- Estarão as estruturas existentes, para o apoio ao idoso, otimizadas?

O objetivo do estudo é realmente encontrar fontes de ineficiências, comparando com o modelo suíço, tecer algumas implicações e criar um modelo estrutural e organizacional para uma Política de Saúde e Social otimizadas, nos cuidados à pessoa idosa em Portugal.

A Suíça, mais especificamente o Cantão² de Vaud, apresenta uma política clara de cuidados integrados e segundo vários relatórios e estudos, um modelo que segue os critérios de cuidados integrados para o idoso (OCDE, 2006).

No entanto, segundo a OCDE (2007), a comparação de alguns indicadores de saúde, como o número de altas hospitalares, são limitados. Em alguns países não tomam em consideração a totalidade dos serviços de saúde, como por exemplo a Dinamarca e a Irlanda que só fornece dados de hospitais públicos ou financiados com fundos públicos, enquanto Portugal só fornece os dados dos hospitais do continente e os dados fornecidos pela Espanha só cobre 85% dos Hospitais.

Nesse sentido, a comparação será feita segundo as diferenças organizacionais e institucionais dos 2 países, sem apresentar dados relativos ao contexto hospitalar, pois o parque hospitalar suíço está organizado de forma diferente que o português. No entanto alguns indicadores, nomeadamente sociais, serão referidos.

O trabalho está organizado em seis capítulos. Depois deste primeiro capítulo de introdução, no segundo capítulo proceder-se-á à revisão literária, conhecer o contexto português, as suas respostas sociais e hospitalares para os idosos e exemplos de respostas de sucesso para idosos na Suíça.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia do estudo fazendo-se a comparação entre o modelo português e um modelo suíço. No quarto capítulo irá se apresentar as conclusões e implicações terminando no quinto capítulo com a conclusão final e no sexto capítulo com as limitações do estudo.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho consiste numa revisão literária e documental utilizando o método comparativo nos campos da política social, de saúde, geriatria, psicogeriatrics, cuidados integrados nacional e internacional, com a realidade Suíça de forma a encontrar, um modelo estrutural e organizacional para os cuidados geriátricos em Portugal otimizado e multisectorial.

² Cantão - Divisão administrativa, região.

2 - Revisão da Literatura

2.1 - Contexto Português

2.1.1 - Contexto Social

Em Portugal, tal como nos outros países desenvolvidos, o envelhecimento populacional é uma realidade. O objetivo deste trabalho não é incidir nesse facto mas sim na consequência dessa realidade, como camas hospitalares sobrecarregadas com idosos e tempos de internamento prolongados. De tal forma não se irá desenvolver uma análise exaustiva da realidade demográfica portuguesa mas apenas a referência de alguns dados estatísticos que corroboram e validam esse fenómeno.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (2007), em Portugal a esperança média de vida em 2009 situa-se nos 79 anos, 82 anos para as mulheres e 75 anos para homens. Segundo a mesma fonte, em 2009 a percentagem da população com mais de 65 anos era de 18 %, com uma mesma tendência de aumentar para valores de 32% em 2050.

Para Campos (2008) ao mesmo tempo que esses valores representam ganhos em saúde, como o aumento da esperança média de vida, muito graças ao SNS, representa um desafio, pois o envelhecimento populacional traz consigo outros fenómenos como as pluripatológica e dependências.

Segundo Campos (2008), estimativas produzidas em Portugal em 2004, conclui-se que existem:

- 163 000 Idosos com pluripatologia e dependência;
- Entre 160 000 a 250 000 idosos com demência;
- Mais de 16 000 doentes terminais.

Para Ribeiro (2009), juntamente com as alterações que a sociedade sofreu durante o século passado, entre eles a emancipação da mulher e a sua entrada no mundo do trabalho, onde em 2001 perto de 80% das mulheres participaram no mercado de trabalho contra os 60% em 1981.

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Como refere Adão e Silva (2002) citado por Ribeirinho (2005), a referência à emancipação da mulher é necessária e importante, pois os cuidados informais³ aos idosos eram prestados por elas, não só dos idosos mas também das crianças. Apesar da sua entrada no mercado de trabalho, estas continuam a acumular esforços para garantir ambas as tarefas.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2007), chegou-se à conclusão que com o aumento da idade, aumenta também a prevalência de doenças crónicas e sofrimento psicológico, doenças como hipertensão arterial, doença reumática, dor crónica, depressão, diabetes, osteoporose e asma.

Segundo Spar *et al.* (2005), a maioria dos idosos tem pelo menos uma doença crónica e muitas delas com problemas concomitantes. As patologias frequentes segundo esse autor são: Hipertensão, problemas cardíacos e défice auditivo ou visual, diabetes e artrite. Cada uma destas patologias pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida.

As doenças crónicas requerem obrigatoriamente uma abordagem integrada e coordenada na sociedade de forma a garantir um nível de cuidados elevado e uma redução de custos desnecessários.

Tal como refere Leuschner (2006), existe em Portugal uma falta de cuidados adequados à população idosa principalmente psiquiátrica, associada à escassez de meios e serviços técnicos especializados, resulta num aumento de sobrecarga para os cuidadores informais ou na institucionalização desajustada.

Para o mesmo autor esse facto, é também devido ao não reconhecimento por parte da Ordem dos Médicos, qualquer nível de diferenciação relacionado com os problemas do envelhecimento, seja como especialidade, subespecialidade ou, sequer, competência.

Na realidade, a população idosa em Portugal, não tem sido privilegiada em termos de políticas de saúde, apesar do nosso país ocupar um lugar de destaque na União Europeia no que respeita ao envelhecimento da população.

2.1.2 - RESPOSTA HOSPITALAR EM PORTUGAL

Segundo Campos (2008), nos hospitais, a realidade era outra até à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 57% das pessoas morriam nos hospitais em vez de morrerem nas suas residências. Os meios de articulação com as outras instituições,

³ Cuidados Informais - pessoa familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário a quem sofre de uma doença ou requer uma ajuda para desenvolver as suas atividades de vida diária, sem receber qualquer remuneração em troca Rodriguez *et al.* (2001) citado por Augusto *et al.* (2005).

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

nomeadamente Centros de Saúde, são fracas criando assim um impacto importante na sociedade e nos custos da prestação de cuidados em Hospital por parte das pessoas idosas.

Para o mesmo autor a velhice e o seu impacto na atividade hospitalar é flagrante quando confrontados com as seguintes estatísticas:

- Três em cada 10 altas (32,3%), são de pessoas idosas;
- Cinco em cada 10 reinternamentos (48,7%);
- Cinquenta e três por cento dos internamentos prolongam-se por mais de 20 dias;
- Perto de 50% dos internamentos duram mais de 30 dias.

Para Campos (2008), com estes dados era necessário criar um modelo de cuidados, que desse resposta a esta utilização massiva do hospital por parte de cuidados que são essencialmente na reabilitação funcional e que, segundo Ribeiro (2009) permitiria reduzir os chamados internamentos de longa duração, que resultavam de demoras médias muito elevadas, prejudicando a eficiência e produtividade hospitalar.

Segundo relatório de morbilidade (2008), da Direção Geral da Saúde (DGS), podemos analisar na tabela nº 1, que as patologias mais representativas têm uma demora média total (DM) superior a 10 dias, e 1 929 130 dias de internamento. No total das Patologias, indicadas no relatório, o número de dias de internamento de pessoas com idade superior a 65 anos representa 48.78 % dos dias de internamento total dos hospitais portugueses.

Tabela 1 - Dias de Internamento e DM

Grupo de Patologias	D. Internamento	DM
Doença Infeciosas e Parasitárias	85124	14
Transtornos Mentais	63979	18.8
Doença do Aparelho Cardíaco	791203	8.5
Doença do Aparelho Respiratório	573569	10.6
Doença da Pele e do tecido Celular Subcutâneo	39362	9.2
Lesões e envenenamentos	375893	11.9
Total	1929130	14

Fonte: DGS - Relatório de morbilidade 2008

É evidente, perante estes dados, que a assistência hospitalar é importante nos idosos, ao mesmo tempo revela que uma estratégia tem de ser desenvolvida com fins a melhorar a qualidade de vida dos idosos portugueses no seu domicílio.

Em Portugal, a Segurança Social (SS) e o Ministério da Saúde têm desenvolvido estratégias e reformas muito importantes nessa área, principalmente com a introdução da RNCCI.

No ponto seguinte, as várias respostas sociais que Portugal oferece á sua população idosa, irá ser caracterizada de forma a poder analisar até que ponto estas respostas estão adaptadas à realidade.

2.2 - RESPOSTAS SOCIAIS PARA IDOSOS

A Segurança Social tem ao seu dispor, com a ajuda de iniciativas particulares como as Misericórdias, Institutos Particulares de Solidariedade Social (IPSS), várias respostas sociais que visam responder às necessidades da população idosa.

Para Apelles (2011) são várias as estruturas com missões que visam o apoio da pessoa idosa sob vários formatos, com o objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua permanência no seu domicílio e no seu meio sociocultural.

Para Pimentel (2001) dada a cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se indispensável a existência de uma rede social de apoio. Dessas estruturas, em Portugal existem: lares, Centros de dia, Centros de noite e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), entre outros.

2.2.1 - SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Segundo o Despacho Normativo nº682/99 de 12 de Novembro, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

2.2.2 - CENTRO DE DIA

Segundo o Guião Técnico aprovado por despacho em 29.11.2004, o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, tendo como

principal objetivo, favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

2.2.3 - CENTRO DE NOITE

Segundo o Guião técnico aprovado por despacho, o Centro de Noite é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.

2.2.4 - ACOLHIMENTO FAMILIAR PARA PESSOAS IDOSAS

Segundo o Decreto-lei nº391/91, de 10 de Outubro, o acolhimento familiar para pessoas idosas, é uma resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio. Resposta comum para a população adulta com deficiência tendo por objetivo:

- Acolher pessoas idosas (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sociofamiliar e/ou em situação de insegurança;
- Garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade;
- Evitar ou retardar o recurso à institucionalização.

2.2.4 - LAR DE IDOSOS

Segundo o Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro um lar de idosos caracteriza-se por ser uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia, que tem como

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

objetivo:

- Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e /ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida;
- Assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar;
- Encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

Segundo a legislação portuguesa, onde se regulamenta as atividades referenciadas, como o lar, as normas que regula os indicadores de pessoal e os recursos humanos dessas estruturas, são:

- **Norma XI**

1 - A direção técnica do lar deve ser assegurada por um elemento com formação técnica e académica adequada, de preferência na área das ciências sociais e humanas.

2 - Ao diretor compete em geral dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento.

- **Norma XII**

1 - Para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento do lar é necessário o seguinte pessoal:

- Um(a) diretor(a) técnico(a) por estabelecimento que poderá ser a meio tempo, quando a capacidade for inferior a 40 utentes;
- Um(a) enfermeiro(a) por cada 40 utentes;
- Um(a) ajudante de lar por cada 8 idosos;
- Um(a) ajudante de lar para vigilância noturna por cada 20;

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

- Um(a) encarregado(a) (Serviços Gerais) em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 utentes;
- Um animador cultural em tempo parcial;
- Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 utentes;
- Um(a) trabalhador(a) auxiliar (Serviços Gerais) por cada 40 utentes;
- Um administrativo;
- Uma lavadeira;
- Uma costureira;
- Um motorista.

A utilização de termos como “adequada” em várias situações, deixa um espectro enorme de escolha para a direção técnica, assim como para o pessoal técnico, podendo ter a preferência para ciências sociais ou na área da saúde.

Na direção técnica de um lar ou centro de dia, pode segundo essa mesma legislação, ter-se um licenciado em História ou Geografia como um licenciado em antropologia ou mesmo arqueologia, técnicos que apesar de pertencerem a esse grupo de licenciados, não satisfaz academicamente as necessidades que uma direção técnica de um lar ou outra estrutura geriátrica exige.

Para Munroe (1990) citado por Guisset (2001), só os enfermeiros dispõem de conhecimentos e competências suficientes para garantir cuidados de qualidade á população idosa dos Lares (*Nursing Homes*) ou outras instituições de cuidados ao idoso, que por sua vez, apresentam cada vez mais casos pesados, crónicos e requerentes de cuidados agudos.

Segundo o mesmo autor, é pela formação que os enfermeiros conseguem integrar os valores e os *standards* da profissão, garantindo assim um lugar central nos cuidados á pessoa idosa.

Para Costa (2006) os enfermeiros deveriam destacar-se, pelas suas competências enquanto produtor de cuidados ao idoso, mas também como produtor científico nessa área.

Segundo o Enquadramento Conceptual da Ordem dos Enfermeiros citado por Augusto *et al.* (2005), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Ajudam pessoas a gerir recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir do papel de pivô no contexto da equipa.

Segundo Charazac (2004), nas gerontopsiquiatrias⁴, é sobretudo o efetivo de enfermeiros que garante a qualidade dos cuidados psiquiátricos dessas unidades.

Dessa forma, os enfermeiros, segundo a literatura estudada é a profissão que mais competências técnicas, científicas e humanas tem, para dar uma resposta adequada a essa população, no entanto, a legislação portuguesa não refere o tempo de trabalho, que o enfermeiro deve prestar no lar.

Segundo a OCDE (2005), para uma melhor compreensão das dimensões da qualidade nas instituições geriátricas de cuidados continuados, um quadro exemplificativo foi elaborado.

Qualidade das estruturas:

- Qualidade e segurança dos estabelecimentos (risco de incêndio)
- Condições de alojamento;
- Dimensões dos quartos;
- Rácios dos efetivos adequados;
- Qualificações do pessoal.

Qualidade dos processos:

- Mecanismos a proteger os direitos dos utentes;
- Boa gestão das transferências e saídas;
- Métodos de avaliação do estado do utente de forma a planificar os cuidados;
- Disponibilizar os cuidados necessários de forma a preservar o estado de saúde do utente;
- Presença de pessoal qualificado 24/24h 7 dias por 7;

⁴ Termo utilizado pelo autor para se referir à psicogeriatría

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

- Alimentação equilibrada;
- Possibilidade de acesso a outros serviços de saúde como farmácias;
- Regras relativamente ao *dossier* médico e da continuidade dos cuidados;
- Instituição de um comité de qualidade.

Qualidade dos resultados:

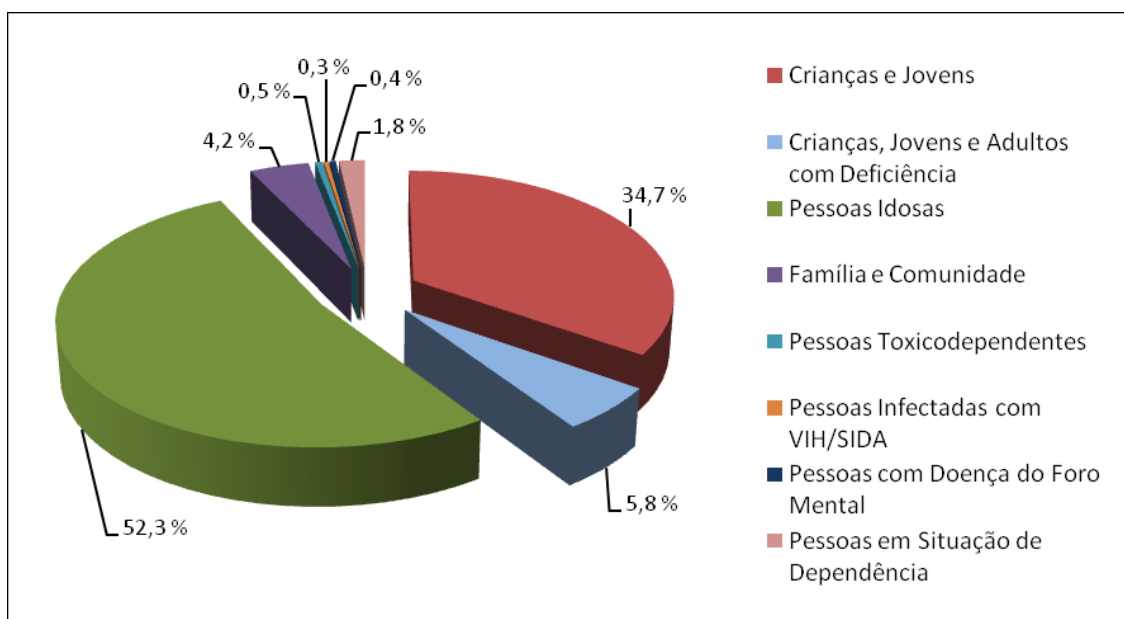
- Prevalência das escarras;
- Prevalência da má nutrição;
- Prevenção da diminuição das Atividades de Vida Diária;
- Prevenção da dor;
- Utilização dos meios de contenção física e farmacológica;
- Utentes que sofrem de infeções;
- Prevalência da utilização de neurolépticos;
- Prevalência de alimentação por sonda;
- Número de quedas;
- Prevenção de quedas;
- Prevalência da incontinência fecal;
- Participação da vida social e respeito pela sua intimidade.

Para a OCDE (2005), os últimos anos, as regulamentações para esses tipos de estruturas, para normas de qualidade dos cuidados de longa duração, são cada vez mais exaustivas em muitos países.

Em Portugal não existem dados organizados, nas instituições geriátricas, para poder responder ao nível da qualidade dos resultados, por não apresentar na sua maioria Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

2.2.5 - IMPORTÂNCIA DAS RESPOSTAS SOCIAIS EM PORTUGAL PARA O IDOSO

Segundo o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) (2009) e seguindo a tendência observada ao longo dos anos, as respostas sociais continuam a dirigir-se maioritariamente às pessoas idosas (52,3%), seguindo-se o grupo das Crianças e Jovens (34,7%) e as Crianças, Jovens e Adultos com Deficiência (5,8%), o que reflete a preocupação ao nível das políticas sociais destinadas a estes grupos-alvo, tal como é visível no gráfico n.º 1.



Fonte: Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais - 2009

Gráfico 1 - Distribuição das respostas sociais por população-alvo 2009

Segundo o MTSS (2009), 6500 respostas sociais do conjunto representado no gráfico são para os idosos, ultrapassando as 7000 com o Centro de Convívio.

Ainda segundo o mesmo relatório, verificou-se um crescimento acentuado nas valências residências e lar de idosos (cerca de 27%), resultado das políticas e investimento público, para assim aumentar a capacidade instalada de camas e melhoria da qualidade das respostas existentes.

Entre 1998 e 2009, o crescimento das respostas sociais para idosos atingiu os 68.8%, os SAD 87.5%, sendo a maior no conjunto das respostas sociais para idosos, seguindo-se os lares de idosos e o Centro de Dia (44%).

O nível de crescimento dos SAD vem confirmar a concretização da política desenvolvida nos últimos anos no sentido de eleger esta resposta como alternativa às respostas convencionais, retardando deste modo a institucionalização do idoso (Ribeirinho, 2005).

De qualquer das formas, para Augusto (2005), as SAD, para poderem garantir a qualidade de assistência aos seus utentes devem atuar na comunidade com pessoal qualificado. O objetivo da enfermagem comunitária é promover e preservar a saúde da população, sendo a sua prática geral e global.

No próximo ponto, apresentar-se-á as características da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como eixo importante nos cuidados aos idosos. A abordagem será feita de forma a entender a forma de funcionamento da RNCCI, os serviços que oferece, como aceder e os ganhos em saúde que trouxe á sociedade portuguesa.

2.3 - A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Segundo o Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu para responder a necessidades específicas como o aumento das hospitalizações de longa duração, de forma a rentabilizar as camas hospitalares e encaminhar os pacientes para um contexto mais adequado.

Assim o Conselho de Ministros aprovou, em 2006, um diploma que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e a Dependentes.

Esta rede vem dar respostas às necessidades e aos fenómenos supracitados, relativamente aos idosos, mas também aos dependentes. Será formada por instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados e de apoio social, promovendo assim os cuidados ao paciente (Campos 2008, Ribeiro 2009).

A organização desta rede é assegurada através de serviços de internamentos, ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

Segundo Campos (2008), são as equipas de gestão de alta do Hospital, ou no centro de saúde através do enfermeiro, médico ou assistente social, que fazem as referenciações, que dará ao utente acesso à RNCCI.

Quanto ao internamento, a RNCCI dispõe de várias valências entre as quais:

- **Unidade de Convalescência (UC)**, que tem como objetivo promover a reabilitação e a independência dos utentes, contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos e otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração. Destina-se essencialmente a internamentos com previsibilidade de 30 dias consecutivos.

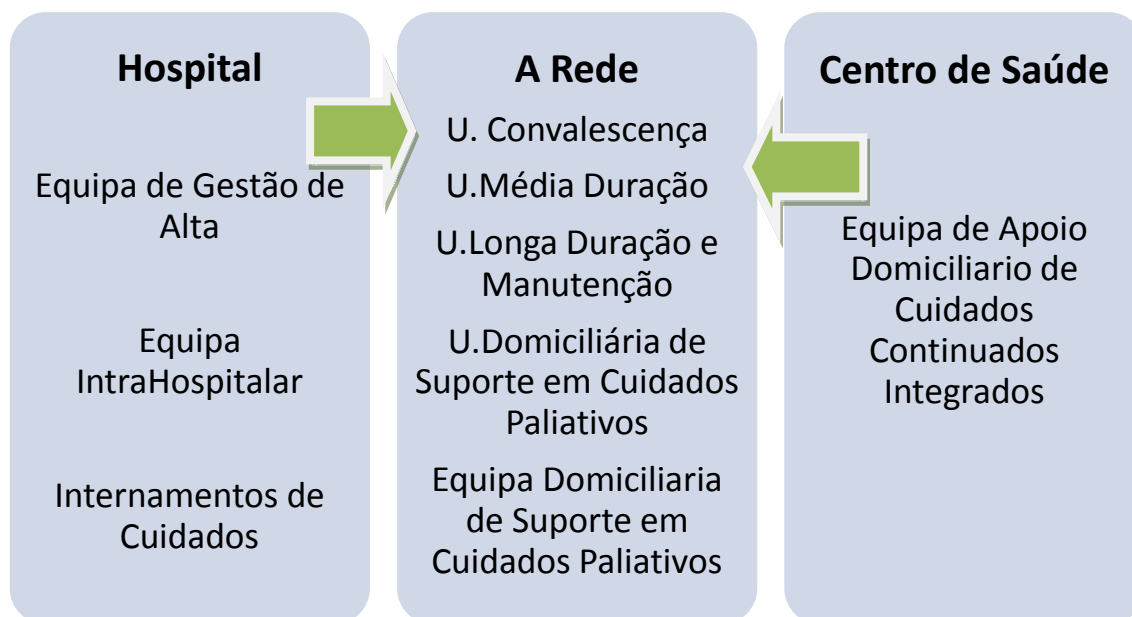
Respostas Sociais para Idosos em Portugal

- **Unidades de Média e de Longa Duração (UMDL)**, os objetivos destas duas unidades, sendo diferenciadas pelo período de tempo do utente nessas unidades, são semelhantes à Unidade de Convalescença.

Segundo o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, na unidade de Média Duração o período de tempo de internamento é de 30 a 90 dias e a Unidade de Longa Duração superior a 90 dias.

- **Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)**, é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes sem situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, conforme esta indicado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Como se pode verificar pela figura °1, existem duas formas de entrada na RNCCI, pelo Hospital ou pelo Centro de Saúde. A referenciação dos utentes é feita pela equipa de gestão de Alta no Hospital ou pela Equipa de Apoio Domiciliário de Cuidados Continuados do Centro de Saúde, para poderem assim aceder aos serviços prestados pela RNCCI.



Fonte: Correia de Campos, A - Reformas da Saúde, o fio condutor, 2008 - Gradiva

Figura 1 - Linha de entrada dos Cuidados Continuados

A sua coordenação é feita em três níveis, nacional, regional e local, pretendendo o nível regional e local visar a sua operacionalização na comunidade.

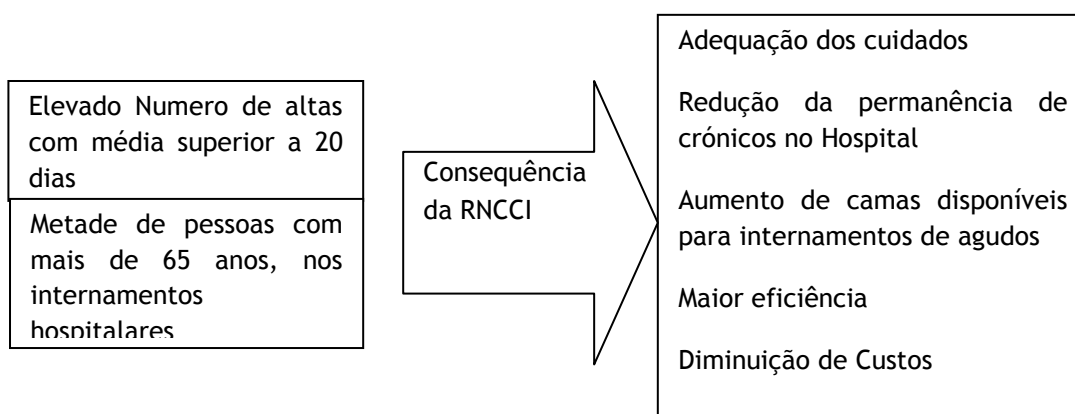
Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Para Campos (2008), a reforma introduzida, visa a ampliação dos ganhos em saúde que se estruturam em 4 dimensões:

- Ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos á vida);
- Redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (acrescentar saúde á vida);
- Diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças ou a sequelas de traumatismos e aumento da funcionalidade física, psíquica e social (acrescentar vida aos anos);
- Redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde individual (acrescentar qualidade á vida).

Segundo Ribeiro (2009), são evidentes os ganhos em saúde e a eficiência da RNCCI que veio trazer mais qualidade aos cuidados prestados às pessoas idosas e dependentes em Portugal, em que a RNCCI segue uma tendência que já é utilizada nos países onde o fenómeno do envelhecimento populacional e os problemas relacionados, estão de igual modo presentes.

Como indica a figura nº2, entre os ganhos em saúde referidos está a adequação dos Cuidados Hospitalar, redução da permanência de crónicos no Hospital, aumento de camas disponíveis para internamentos de agudos, maior eficiência e diminuição de custos.



Fonte: Correia de Campos, A - Reformas da Saúde, o fio condutor, 2008 - Almedina

Figura 2 - Adequação dos cuidados Hospitalares

Para Campos (2008), em Portugal uma diária de um internamento agudo custa em média 897€ por dia sem medicação e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico (MCDT), enquanto uma diária numa Unidade de Convalescença custa cerca de 80,20€, sem

medicamentos nem MCDT. Este facto é muito importante, sem falar de outros ganhos como a redução do risco da infeção hospitalar e a adequação dos cuidados mais focados na reabilitação.

Segundo Gonçalves (2009), os cuidados paliativos constituem hoje o padrão de referência dos cuidados para os doentes com doenças crónicas avançadas e para as suas famílias. No entanto em Portugal a cobertura do território por equipas de cuidados paliativos é muito deficiente.

No próximo ponto, será abordado o exemplo suíço (Vaud), como exemplo de sucesso nos cuidados ao idoso, a forma como coordena e integra todos os atores de cuidados de saúde e social na sociedade Suíça, desde hospitais à casa de repouso, de forma a poder “retirar” soluções desse modelo e adequa-lo à sociedade portuguesa.

2.4 - EXEMPLO SUÍÇO

Desde dos anos 90, que existe um interesse crescente dos políticos e prestadores de cuidados para desenvolver sistemas de serviços integrados, que visa melhorar o estado de saúde, satisfação e a utilização dos recursos à disposição de forma mais otimizada possível (Ribeiro, 2005).

Segundo OCDE (2006), é difícil avaliar o impacto de um sistema de saúde numa população, pois este é afetado por vários fatores tais como o sexo, o modo de vida, a educação, fatores socioeconómicos e a origem das populações estrangeiras.

Não existe uma homogeneidade na política de saúde Suíça. As políticas de saúde estão ao encargo de cada Cantão. As redes de cuidados integrados na Suíça surgiram dentro de um contexto semelhante ao resto dos países europeus, com imensas pressões sociodemográficas e económicas (envelhecimento da população, prevalência das doenças crónicas, aumento dos custos relativos à saúde). A otimização dos cuidados de saúde dos utentes representa um desafio para a nossa sociedade. Segundo ASCOR (2011), a aplicação no terreno das redes de cuidados no Cantão de Vaud é um projeto de reformas único que se baseia nas seguintes premissas:

- A continuidade dos cuidados é essencial á qualidade dos mesmos;
- Instituições e profissionais são chamados a coordenar as suas intervenções;
- Instrumento coletivo leve e eficaz, as redes de cuidados têm como missão promover a continuidade dos cuidados e a coerência dos cuidados dos utentes.

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

A ASCOR (*Association de Soins Coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut*), associação da coordenação de cuidados da Riviera e *Pays-d'Enhaut* na Suíça, é a entidade que coordena de forma integrada, uma rede de cuidados do cantão suíço *Vaud*, que integra todas as instituições médico-sociais da região, desde hospitais, lares (estabelecimentos médico-sociais...), serviços de apoio ao domicílio, médicos e unidades de cuidados paliativos.

Esta associação surgiu pelos mesmos motivos que as outras redes europeias de cuidados integrados surgiram, nomeadamente fortes pressões sociodemográficas e económicas (envelhecimento da população, aumento das patologias crónicas, aumento dos custos da saúde...). Foi então que surgiu a necessidade de criar uma estrutura que otimizasse *la prise en charge*, dos pacientes (Ribeiro, 2009). Os seus objetivos são:

- Continuidade dos cuidados;
- Instituições são chamadas á responsabilidade para coordenar as suas intervenções;
- Como instrumento coletivo, ligeiro e eficaz a rede tem por missão promover a continuidade dos cuidados e a coerência dos cuidados do paciente.

Ela está organizada em colaboração com as instituições da região, com os profissionais independentes, públicos ou privados, no domínio bio-psico-social, coordenando assim as altas hospitalares, assim como uma abordagem preventiva na comunidade para também minimizar as hospitalizações através de todas as instituições a operar na região.

Para a gestão da alta, desde do início da hospitalização, é feito uma abordagem pela equipa multidisciplinar, para tomar conhecimento da continuidade dos cuidados, segundo as necessidades e as possibilidades da família.

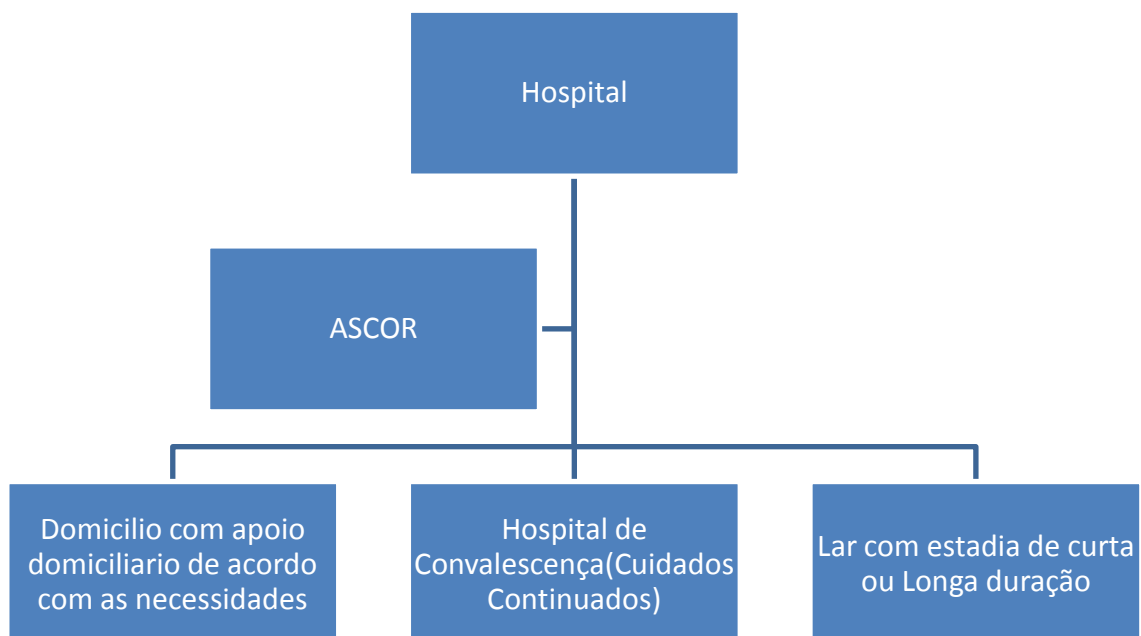
Como se pode verificar na figura nº 3, a gestão da alta é guiada de forma coordenada pela ASCOR e que se explica de seguida. Após a alta hospitalar, um utente necessitado de cuidados pode ser encaminhado pela ASCOR para um desses três serviços:

- **Domicílio** com apoio domiciliário de acordo com as necessidades é chamado de Centro Médico-Social (CMS). Este Centro tem á disposição enfermeiros, ergo terapeuta, assistentes sociais, auxiliares de cuidados e de limpeza. Preparam também refeições, põem á disposição sistemas de alarme e meios auxiliares de marcha entre outros.

O CMS está sempre em colaboração e comunicação com o médico de família, com a família, e agem consoante as suas necessidades, que são avaliadas pelo próprio CMS.

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

- **Hospital de Convalescência**, é conhecido como Centro de Tratamento e Readaptação (CTR), Unidade que corresponde em Portugal às Unidade de Convalescência e Unidades de Média e Longa duração da RNCCI, pessoas que não necessitem de estar num hospital de agudos mas que necessitam ainda de cuidados e não podem regressar ao domicílio.
- **Estabelecimentos Médico-Social (EMS)**, são estruturas geriátricas divididas em:
 - Geriatria Somática - pessoas com distúrbios físicos ligados á idade;
 - Psicogeriatria- pessoas com distúrbios psíquicos ligados á idade, indo de estados depressivos á demência;
 - Psiquiatria - jovens ou idosas, com distúrbios patológicos psiquiátricos;
 - Camas Sociais - pessoas sozinhas, isoladas onde a estadia no domicílio é impossível.



Fonte: Construção própria

Figura 3 - Representação esquemática organizacional para a gestão de alta

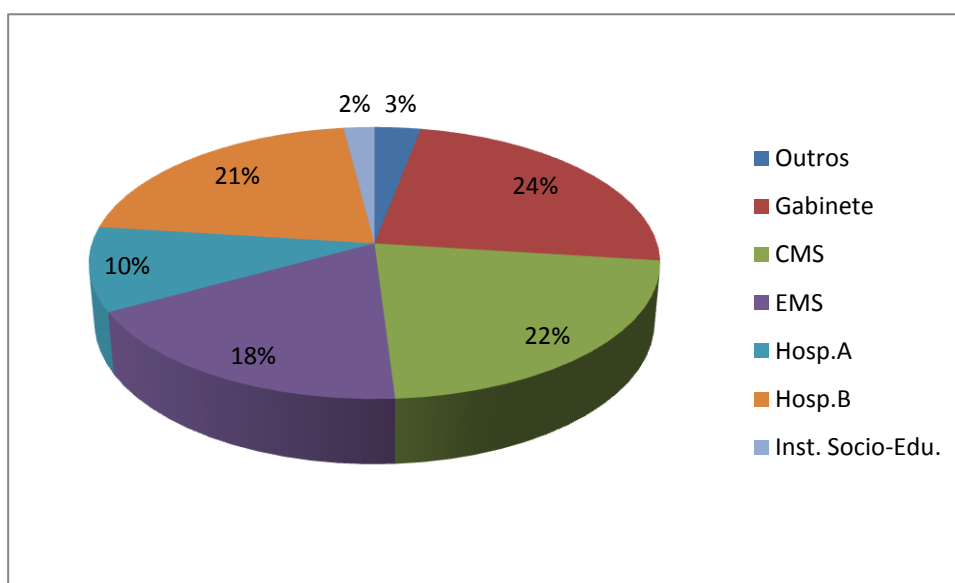
Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Estas estruturas estão indicadas para pessoas em que o seu grau de autonomia não permita regressar ao seu domicílio e a decisão de integrar estas unidades é feito em conjunto com os familiares, médico de família e enfermeiro de ligação. Um departamento da ASCOR chamado de BRIO⁵, detêm as informações da região relativas à disponibilidade das vagas nessas estruturas. Essas estruturas são obrigadas, por sua vez, a fornecer informações desde vagas, corpo clínico, tipo de estrutura e serviços oferecidos (AVDEMS, 2011).

A pessoa idosa a partir do momento em que apresenta necessidades de cuidados específicos, é direcionada para a instituição mais adequada às suas necessidades.

A ASCOR detém também, uma Unidade Móvel de Cuidados Paliativos que tem como objetivo prestar cuidados paliativos e apoiar as equipas de cuidados, sejam elas no domicílio (C.M.S) ou em E.M.S.

A distribuição dos pedidos de apoio dos diferentes tipos de instituições que requerem conselhos ou cuidados dessa Unidade Móvel, está representada no gráfico n°2. Verifica-se que grande parte dos pedidos dessa região para cuidados paliativos é no local de vida da pessoa: Domicilio com (Gabinete médico) ou sem CMS, EMS e instituição socioeducativa que representa 66 % (*Rapport d'Activité ASCOR, 2009*)



Fonte: *Rapport d'Activité ASCOR - 2009*

Gráfico 2 - Pedidos de apoio à Unidade Móvel de Cuidados Paliativos

⁵ BRIO - *Bureau Régional d'Information et d'Orientation, Departamento de Informação e orientação.*

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Podemos afirmar que essa Unidade Móvel é de extrema importância para a região, permitindo assim que os utentes possam morrer nos seus domicílios, acompanhados por profissionais qualificados

Os CMS e E.M.S, são estruturas importantes para a qualidade das pessoas idosas e dependentes, para que se possam manter no seu domicílio ou numa instituição, dotada de recursos humanos adequados (enfermeiros), para poderem enfrentar os desafios atuais do envelhecimento populacional e as pluripatologia associadas.

Segundo o *Département de la Santé et de l'Action Social (2011)*, o E.M.S além das características acima referidas, tem uma ferramenta pluri-dimensional relativa á forma como é financiado e organizado. Essa ferramenta chama-se PLAISIR (Planificação dos Cuidados de Enfermagem Requisitados) e segundo Berthou (1995) foi desenvolvido no Canada por *l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS)*, sob a direção do Professor *Charles Tilquin*

Segundo Parel (2006), PLAISIR é uma ferramenta baseada num plano relativo ao perfil bio-pisco-social do utente e nos cuidados de enfermagem relativos a esse perfil. Para o mesmo autor, com essa ferramenta informatizada consegue-se medir os cuidados de enfermagem necessários individualmente, a dotação de pessoal necessário para esses cuidados, um financiamento, uma contabilidade analítica, criação de indicadores, entre outras vantagens como a comparação de dados entre instituições e regiões, criando uma transparência entre quem recebe os cuidados, quem presta e quem financia.

O Dossier Informatizado do Residente (DIR), sistema de comunicação e informação: administrativa, médica, de enfermagem, sociocultural e hoteleira dos utentes do E.M.S, cria uma fonte de informação completa e organizada dos utentes que estão institucionalizados favorecendo o trabalho pluridisciplinar.

Com essa informação é possível também gerar dados estatísticos relativo ao estado de saúde dos utentes e utilizar indicadores como as prevalências de escarras, quedas, entre outros, de forma rápida e eficiente, podendo estabelecer um *benchmarking* entre instituições e regiões.

Pelo facto destas estruturas estarem dotadas de um corpo de profissionais de saúde e social, baseadas na profissão de enfermagem, diminuem o número de hospitalizações, pois num contexto preventivo, preveem o risco associado a essa população, como as escarras e as quedas. Os profissionais agem e tratam de pequenas situações como infeções urinárias, respiratórias, entre outras.

Segundo a *Confédération Suisse (2009)*, quanto ás doenças crónicas representadas na Suíça, a Hipertensão Arterial, diabetes, asma, depressão, doenças reumáticas, são semelhantes às Portuguesas.

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Este nível de cuidados, faz também com que as hospitalizações sejam de menor duração que em Portugal. O utente idoso, após a alta, poderá ou ir para uma convalescença hospitalar, ou ir para o domicílio com apoio do CMS, ou para a instituição (E.M.S), onde terá suporte de profissionais de saúde.

No capítulo seguinte, apresenta-se um estudo comparativo entre a forma que Portugal aborda a questão dos cuidados geriátricos na Comunidade com a forma como essa abordagem é feita na Suíça. O objetivo deste estudo é entender, em que aspetos podem melhorar a performances na qualidade dos cuidados ao idoso em Portugal.

3 - COMPARAÇÃO ENTRE A ABORDAGEM PORTUGUESA E SUÍÇA PARA OS CUIDADOS AO IDOSO

3.1 - METODOLOGIA

Para Durkheim citado em Schneider (1998), a comparação é o método sociológico por excelência, porque é através dela que podemos demonstrar o princípio de que a cada efeito corresponde uma causa. Nas suas obras, Durkheim demonstrou como em distintas sociedades o crime, o casamento, o suicídio e a poupança, são diferentes e sofrem variações possuindo, no entanto, causalidades comuns, como por exemplo a existência ou não da solidariedade (o seu grande tema de pesquisa).

Para o mesmo autor, a pesquisa comparada era o ponto intermediário entre a complexidade dos objetos em seu estado bruto e a possibilidade do conhecimento científico poder estabelecer explicações generalizáveis, aspeto fundamental, para credenciar a sociologia enquanto ciência.

Para Durkheim (1998), só temos um meio de demonstrar que um fenómeno é causa do outro: é comparar os casos em que estão simultaneamente presentes ou ausentes, e procurar saber se as variações por eles apresentadas nessas diferentes combinações de circunstâncias testemunham que um depende do outro. Quando podem ser produzidos artificialmente pelo observador, o método é a experimentação propriamente dita. Quando pelo contrário, a produção dos factos não está ao nosso alcance e só podemos confrontá-los, tal como se produziram espontaneamente, o método utilizado é o da experimentação indireta ou método comparativo.

Para Durkheim (1998), a explicação sociológica consiste exclusivamente em estabelecer relações de casualidade, quer se trate de ligar um fenómeno à sua causa, quer, inversamente, uma causa aos seus efeitos.

Para atender de forma mais exata possível a comparação dos dois sistemas, foram selecionados alguns critérios relacionados com a qualidade na assistência ao idoso baseados na legislação, relatórios e factos (dados estatísticos).

Não foram colocados mais dados estatísticos, pois o relatório nacional de cada sistema, apesar de utilizar a mesma fórmula de cálculo, os dados utilizados para esse cálculo não é de todo igual nos dois sistemas, o que poderia enviesar o estudo.

Um exemplo claro, é o facto de que no sistema suíço, o cálculo dos internamentos de utentes com mais de 65 anos, engloba também os internamentos nos hospitais geriátricos e de

retaguarda, enquanto no cálculo português esse tipo de hospitais ou serviços não são comuns em Portugal.

3.2 - COMPARAÇÃO DOS SISTEMAS

Neste capítulo foi elaborado um quadro comparativo (Tabela nº2) de forma a sintetizar as principais variáveis que influenciam a qualidade dos cuidados ao idoso, entre Portugal e a Suíça. As informações contidas neste quadro provêm da revisão literária e cada ponto é especificado de forma descritiva, de forma a encontrar diferenças entre os dois sistemas.

Tabela 2 - Quadro comparativo dos cuidados ao idoso na comunidade entre Portugal e Vaud

	Portugal	Suíça (Vaud)
1 - Rede de Cuidados ao idoso na Comunidade	Respostas Sociais, coordenada pela SS. (Lares, Centros de dia...)	Respostas sociais Coordenadas por ASCOR (Todas as estruturas sociais e de saúde). Único ponto de entrada.
2 - Equipa de Enfermagem	1 Enfermeiro para 40 utentes.	Chefia, Especialista em cada unidade e enfermeiros.
3 - Tipo de Serviços	Tipo Social com componente de saúde pouco desenvolvida sem diferenciação dos utentes.	Tipo Médico-Social, estruturado por tipo de utentes: Psicogeriatria, geriatria e psiquiatria de longa ou curta estadia
4 - Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)	Não	Sim. (Dossier Informatizado do Residente - D.I.R)
5 - Benchmarking	Não	Sim (Entre instituições, regionalmente e nacional)
6 - Avaliação das necessidades de Cuidados para Dotação de pessoal	Não	Sim (Planificação dos Cuidados de Enfermagem Requisitados - PLAISIR)
7 - Direção Técnica	Licenciado em ciências Sociais ou da Saúde (Largo espectro)	Na área da Saúde
8 - Equipas Especializadas segundo a Missão	Não existe discriminação de casos na população idosa segundo a patologia	Dividido em missões: Psicogeriatria e Geriatria. Curta e longa estadia.
9 - Percentagem de pessoas que consideram a sua saúde ser boa ou muito boa (OCDE, 2007)	40%	83%
10 - Onde morrem a maioria dos idosos.	Meio Hospitalar (57%)	No Domicilio (76%)
11- % Do número de Dias de internamento	50% (> 65 anos)	30% (> 70 anos)

Fonte: Construção própria

São vários os pontos escolhidos para comparar os dois sistemas. Entre eles: a Rede responsável pela coordenação da entrada dos utentes nessa área de cuidados. O segundo ponto refere-se à equipa de enfermagem, daí poderemos saber qual é a importância dada pelos países nesta área. No 3º ponto poderemos saber qual é o tipo de serviço oferecido à clientela.

No ponto 4, comparar as TIC dos dois países, no 5 ponto saber se existe a possibilidade de *benchmarking* ou não, no 6º ponto como são avaliados as necessidades dos cuidados para a dotação de pessoal, no ponto 7 conhecer o tipo de qualificação da direção técnica, no ponto 8 saber se existe uma diferenciação dessas estruturas, nos cuidados à população idosa. No ponto 9, 10 e 11 são colocados dados estatísticos para comparar como as pessoas consideram a sua saúde num sistema e no outro, no ponto 10 onde morrem as pessoas se no domicílio ou no hospital e por fim no ponto 11 o número de dias de internamento que as pessoas idosas representam nos dois sistemas.

3.3 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Segundo o quadro, a SS coordena as estruturas sociais assim como as fiscaliza. O facto de se apresentar como uma entidade apenas social, restringe bastante a sua área de ação relativamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos funcionários.

No caso Suíço, a entidade coordenadora ASCOR, tem uma abrangência social e de saúde, podendo dar respostas assim às necessidades da população idosa de maneira mais integrada e adequada à realidade atual dessa mesma população (pluripatológica, dependente).

Tal como se afirma no relatório da OCDE (2007), o facto de existir uma única porta de entrada para esses tipos de serviços, favorece muito a integração dos cuidados, assim como o aconselhamento do serviço mais adaptado ao idoso (instituição especializada, Apoio domiciliário ou outro. De acordo com vários autores como Munroe (1990) citado por Guisset (2001), só uma componente de enfermagem bem vinculada, pode dar uma resposta eficaz a esse tipo de população.

Na Suíça, os cuidados de enfermagem são efetivos, diários, sob a supervisão de uma chefia e especialista, onde indicadores de qualidade têm que ser apresentados e respeitados, procura garantir uma qualidade de excelência nos cuidados prestados por essas instituições.

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Assim sendo, os cuidados estabelecidos em Portugal são do tipo social, enquanto na Suíça são do tipo médico-social, ao que é bem inerente a componente de saúde, representada pela presença de equipas de enfermagem nos estabelecimentos.

Outro fator muito importante na qualidade dos cuidados, são as tecnologias de informação (TIC). Segundo Ribeiro (2009), o prometido choque tecnológico tarda a chegar ao sector da saúde. Segundo o mesmo autor, os dados existem, mas não são transformados em informação.

Em Portugal, na área geriátrica, não existe um *dossier* informatizado dos utentes comuns a nível nacional, onde se possa ter acesso a toda a informação administrativa, social e clínica dos utentes.

Na Suíça, o Dossier Informatizado do utente, é uma realidade, que serve não só como ferramenta administrativa ou para os cuidados, mas também uma ferramenta de gestão onde todo o tipo de dados são arquivados, tratados e analisados em dados estatísticos. Esse mesmo Dossier Informatizado é utilizado também no momento das hospitalizações, o que é essencial para a equipa multidisciplinar ter acesso a todo o seu historial clínico e social.

Para Rey (2000), o *benchmarking* pode ser definido de maneira simples como um método de gestão que se apoia nas performances de outros atores económicos onde a atividade é semelhante, onde eles são melhores, para poder assim aumentar a própria performance.

Em Portugal ainda não é possível utilizar *Benchmarking*, pois não existem dados organizados para poder efetuar essas comparações entre Instituições, entre concelhos ou entre regiões, ao contrário da Suíça.

Outro dado curioso, é a perceção da qualidade dos cuidados pelos cidadãos, onde 87% da população suíça considera a sua saúde boa ou muito boa, contra os 40% da população portuguesa.

Assim como outro dado estatístico, revela que 57% da população portuguesa morre em ambiente hospitalar (Campos, 2008) no entanto na Suíça, 76% das pessoas morrem no seu domicílio (própria casa, com apoio do CMS, ou no EMS).

Este dado revela muito dos cuidados prestados na comunidade pelos dois países, onde na Suíça se favorece muito os cuidados qualificados de fim de vida no domicílio ou em instituição, no entanto em Portugal esse tipo de cuidado é prestado maioritariamente no hospital.

Segundo o *Office Fédéral de la Statistique* (2009), na Suíça, as pessoas com mais de 65 anos representam 30% do número total de dias de internamento (tendo em conta os

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Hospitais geriátricos e os CTR). Em Portugal, o número de dias de internamento, nessa faixa etária, chega sensivelmente a 50 %.

Depois de analisados as diferenças entre os dois sistemas, no próximo capítulo, procurar-se-á delinear um conjunto de conclusões com possíveis implicações práticas

4 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O objetivo fundamental deste estudo, é encontrar forma de otimizar as estruturas existentes por forma a aumentar a qualidade dos cuidados fornecidos aos idosos. Assim, após a investigação realizada, foi possível encontrar falhas muito importantes na legislação portuguesa, que originam falhas nos cuidados e no acompanhamento ao idoso.

A geriatria deve ser encarada de forma séria. Desde do centro de dia, lar, até à RNCCI, passando pelo hospital, têm que se criar e reorganizar as estruturas para poder responder de forma efetiva, coordenada e integrada e assim otimizar todos os recursos á disposição no país.

Segundo Quaresma (2002) o que estará em causa não será tanto, mais ou menos institucionalização, mais ou menos apoio domiciliário, mas sim a garantir a acessibilidade a equipamentos e serviços adequados às necessidades, às expectativas, às potencialidades das pessoas idosas. As respostas sociais (para idosos: lar; SAD e os centros de dia, como unidades integradas na comunidade) devem funcionar como motor preventivo para as pessoas idosas.

4.1 - ENQUADRAMENTO LEGAL

A direção técnica dessas estruturas, como já foi referida anteriormente, tem um largo espectro de possibilidades de profissionais, tornando ambíguo e pouco claro qual o profissional mais adequado para esse cargo.

É claro que com as novas exigências e fenómenos que surgiram com o envelhecimento da população, a direção técnica deve ser ocupada por um profissional de saúde que detenha grande conhecimento técnico-científico na área da geriatria, tal como a enfermagem, como é exemplo na Suíça.

Em vários estudos (Nyman, 1988; Anderson *et al.*, 1998) citados por Guisset (2001), confirma que não é a quantidade mas a qualificação dos cuidadores que garante a qualidade nas instituições geriátricas.

Segundo Carvalho (2009), os enfermeiros não concebem a gestão sem a inclusão da supervisão dos cuidados, e mesmo por vezes, da execução de tarefas de enfermagem. Segundo a autora esta a ligação aos cuidados é devida ao facto de emanar autoridade profissional, traduzindo numa maior aceitação da presença de profissionais especialistas nos cuidados no exercício de funções de gestão.

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Para a OCDE (2005), os recursos humanos e físicos são de enorme importância. No sector dos cuidados de longa duração, é necessário melhorar as qualificações dos cuidadores e manter em seguida a mão-de-obra qualificada. Em muitos países da OCDE, esta é uma das preocupações mais importantes.

O facto da direção técnica ser da responsabilidade da enfermagem e de haver uma dotação de pessoal de enfermagem adequada, traz um aumento de possibilidades para essas estruturas tais como:

- Cuidados preventivos (diminuição de hospitalizações) na pessoa idosa, na comunidade onde está inserida essa estrutura, em colaboração com outras entidades como a USF (Unidade de Saúde Familiar);
- Outros tipos de cuidados oferecidos (convalescença, cuidados paliativos) *in loco*;
- Gestão e supervisão sobre uma população de risco;
- Redução dos dias de internamento - Pois a convalescença poderia ser realizada nessas estruturas ou em casa com apoio e vigilância da SAD que dispõe de um enfermeiro.
- Aumento da qualidade de vida dos idosos - Dar mais vida aos anos.

Para a OCDE (2005), os últimos anos, as regulamentações para esses tipos de estruturas, para normas de qualidade dos cuidados de longa duração, são cada vez mais exaustivas em muitos países.

Fica pois claro, que existe uma forte relação entre o nível de cuidados de enfermagem e a qualidade dos cuidados fornecidos aos idosos.

Implicação n.º 1 - A necessidade de rever a legislação relativa á pessoa idosa é fundamental, como o despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro, principalmente no que refere á qualificação profissional da direção técnica, que deve ser preferencialmente de enfermagem, ao aumento do rácio do pessoal qualificado consoante a dependência dos utentes, ao tempo de permanência no estabelecimento do pessoal de enfermagem, que deve ser diária.

4.2 - ESTRUTURA DA RNCCI

A RNCCI tem um papel fundamental nos cuidados à pessoa idosa, e a sua responsabilidade deveria ser alargada ao apoio dessas estruturas, que até agora está a cargo da SS, que por sua vez não está organizada nem adaptada para dar apoio técnico-científico, na área da saúde, assim como na definição de objetivos e indicadores de qualidade nessa área. Essa tarefa seria mais adequada se fosse atribuída à RNCCI.

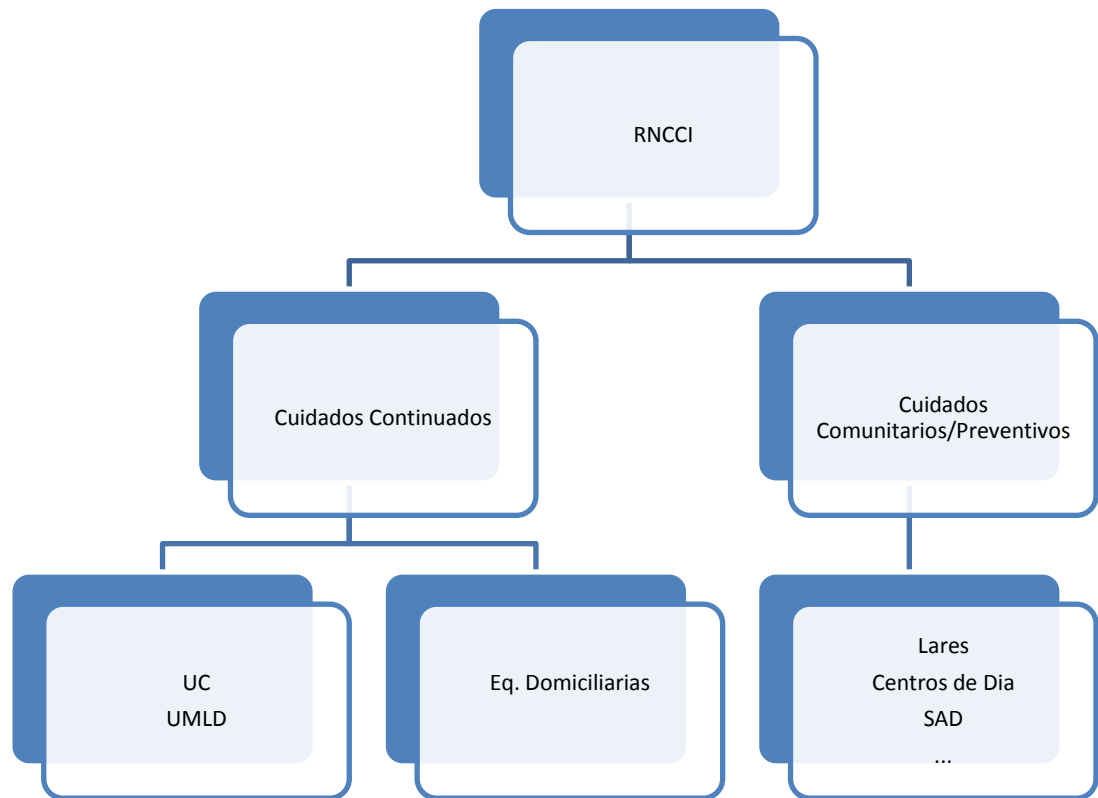
Com objetivos e indicadores precisos de prestação de cuidados, direcionadas para a qualidade e satisfação dos utentes, o lar, assim como outras estruturas geriátricas, aumentariam as suas responsabilidades para além de uma resposta social teriam que também ter uma responsabilidade na saúde da comunidade.

Essa mudança de responsabilidade dessas estruturas juntamente com a sua integração na RNCCI, facilitaria a transição da informação e a continuidade dos cuidados aquando da transferência do processo de uma unidade para outra.

Vantagens na integração dessas estruturas na RNCCI:

- Encaminhamento de pessoas idosas com necessidades de cuidados, para a estrutura adequada às suas necessidades;
- Apoio técnico-científico às estruturas geriátricas;
- Melhor gestão de cuidados de uma população de risco;
- Adequação institucional para a fiscalização da qualidade dos cuidados dessas estruturas.
- Único ponto de entrada para os utentes e para as suas famílias.

Implicação n.º 2 - Em consequência segue-se um novo modelo organizacional que se representa na figura 4. Com este modelo verifica-se um aumento de responsabilidade da RNCCI nos cuidados e na gestão de um grupo populacional de risco.



Fonte: Construção própria

Figura 4 - Estrutura adaptada e integrada de todas as estruturas de cuidados aos idosos.

4.3 - TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A utilização das TIC, como foi visto com o DIR na Suíça, é uma área fundamental na saúde assim como na área Social. A utilização do mesmo sistema de informação entre as estruturas geriátricas como os Lares e a RNCCI, irá permitir:

- Uma otimização na comunicação dos processos entre unidades;
- Ferramenta para prestação e monitorização de cuidados de saúde;
- Armazenamento de dados estatísticos;
- *Benchmarking*.

Segundo Ribeiro (2009), a sociedade de informação pode contribuir decisivamente para a humanização do nosso sistema de saúde. Pode parecer mais um paradoxo, mas não há dúvida que a tecnologia será um grande facilitador da humanização dos cuidados.

Assim podemos formular a seguinte Implicação:

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

Implicação n.º 3 - A aquisição da parte dessas estruturas geriátricas de TIC é essencial pelas razões supracitadas e essa aquisição deveria ser regulamentada e aprovada pela entidade coordenadora dessas estruturas geriátricas.

5 - CONCLUSÃO

Em suma, a integração dos lares, centros de dia, SAD ou qualquer outra estrutura relativa aos cuidados geriátricos na comunidade, integrada na RNCCI, provocaria um aumento substancial da qualidade na prestação dos cuidados assim como uma otimização da gestão de uma população de risco, pelas razões atrás referidas, ampliando ganhos em saúde e gerando eficiência.

Juntamente com essa integração, a mudança legislativa (Despacho Normativo nº12/98, de 25 de Fevereiro) relativa a direção técnica e à composição profissional dessas estruturas, que deve imperativamente ser constituída por um profissional de saúde dotado de capacidade técnico-científicas para o cuidado geriátrico. Esse profissional deve garantir um aumento de qualidade nos cuidados e na sua gestão, e que segundo a literatura, o profissional com mais capacidades para esse fenómeno é o Enfermeiro.

Pelo facto de existir uma equipa de enfermagem, os cuidados prestados aos idosos, não se limitaria apenas ao apoio social mas a um apoio médico-social, onde cuidados preventivos, de reabilitação, de convalescença e também cuidados paliativos poderiam ser prestados nessas estruturas, não havendo a necessidade de construir mais estruturas, ou mesmos os utentes deslocarem-se quilómetros, saindo do seu meio natural, para receberem cuidados adequados à sua situação.

Tal como referiu *Thompson* (1984), a multipatologia típica deste grupo funcional implica uma revisão de normas, princípios, conceitos e métodos, com uma consequente readaptação e ajustamento das instituições de saúde e de toda a sociedade.

Esta transformação no paradigma estrutural e organizacional do apoio ao idoso é necessária. O panorama nacional da prestação de cuidados ao idoso ganharia no aumento da qualidade de vida, menos hospitalizações, menor tempo de permanência nos hospitais, maior qualidade de vida nos seus domicílios ou instituição de repouso.

O objetivo desta investigação foi atingido:

- Encontrar um modelo estrutural de forma a otimizar as estruturas existentes no país, minimizando os custos na construção de outras estruturas;
- Dotar as respostas sociais de objetivos técnicos capazes e de profissionais adaptados ao fenómeno do envelhecimento populacional;
- Integrá-la numa rede (RNCCI), já existente, que adaptada, otimiza a troca de informação entre as estruturas de saúde e social, para a escolha do serviço

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

mais adaptado para cada idoso, apoio técnico-científico e claro uma redução nos custos associados a essa faixa etária.

Segundo Leuschner (2006), Portugal é dos poucos países no mundo ocidental em que a geriatria não lhe foi reconhecida autonomia, sendo praticamente inexistentes as repostas institucionais especializadas nessa área. O reconhecimento desta área de conhecimento é de uma grande necessidade para a população portuguesa.

Exemplos como os maus tratos aos idosos em instituições, assim como no domicílio, a morte solitária (instituição ou domicílio) e abandono hospitalar, não sejam mais uma realidade em Portugal.

Só aumentando a exigência e o nível de qualificação dessas estruturas, se poderá garantir qualidade de vida aos nossos idosos para que acabem as suas vidas com respeito e dignidade.

6 - LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS

O trabalho seguinte esteve focado na necessidade de otimizar o apoio ao idoso, com as estruturas existentes em Portugal mas com enfoque na organização e na legislação, de forma a criar ganhos em saúde e qualidade nos cuidados aos idosos, sem aumento de custos, quer na criação de estruturas quer a nível das hospitalizações.

O trabalho esteve limitado a um estudo baseado na revisão bibliográfica, sobre a legislação portuguesa do apoio ao idoso, comparando-a assim com a realidade Suíça. Foram comparadas variáveis que afetam a qualidade dos cuidados estabelecidos aos idosos. A comparação dos dados, entre sociedades como se viu, nem sempre é simples e é realmente uma das limitações do trabalho.

É claro que este trabalho é relativo ao contexto português e qualquer extensão para outro contexto não seria válido, não sendo possível uma generalização da forma organizacional e estrutural de cuidados aqui apresentada para o caso português.

Pesquisas interessantes de realizar no futuro, na continuação deste tema, seria a articulação do financiamento entre estruturas geriátricas, RNCCI e Hospitais. Encontrar formas de otimizar o financiamento, de forma a evitar uma dupla comparticipação de cuidados pelo estado, se por exemplo um utente de um lar for hospitalizado, a SS comparticipa parte da sua cama no lar e o SNS comparticipa a sua estadia no hospital.

Para Spar *et al.* (2005), serão necessárias criar abordagens criativas para fazer face a este desafio, para reter o aumento dos custos nesta área de atuação ao mesmo tempo que garante a qualidade dos cuidados.

Só com mais debate, mais propostas e acima de tudo tomadas de decisão serão necessárias nessa área, para que os idosos em Portugal tenham um apoio adequado e adaptado às suas necessidades no hospital e na comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- AUGUSTO**, Berta Maria de J. (2005), *Cuidados Continuados - Família, centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar*, edições Formasau, Coimbra, ISBN: 972-8485-60-3
- BERTHOU**, Anne(1995), *Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus* - institut suisse de la santé.
- APELLES**, J.B. Conceição (2011), *Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social*, Almedina.
- ASSOCIATION VAUDOISE D'ETABLISSEMENT MÉDICAUX-SOCIAUX**, 2011
- CABRAL**, Nazaré da Costa, **AMADOR**, Olívio Mota, **MARTINS** Guilherme Waldemar d'Oliveira (2009), *A Reforma do Sector da Saúde, Uma realidade Iminente*, Almedina, Coimbra.
- CARVALHO**, Maria Teresa G. (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde o profissionalismo numa encruzilhada*, Edições Sílabo, Lisboa, ISBN: 978-972-618-546-8
- CAMPOS** A. Correia de (2008), *Reformas da Saúde - o Fio condutor*, Coimbra, Edições Almedina, S.A
- CHARAZAC**, Pierre (2004), *Introdução aos Cuidados Gerontopiquiátricos*, Climepsi editores, ISBN: 9789727960996
- COSTA**, M.A. (2006), *Cuidar Idosos, formação, práticas e competências dos enfermeiros* - sinais vitais edições.
- CONFEDERATION SUISSE** (2009), *Enquête Suisse sur la Santé*.
- DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIAL** - *Directive concernant les exigences de dotation minimale en personnel soignant dans les établissements médico-sociaux et les divisions C d'hôpitaux*, 2011
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE** (2008), *Relatório da Morbilidade*.
- DURKHEIM** (1998), *As regras do método sociológico*, Editorial presença, Lisboa, ISBN: 978 972 231 429 9-
- GONÇALVES**, José António (2009), *A Boa Morte - Ética no Fim de Vida*, Coisas de Ler Editores, ISBN 9789898218216
- GUISSET**, Anne-Lise, **D'HOORE**, William(2001), *Le coût de la non-qualité en institution de long séjour*, PCS News, n : 33.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS** (2007). *Anuário Estatístico de Portugal*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE**, (2007), *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, ISBN 978-972-673-845-8

Respostas Sociais para Idosos em Portugal

- LEUSCNER, António (2006), *Aspectos Organizacionais - Psicogeriatría*, Clinica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, ISBN 989-20-0314-4
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (MTSS), (2009), Gabinete de Estratégia e Planeamento, *Carta Social - Rede De Serviços E Equipamentos*.
- OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE (2009), *statistique médical des hôpitaux*.
- OMS (2002) - *Plan d'action internationale sur le vieillissement : rapport sur la mise en œuvre*.
- OCDE (2007), *Panorama de la Santé - Les Indicateurs de L'OCDE*.
- OCDE (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé Suisse*.
- OCDE (2005), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, ISBN92-64-OC B49-7.
- PAREL, Bertrand (2006), *PLAISIR: un outil d'information pluridimensionnel*, Institut de Santé et économie Suisse.
- PIMENTEL, Luísa (2001), *O lugar do Idoso na família - Contextos e Trajectórias*, Coimbra, Quarteto
- QUARESMA, Maria de Lourdes (2002), *O Sentido das Idades da Vida - Interrogar a Solidão e a Dependência*, Lisboa, ISSS-CESDET
- RAPPORT D'ACTIVITÉ D'ASCOR (2009).
- REY, Jean-Claude (2000), *Benchmarking sur base APDRG*, PCS News, n°: 32.
- RIBEIRINHO Carla (2005), *Concepções e práticas de intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicilio*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa.
- RIBEIRO, José Mendes (2009), *Saúde a Liberdade de Escolher*, Lisboa, Gradiva Publicações S.A
- SCHNEIDER, Sérgio, SCHIMITT, Cláudia Job (1998), *O Uso do método comparativo nas ciências Sociais*, Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, v.9, p. 49-87.
- SPAR, James, LA RUE, Asenath (2005), *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*, Climepsi, ISBN 9789727961399
- THOMPSON, M.K (1984), *Care in Elderly General Practice*, Churchill Livingstone.
- VAZ Ester, (1998), *Mais Idade menos Cidadania*, in *Análise Psicológica*, n°4, ISPA

LEGISLAÇÃO

Despacho Normativo nº682/99 de 12 de Novembro;

Decreto-lei nº391/91, de 10 de Outubro;

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho;

Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro;

Guião Técnico aprovado por despacho em 29.11.2011;

Guião técnico aprovado por despacho de 19.05.2004;