

CARTA SOCIAL

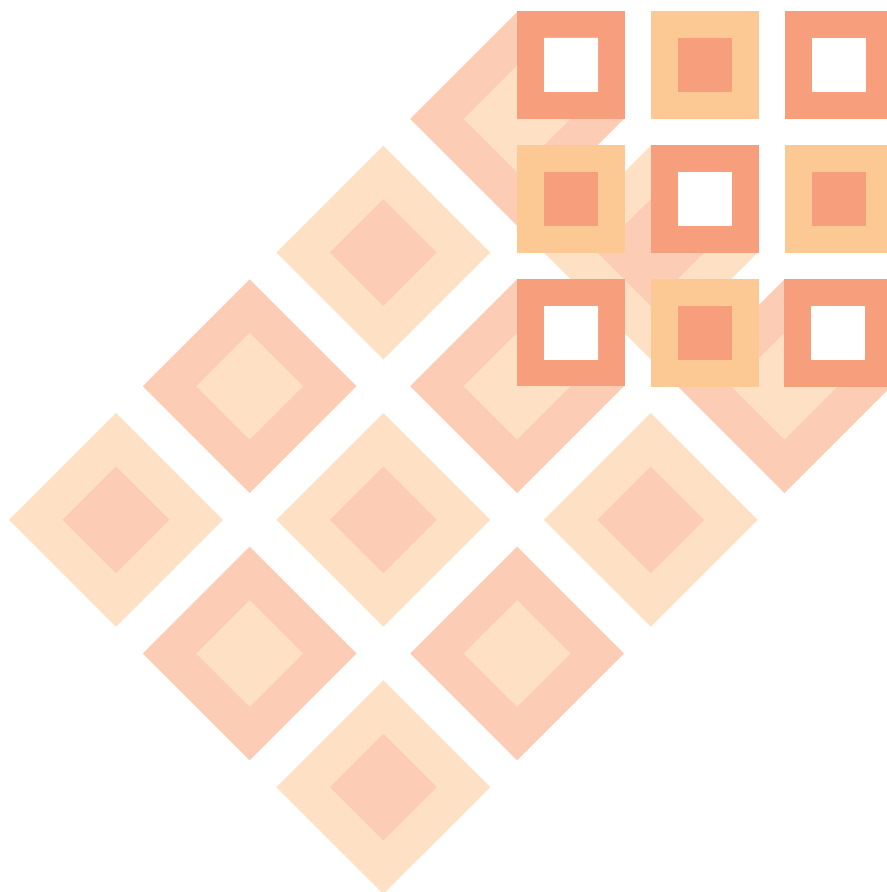
REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS



A DEPENDÊNCIA:

**O APOIO INFORMAL, A REDE DE SERVIÇOS
E EQUIPAMENTOS E OS CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS**

*A dependência: o apoio informal,
a rede de serviços e equipamentos
e os cuidados continuados
integrados*





Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)



Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), 2009

A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados

Primeira edição: Outubro 2009

Tiragem: **500 exemplares**

ISBN: 978-972-704-348-4

Depósito legal: 299 119/09

Coordenação Editorial e de Distribuição:

Centro de Informação e Documentação (GEP-CID)

Praça de Londres, 2, 2.º

1049-056 Lisboa

Tel. (+351) 213 114 900

Fax (+351) 210 115 784

E-mail: gep.cid@gep.mtss.gov.pt

Página: www.gep.mtss.gov.pt

Impressão e acabamento: Editorial do Ministério da Educação

Reservados todos os direitos para a língua portuguesa,

de acordo com a legislação em vigor, por GEP/MTSS

Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)

Rua Castilho, 24, 7.º, 1250-069 Lisboa

Tel. (+351) 213 114 900

Fax (+351) 213 114 980

Página: www.gep.mtss.gov.pt

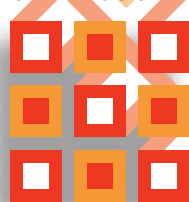
Coordenador do Trabalho: João Gonçalves

Autor: José Miguel Nogueira



ÍNDICE

Índice de Quadros	5
Índice de Figuras	5
1. Introdução	7
2. A dependência, o envelhecimento e a protecção social (redes informais e formais)	8
2.1. A dependência	8
2.2. O envelhecimento populacional	9
2.3. As redes de suporte na dependência – a rede informal <i>versus</i> rede formal	10
2.4. A rede de suporte formal: os apoios pecuniários e os serviços e equipamentos no âmbito do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS)	12
2.4.1. O Complemento por Dependência	12
2.4.2. A dependência e os serviços e equipamentos sociais no âmbito do MTSS	13
3. O contributo da rede de serviços e equipamentos como garante da autonomia e apoio às pessoas em situação de dependência – uma breve caracterização com base nos dados da Carta Social	15
3.1. A opção metodológica	15
3.2. Uma breve caracterização da dependência nas respostas sociais	16
3.3. Os lares de idosos e a dependência	22
4. A Rede de Cuidados Continuados Integrados, um desafio do presente pensado para o futuro	28
5. Algumas conclusões	31
Referências Bibliográficas	32



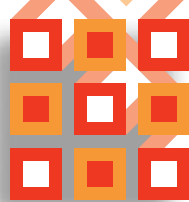
Índice de Quadros

Quadro 1: População-alvo e respostas sociais	16
--	----

Índice de Figuras

Figura 1: Utentes da rede de serviços e equipamentos (respostas sociais seleccionadas) por grau de autonomia, 2007	16
Figura 2: Evolução 2005-2007 do n.º de utentes dependentes e grandes dependentes a frequentar as respostas sociais da rede de serviços e equipamentos (respostas seleccionadas)	17
Figura 3: Peso percentual da dependência em relação ao número total de utentes da rede de serviços e equipamentos (respostas seleccionadas) por população alvo, 2007	18
Figura 4: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas a crianças e jovens com deficiência (respostas seleccionadas) por grau de autonomia, 2007	19
Figura 5: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas às pessoas adultas com deficiência (respostas seleccionadas) por grau de autonomia, 2007	19
Figura 6: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas à população idosa (respostas seleccionadas) por grau de autonomia, 2007	19
Figura 7: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas às pessoas em situação de dependência por grau de autonomia, 2007	19
Figura 8: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico por grau de autonomia, 2007	20
Figura 9: Peso percentual do número de utentes em situação de dependência a frequentar as respostas sociais da Rede de Serviços e Equipamentos (respostas seleccionadas) por resposta social, 2007	21
Figura 10: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas seleccionadas) segundo o motivo de ingresso no lar, 2005	23
Figura 11: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas sociais seleccionadas) segundo a relação com a família, 2005	23
Figura 12: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas sociais seleccionadas) segundo os critérios de admissão no lar, 2005	24

Figura 13: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas sociais seleccionadas) segundo o tempo de permanência, 2005	24
Figura 14: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos segundo as necessidades de ajudas diárias, 2005	25
Figura 15: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos segundo a necessidade de vigilância, 2005	26
Figura 16: Distribuição percentual dos lares de idosos com dependentes (respostas sociais seleccionadas) segundo o hábito de realização de reuniões com os familiares, 2005	27
Figura 17: Distribuição percentual dos lares de idosos com dependentes (respostas sociais seleccionadas) segundo o número de reuniões realizadas com os familiares, 2005	27



1. Introdução

A velhice é uma etapa da vida inerente a qualquer ser humano, tornando-se este *território da idade* mais amplo do que no passado pela contingência do envelhecimento demográfico. As questões da autonomia *versus* dependência, revestem-se assim, cada vez mais de actualidade, sendo grande o debate ao nível europeu sobre os fins e os meios da protecção social face à velhice e/ou face à dependência. Neste âmbito, questiona-se se a solidariedade face a esta problemática deverá emanar primordialmente da família, da sociedade, ou de um esforço conjunto de ambas.

O estudo que se apresenta não tem a pretensão de se constituir numa análise aprofundada ou mesmo inovadora sobre as questões da dependência em Portugal, traduzindo-se apenas numa breve reflexão crítica sobre esta matéria, colocando em evidência a responsabilidade social e económica das redes de suporte na velhice e o papel do Estado, através das políticas públicas de protecção social, como garante da autonomia e apoio à dependência.

Esta reflexão encontra-se estruturada em três grandes partes distintas: a primeira, visa reflectir sobre o conceito e as diferentes tipologias ou níveis de dependência, destacando o contributo das redes informais e formais de suporte; a segunda, apresenta alguns dados que permitem caracterizar sinteticamente o fenómeno da dependência nas respostas sociais da Rede de Serviços e Equipamentos, optando-se por num determinado momento por focalizar a análise nos Lares de Idosos que detinham exclusivamente, no período de referência da investigação, pessoas em situação de dependência; a terceira e última parte, incide sobre a Rede de Cuidados Continuados Integrados, o seu desenvolvimento recente e o seu contributo neste domínio.

2. A dependência, o envelhecimento e a protecção social (redes informais e formais)

2.1. A dependência

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, define-a como *um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades de Vida Diária*¹. As "Actividades da Vida Diária" (AVD) e as "Actividades Instrumentais da Vida Diária" (AIVD) estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos auto-cuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão² de plenos direitos.

No âmbito da legislação em vigor, nomeadamente para efeitos de benefícios provenientes de prestações sociais, consideram-se *em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene*³.

Não existe apenas um único grau de dependência, este poderá variar conforme a pessoa necessite de pouco, muito ou todo o apoio de outrem para os vários tipos de actividades da vida diária. A este propósito, José São José e Karin Wall classificaram a dependência de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada. Para os autores, os idosos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das AVD. Os idosos com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também de apoio de terceira pessoa para desempenho de algumas actividades diárias. Por último, os idosos com elevada dependência requerem apoio *extensivo e intensivo*, o que quer dizer, que *"não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas 'básicas': são pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo a diminuição de aptidões cognitivas e do controlo esfíncteriano [...]"* (São José, José e Wall, Karin, 2006). Outra tipologia aparece consagrada na legislação para efeitos do acesso à prestação social de *Complemento por Dependência*. Neste particular, estabeleceram-se dois graus de dependência: 1.º grau – *indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os actos*

¹ União Europeia (UE), Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, 1998.

² T. H. Marshall define cidadania como o *status* concedido aos membros de pleno direito de uma comunidade. Os seus beneficiários são iguais quanto aos direitos e obrigações que implica. Com Marshall (*Citizenship and Social*, 1950), ocorre o primado da "cidadania como um direito social", visão mais ampla que a mera concepção de cidadania política do século XIX.

³ Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho (prestação pecuniária – *Complemento por Dependência*).



indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2.º grau – indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave⁴.

As situações de dependência não são exclusivas de um determinado grupo etário, existindo pessoas dependentes de todas as idades, contudo a maior prevalência observa-se claramente na população idosa. Enquanto nas faixas etárias mais jovens, a dependência aparece na maioria dos casos associada a situações de deficiência congénita ou adquirida, no caso dos idosos, a dependência, para além da que resulta das situações anteriormente descritas é também, muitas vezes, uma consequência do processo gradual de envelhecimento humano.

Por uma opção de investigação, o presente artigo incidirá sobretudo na relação entre a dependência e a população idosa.

Alguns autores advogam que a “velhice” não pode ser considerada como um retorno às relações de dependência da criança nos primeiros anos de vida. Segundo John Bond⁵, as relações de dependência encontram-se sempre presentes ao longo da nossa vida, pois somos totalmente dependentes de estranhos que intervêm na concepção dos produtos básicos para a nossa alimentação, que produzem o calçado e o vestuário que usamos, que nos prestam todo o tipo de serviços, ou dos não estranhos e familiares com quem trabalhamos, vivemos ou criamos relações de proximidade afectiva. Efectivamente, a autonomia é sempre relativa, o ser humano, ao longo da sua vida, vive mais na interdependência do que na independência. (Bond, John, 1993)

2.2. O envelhecimento populacional

O envelhecimento da população é uma realidade na generalidade dos países desenvolvidos e apresenta-se como um desafio social e económico da maior importância para os Estados-Membros da União Europeia (UE). Actualmente, verifica-se um contexto de diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança média de vida ou da longevidade dos cidadãos. A conjugação destes dois factores ao nível dos países desenvolvidos, fará com que a sociedade do futuro seja cada vez mais envelhecida.

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o número médio de filhos por mulher em idade fértil tem vindo a diminuir de forma considerável desde a década de 60. Assim, o indicador sintético de fecundidade que em 1960 se situava nos 3,16, tem vindo a decrescer progressivamente para 3,02 em 1970, 2,26 em 1980, 1,55 em 1990, até aos actuais 1,36 filhos por mulher.

⁴ *Idem.*

⁵ Professor of Social Gerontology and Health Services Research, Newcastle University.

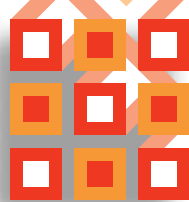
A não renovação das gerações começou a verificar-se a partir de 1982, ano em que o Índice de Fecundidade baixou dos dois filhos por mulher. As gerações são cada vez menos férteis, não só porque ao longo das décadas, consecutivamente, tem havido menos nascimentos, mas também pelo facto das mulheres terem filhos cada vez mais tarde (próximo dos 30 anos), o que diminui a probabilidade de virem a ter mais filhos.

O fenómeno do envelhecimento populacional é também em parte uma consequência dos avanços nos sistemas públicos de protecção social, através de uma melhor redistribuição da riqueza inter-geracional e de uma melhor cobertura na prestação de serviços às pessoas dependentes. *"Portugal, é um exemplo claríssimo disso. Quando os nossos idosos ficavam entregues à família não chegavam, em regra, aos níveis de envelhecimento que são hoje comuns. Em Portugal, como no resto das sociedades europeias, à medida que o Estado e um conjunto de actores que nele colaboram se organizam para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente."* (Capucha, 2006)

Também as progressivas alterações no seio da estrutura familiar têm originado consequências ao nível da população idosa. A passagem do modelo de família alargada para a actual família nuclear, condicionou as redes familiares de apoio, aumentando o risco de situações de isolamento, situação que em Portugal é ainda atenuada pelo peso tradicional das redes informais. Estas redes de apoio, revestem-se de uma importância acrescida para os idosos, na medida em que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigações recíprocas, leva o indivíduo a escapar ao isolamento e ao anonimato.

2.3. As redes de suporte na dependência – a rede informal *versus* rede formal

Actualmente, em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de protecção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais. Neste contexto, a publicação *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, do ex-Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) esclarece: *"Existem duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados: informal – em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. A outra modalidade de cuidar é a formal – em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções."* (IDS, 2002)



As relações entre os dois tipos de redes de suporte identificadas, podem ser de complementaridade, ou de substituição. Atente-se por exemplo no caso de um dependente que passa o dia no Centro de Dia e o período pós-laboral na sua residência, ou na residência de familiares, beneficiando do apoio destes. Como descreve Ana Paula Martins Gil, no artigo "*Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice*", vários autores têm reflectido sobre este relacionamento entre o sistema formal e informal. A *Teoria das Tarefas Específicas ou Teoria das Funções Partilhadas* de Litwat (1985), que independentemente de reconhecer as diferenças entre as duas redes de suporte, coloca em evidência a sua complementaridade e interdependência, principalmente se tal favorecer a permanência do dependente no seu domicílio. A *Teoria de Cantor, ou Modelo Hierárquico Compensatório de Cantor* (1992) traduz-se numa perspectiva holística ao propor o modelo de sistema de suporte social. O Suporte Social é regido por uma selecção hierárquica compensatória, numa lógica preferencial, assente num processo ordenado. Para Cantor, o idoso, só recorre ao sistema formal quando a rede informal é muito fraca ou inexistente, principalmente devido à indisponibilidade de tempo ou incapacidade dos elementos que a constituem em responder às necessidades efectivas da pessoa dependente. O *Modelo de Substituição* de Shanas (1984), encontra-se próximo do anterior ao preconizar que os membros da família se apoiam através de uma "ordem em série", ou seja, numa primeira linha encontra-se o cônjuge, no caso deste não existir ou estar indisponível, surgem os filhos e só na eventualidade destes não estarem disponíveis, considera-se então o recurso a pessoas exteriores à família (Gil, Ana Paula Martins, 1999). "*Estas tipologias têm sido alvo de algumas críticas, nomeadamente por ignorarem a pessoa idosa como actor do seu próprio suporte e por preconizarem a tese da substituição das redes informais pelas redes formais.*" (Vezine, et al. 1989, cit. Ana Paula Martins Gil, 1999)

A pesquisa empírica⁶ levada a efeito em 1998 por Ana Paula Martins Gil no âmbito da dissertação de Mestrado em Sociologia da Família e População, "comprovou a não existência do *modelo de efeito total de substituição, preconizado por Shanas (1986) nem uma divisão tão rigorosa dos apoios como sustentava Litwak (1985), nem mesmo uma hierarquia rigorosa dos cuidadores como vislumbrava Cantor [...]*" (Gil, Ana Paula Martins, 1999). Os dados do Estudo de Caso revelaram uma coexistência de aspectos dos vários modelos. A opção exclusiva pela rede formal⁷ surge associada a uma inexistente ou muito enfraquecida relação familiar, ou então a um maior nível de dependência e a um maior grau de exigência nos cuidados a prestar. Em relação aos dependentes que recebem ambos os apoios (rede formal e informal), foram encontradas duas situações: quando o formal é suplemento do informal e quando o informal surge como complemento do formal. O primeiro caso identifica as situações de indivíduos que recebem predominantemente apoio da rede informal (filhos, cônjuge, ou outros membros de coabitação), embora beneficiem ainda de um tipo específico de apoio formal (serviço de apoio domiciliário), principalmente no que

⁶ Estudo de Caso baseado num inquérito por questionário aplicado a 300 indivíduos com mais de 65 anos inseridos em lares, centros de dia, de convívio, ou utentes de serviço de apoio domiciliário em seis freguesias do concelho de Sintra.

⁷ Nesta caso, devem considerar-se apenas os idosos dependentes inseridos em lares ou a receber apoio domiciliário, com níveis de dependência elevados e sem filhos, ou sem grande suporte de ajuda informal.

concerne à alimentação, trabalhos domésticos ou higiene pessoal. No segundo caso, o apoio formal é o dominante sendo o recurso à rede informal apenas exercido como complemento para suprir eventuais incapacidades de resposta da rede formal. Nesta situação encontram-se os indivíduos cuja rede informal é mais frágil, sendo esse apoio (informal), quase sempre exercido por elementos exteriores à família, como os vizinhos ou amigos.

Embora o Estudo de Caso⁸ não tenha comprovado a tese da perda de solidariedade intergeracional e do isolamento da família nuclear, no entanto, o mesmo alerta para a evidência das mutações sócio-demográficas e das consequências destas nas redes sociais de suporte, o que poderá condicionar num futuro próximo algumas práticas sociais actuais de entreaajuda.

Por último, o trabalho de Ana Paula Martins Gil reporta ainda para a questão da "*feminização dos cuidados, na medida em que o modelo cultural dominante atribui à mulher em geral a responsabilidade e a exclusividade desses mesmos cuidados aos mais velhos [...]*" (Gil, Ana Paula Martins, 1999), levando a autora a considerar que a solidariedade intergeracional no apoio aos dependentes é essencialmente uma *solidariedade feminina*.

Outra referência a ter em conta neste âmbito, foi desenvolvida por José São José e Karin Wall (2006), que estudaram a implicação ao nível da conciliação da vida familiar e actividade profissional de trabalhar e cuidar de um idoso dependente. Tal como no estudo de Ana Paula Martins Gil, também foram identificados dois grandes perfis na prestação dos cuidados, dos quais se destacam o perfil familiar, centralizado quase exclusivamente na família e o misto que combina os apoios familiares com os extra-familiares pagos. Cada um dos grandes perfis identificados, desagregam-se por sua vez em modelos diferentes de apoio (básico, supervisão e gestão)⁹. Os autores salientam a dificuldade em conciliar a vida profissional com os cuidados inerentes a um idoso dependente, principalmente quando a família assume sozinha esse encargo. O estudo aponta ainda para a necessidade de aumentar a cobertura de serviços e equipamentos sociais no âmbito das pessoas em situação de dependência, bem como dos benefícios sociais para os idosos e para os trabalhadores (familiares) que lhes prestam apoio.

2.4. A rede de suporte formal: os apoios pecuniários e os serviços e equipamentos no âmbito do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS)

2.4.1. O Complemento por Dependência

Relativamente aos regimes de segurança social, estão consagradas algumas prestações pecuniárias às quais podem aceder as pessoas em situação de dependência. Embora reconhecendo o mérito e a importância de todos os apoios pecuniários destinados a este

⁸ Estudo de Caso efectuado em 1998, que serviu de base ao artigo "*Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice*", de Ana Paula Martins Gil (1999).

⁹ Vide SÃO JOSÉ, José; WALL, Karin (2006), *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções*, Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Protecção Social, MTSS/DGEEP, Lisboa.



grupo alvo, no âmbito do presente artigo desenvolver-se-á apenas o *Complemento por Dependência*¹⁰, que é *extensivo a pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência do regime geral de segurança social, do regime não contributivo e regimes equiparados, que satisfaçam as condições de dependência fixadas na lei, mesmo que se encontrem a beneficiar de assistência em estabelecimento de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos cujo funcionamento seja financiado pelo Estado ou por outras pessoas colectivas de direito público ou de direito privado e utilidade pública, o que antes não acontecia relativamente ao subsídio por assistência de terceira pessoa*¹¹.

O montante do *Complemento por Dependência* corresponde a uma percentagem do valor da Pensão Social, variando a importância a pagar de acordo com o grau de dependência em causa, do seguinte modo: Pensionistas do Regime Geral: 50 % do montante da pensão social no caso de situação de dependência do 1.º grau e 90 % do montante da pensão social no caso de situação de dependência do 2.º grau; Pensionistas do Regime Especial das Actividades Agrícolas, do Regime Não Contributivo e Regimes Equiparados: 45 % do montante da pensão social no caso de situação de dependência do 1.º grau e 85 % do montante da pensão social no caso de situação de dependência do 2.º grau¹².

A certificação da situação de dependência para a atribuição da prestação é realizada no âmbito do Sistema de Verificação de Incapacidade. As prestações são pagas aos respectivos titulares, ou quando estes se encontrem impossibilitados, a entidades que lhes prestem assistência, desde que consideradas idóneas.

2.4.2. A Dependência e os serviços e equipamentos sociais no âmbito do MTSS

No sentido de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem como de assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvos específicos e vulneráveis como os idosos, pessoas com deficiência e/ou incapacidade, e/ou pessoas em situação de dependência, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte. Actualmente e segundo os dados da Carta Social do MTSS, existem pessoas em situação de dependência a frequentar, ou beneficiar dos serviços, de diferentes tipos de respostas sociais, destinadas também a populações alvo diferentes. A dependência está assim presente, não só nas respostas sociais destinadas à população idosa, à população com deficiência, ou ao próprio subgrupo destinado às pessoas em situação de dependência, mas também em muitas outras respostas de âmbito mais generalista, como é o caso das Creches ou dos Centros de Actividades de Tempos Livres que acolhem, numa perspectiva inclusiva, crianças com necessidades especiais.

¹⁰ Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho e Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro.

¹¹ Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho.

¹² Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro.

No que concerne à população idosa, as primeiras respostas sociais implementadas, tinham por base a institucionalização e denominavam-se asilos. Principalmente a partir das décadas de 50/60 a sociedade foi tendo a noção que seria necessário melhorar as condições de acolhimento nos asilos, passando estes a ser chamados Lares.

Também nos finais dos anos 60 surgem as primeiras valências de Centro de Dia, consistindo esta resposta num equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e o internamento, assegurando a prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no meio sócio-familiar. Esta resposta social intervém ao nível da satisfação das necessidades básicas dos idosos, presta apoio psicossocial e fomenta as relações interpessoais a fim de evitar o isolamento. Os Centros de Convívio surgem também nesta altura, mas estão mais vocacionados para a animação e lazer de idosos ainda com um certo grau de autonomia, não se enquadrando no perfil das respostas utilizadas por pessoas em situação de dependência.

A partir de 1976, começa a desenhar-se a política que ainda hoje perdura e que tem por paradigma a manutenção do idoso no seu domicílio o maior tempo possível. Na sua residência, o idoso encontra as representações de toda uma existência, as memórias, os objectos, os lugares de pertença. Assim, os anos 80 vêem emergir com grande intensidade a resposta social *Serviço de Apoio Domiciliário* (SAD), sendo esta valência na década de 90, alargada ao domínio da Saúde, originando o *Apoio Domiciliário Integrado* (ADI), resposta esta já exclusivamente dirigida às pessoas com dependência. Conjuntamente com o ADI, e tendo por base o mesmo público alvo, foi instituída a resposta social *Unidade de Apoio Integrado* (UAI), dirigida também às pessoas em situação de dependência que não possam ser apoiadas no seu domicílio mas que não careçam de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

No que concerne à população com deficiência e/ou incapacidade, existem também em funcionamento respostas sociais que acolhem também pessoas em situação de dependência, como é o caso do *Lar Residencial*, do *Lar de Apoio*, do *Centro de Actividades Ocupacionais* (CAO), ou do *Transporte (Público) de Pessoas Com Deficiência*.

Enquanto o *Lar Residencial* e o *Lar de Apoio*, são respostas sociais desenvolvidas em equipamento e têm por objectivo o alojamento de pessoas com deficiência impedidas temporária ou definitivamente de residir no meio familiar, os utentes que frequentam o CAO e/ou os que são apoiados pelo *Serviço de Apoio Domiciliário*, ou pelo *Transporte de Pessoas com Deficiência*, residem normalmente nas suas habitações particulares. Tal como se observará no capítulo seguinte, cerca de 2/3 das pessoas que frequentam as respostas atrás mencionadas são dependentes.

Em relação às respostas sociais destinadas a pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e ao invés do observado anteriormente para o grupo alvo das pessoas com deficiência e/ou incapacidade, a proporção de pessoas dependentes e grandes dependentes que as frequentam não é significativa¹³.

¹³ Afirmção com base na análise dos dados da Carta Social 2007, que será objecto de tratamento mais aprofundado no capítulo seguinte.



3. O contributo da rede de serviços e equipamentos como garante da autonomia e apoio às pessoas em situação de dependência – uma breve caracterização com base nos dados da Carta Social

3.1. A opção metodológica

Como se tem vindo a desenvolver no ponto anterior, nem sempre é possível à família, prestar à pessoa dependente a totalidade dos cuidados necessários para a satisfação das suas necessidades diárias. As respostas sociais da rede de serviços e equipamentos têm então esta dupla função de complementar, ou mesmo de substituir a família nessas tarefas. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) ou o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), são exemplos de valências que actuam principalmente como complemento do apoio familiar, enquanto que as respostas sociais que visam a institucionalização, como são os casos dos Lares de Idosos ou dos Lares Residenciais, já se consubstanciam numa vertente mais substitutiva.

A breve análise que se apresenta não tem a pretensão de se constituir num estudo aprofundado sobre o fenómeno da dependência na rede de serviços e equipamentos sociais, mas com base os dados disponíveis da Carta Social, pretende-se apenas oferecer ao leitor uma caracterização sintética e aproximada sobre o contributo da RSES como suporte às pessoas em situação de dependência e às suas famílias.

Embora o principal período de referência dos dados seja Dezembro de 2007 (última actualização da Carta Social), por opção de investigação e sempre que tal se justifique, apresentar-se-á a tendência evolutiva recente. Em determinadas variáveis a análise apenas no ano de 2005, uma vez que nesse ano foi possível recolher e sistematizar um conjunto mais alargado de informação. Todos os dados apresentados foram fornecidos pelas instituições que integram a rede de serviços e equipamentos.

Não ousando descurar ou negligenciar as tipologias, graus, ou níveis de dependência operacionalizados por outros autores, sendo até alguns já referidos no âmbito deste trabalho, para efeitos da presente análise, consideraram-se os seguintes conceitos que têm sido utilizados ao nível da Carta Social:

- **Autónomo** – *Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.*
- **Parcialmente dependente** – *Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.*
- **Dependente** – *Não pode praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.*
- **Grande dependente** – *Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave¹⁴.*

Como objecto de investigação, seleccionaram-se cinco tipos de população alvo e 17 respostas sociais diferentes, de acordo com o quadro apresentado na Figura 1. Num determinado

¹⁴ Conceitos utilizados no âmbito da Carta Social.

momento da pesquisa, por uma opção de estudo, procurou-se “isolar” e analisar os dados referentes apenas aos lares de idosos que detinham exclusivamente pessoas em situação de dependência. Tendo em conta os conceitos apresentados no parágrafo anterior, consideraram-se em situação de dependência apenas as duas últimas categorias (dependente e grande dependente).

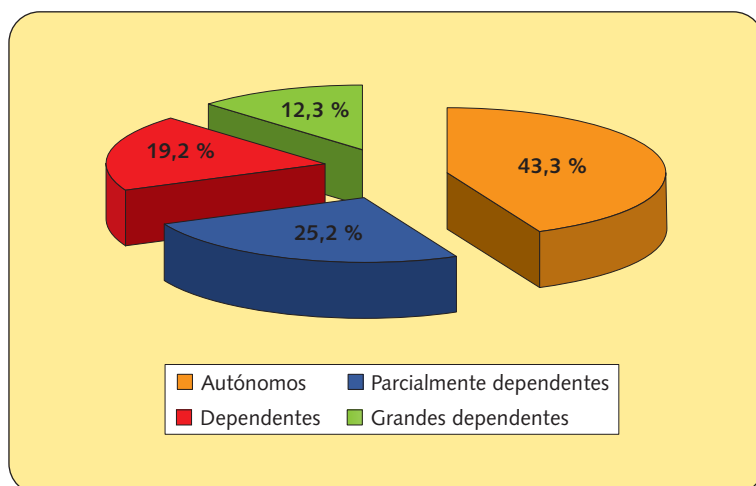
Quadro 1: População-alvo e respostas sociais

POPULAÇÃO-ALVO	RESPOSTA SOCIAL
Crianças e Jovens com Deficiência	Lar de Apoio e Transporte de Pessoas com Deficiência (Crianças e Jovens).
Pessoas Adultas com Deficiência	Lar Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Actividades Ocupacionais e Transporte de Pessoas com Deficiência (População adulta).
População Idosa	Lar de Idosos, Residência, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.
Pessoas em Situação de Dependência	Serviço de Apoio Domiciliário, Apoio Domiciliário Integrado e Unidade de Apoio Integrado.
Pessoas com Doença do Foro Mental ou Psiquiátrico	Forúm Sócio-Ocupacional, Unidade de Vida Protegida, Unidade de Vida Apoiada e Unidade de Vida Autónoma.

3.2. Uma breve caracterização da dependência nas respostas sociais

Em Dezembro de 2007 e para o conjunto das 17 respostas sociais, integradas nos cinco tipos de população alvo seleccionados, observou-se que a maioria dos utentes/clientes (68,5 %) se encontrava na situação de autonomia ou de dependência parcial.

Figura 1: Utentes da rede de serviços e equipamentos (respostas sociais seleccionadas) por grau de autonomia, 2007



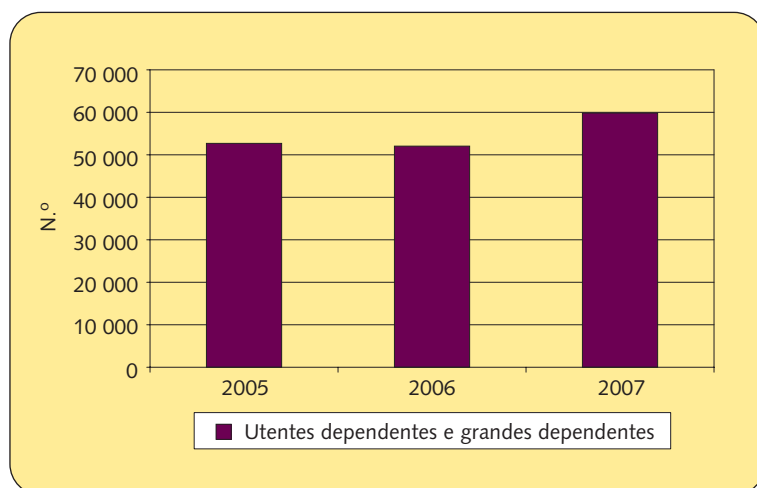
Fonte: GEP, Carta Social 2007.



O peso percentual do género feminino é sempre superior ao masculino em qualquer uma das categorias estudadas (cerca de 64 % das pessoas dependentes ou grandes dependentes pertenciam ao sexo feminino), o que remete necessariamente para uma maior proporção de mulheres a frequentar ou usufruir dos serviços destas respostas sociais.

Em termos absolutos e evolutivos, constata-se em 2007 um acréscimo em relação aos anos anteriores, do número de pessoas dependentes e grandes dependentes a frequentar as respostas sociais seleccionadas. Este aumento traduz sobretudo o esforço financeiro do Estado em reforçar a capacidade instalada (número de lugares disponíveis), uma vez que se verificou que o mesmo não provém de uma diminuição percentual das pessoas autónomas ou parcialmente dependentes.

Figura 2: Evolução 2005-2007 do n.º de utentes dependentes e grandes dependentes a frequentar as respostas sociais da rede de serviços e equipamentos (respostas seleccionadas)

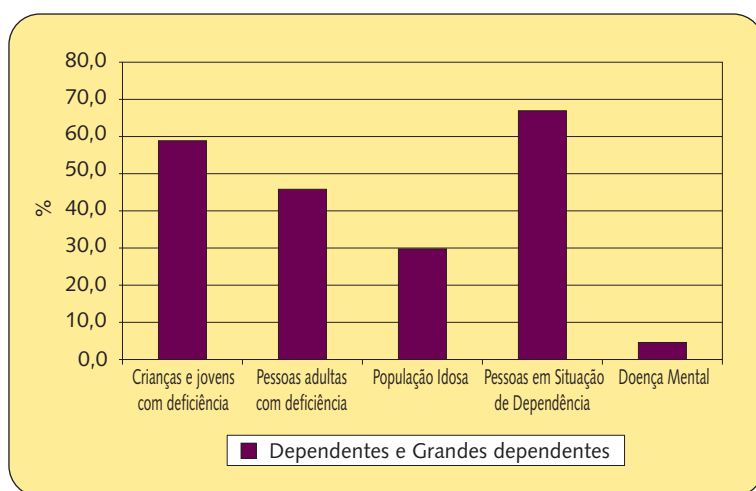


Fonte: GEP, Carta Social 2007.

Analisando a dependência por população alvo, observa-se, como seria aliás expectável, que a maior proporção de pessoas dependentes e grandes dependentes a frequentar as respostas sociais seleccionadas, frequentam valências específicas destinadas a pessoas em situação de dependência, das quais são exemplo o *Serviço de Apoio Domiciliário*, *Apoio Domiciliário Integrado* e *Unidade de Apoio Integrado*. Cerca de 70 % utentes/clientes destas respostas são dependentes ou grandes dependentes.

No grupo das Crianças e Jovens com deficiência, constata-se que sensivelmente 60 % dos utentes das respostas seleccionadas (*Lar de Apoio e Transporte de Pessoas com Deficiência (Crianças e Jovens)*), encontravam-se na situação de dependência ou grande dependência. Em relação à população adulta com deficiência (*Lar Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Actividades Ocupacionais e Transporte de Pessoas com Deficiência para a população adulta*), a percentagem de dependência ronda os 50 %, mesmo tendo em conta que neste grupo se encontram respostas como o CAO que já pressupõem alguma autonomia.

Figura 3: Peso percentual da dependência em relação ao número total de utentes da rede de serviços e equipamentos (respostas seleccionadas) por população alvo, 2007



Fonte: GEP, Carta Social 2007.

No que respeita à população idosa, observou-se em 2007, que um em cada três utentes/clientes das respostas estudadas (*Lar de Idosos, Residência, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário*), são dependentes ou grandes dependentes. A Residência para Idosos (até pela sua filosofia de autonomia) e o Centro de Dia, são as respostas que detêm um menor peso de dependentes.



Figura 4: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas a crianças e jovens com deficiência (respostas seleccionadas) por grau de autonomia, 2007

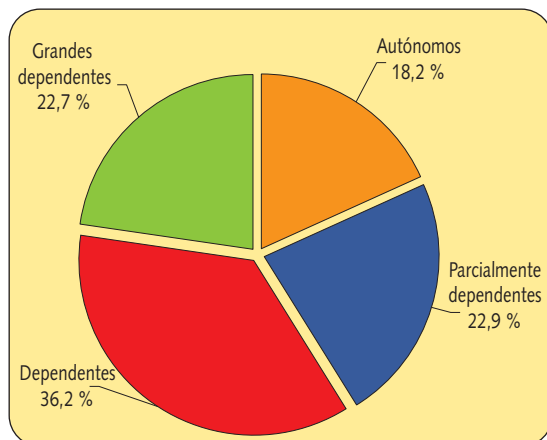


Figura 5: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas às pessoas adultas com deficiência (respostas seleccionadas) por grau de autonomia, 2007

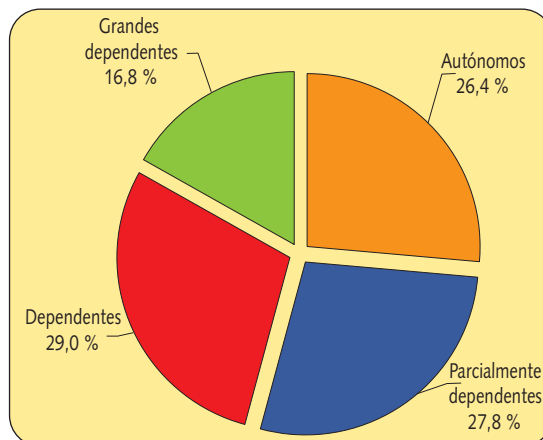


Figura 6: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas à população idosa (respostas seleccionadas) por grau de autonomia, 2007

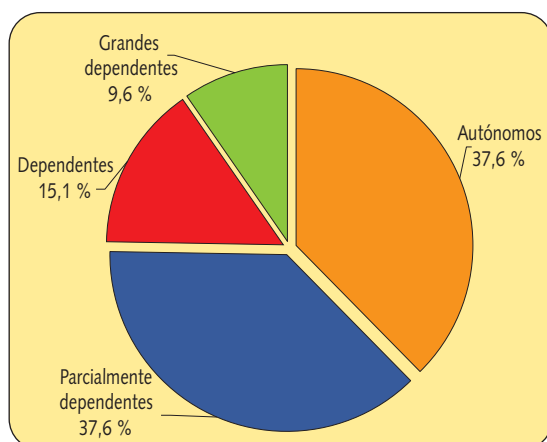
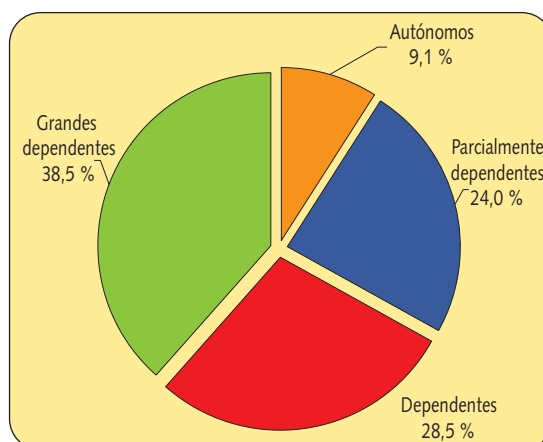


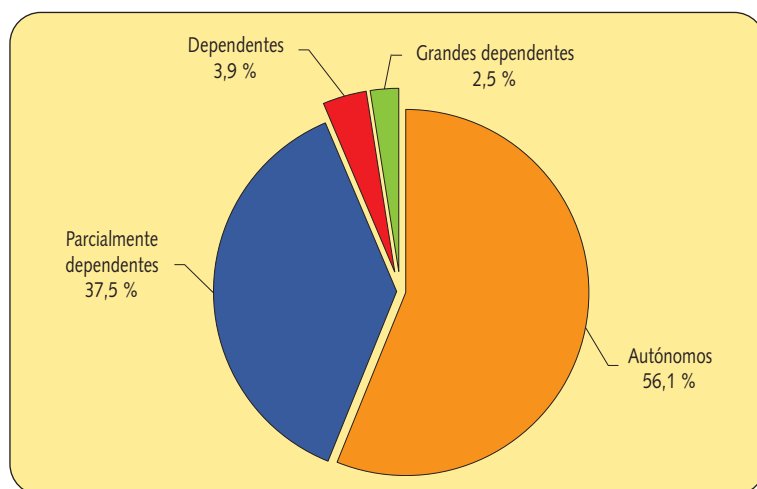
Figura 7: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas às pessoas em situação de dependência por grau de autonomia, 2007



Fonte: GEP, Carta Social 2007.

Em relação ao grupo das Pessoas com Doença do Foro Mental ou Psiquiátrico (*Forúm Sócio-Ocupacional, Unidade de Vida Protegida, Unidade de Vida Apoiada e Unidade de Vida Autónoma*), a percentagem de dependentes e grandes dependentes apurada (6,4 %), é claramente a mais baixa de todos os grupos alvos estudados, reportando assim para um satisfatório grau de funcionalidade destas pessoas em termos da realização das actividades da vida diária (AVD).

Figura 8: Distribuição percentual dos utentes das respostas sociais dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico por grau de autonomia, 2007



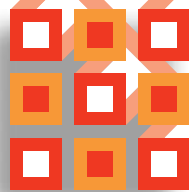
Fonte: GEP, Carta Social 2007.

Analisando os dados por resposta social, observa-se que a *Unidade de Apoio integrado*, resposta desenvolvida especificamente para pessoas em situação de dependência e que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados, a pessoas que, por motivo de dependência, não podem, manter-se apoiadas no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar¹⁵ é claramente aquela onde se verifica a maior incidência de dependentes e grandes dependentes (74,7 %). O *transporte de Pessoas (crianças e jovens) com Deficiência* (72,4 %), o *Apoio Domiciliário Integrado*¹⁶ (66,5 %), resposta que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana e o *Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas com Deficiência* (65,0 %), são também respostas sociais que apresentavam em 2007 um elevado peso de pessoas em situação de dependência ou grande dependência.

O fenómeno da dependência encontra-se também presente noutras respostas sociais dirigidas às Pessoas com Deficiência e/ou incapacidade como é caso do *Lar de Apoio* que visa “[...] acolher crianças e jovens com necessidades educativas especiais que necessitem de frequentar estruturas de apoio específico situadas longe do local da sua residência habitual ou que, por comprovadas necessidades familiares, precisem, temporariamente,

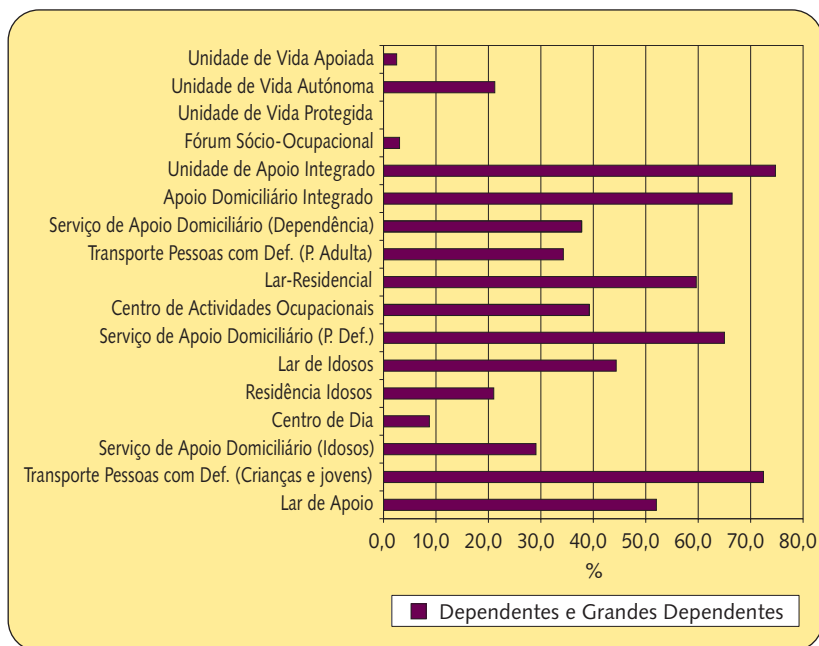
¹⁵ Respostas Sociais – Nomenclaturas e Conceitos, Despacho do Senhor Secretário de Estado da Segurança Social, de 19.1.2006.

¹⁶ *Idem*.



de resposta substitutiva da família”¹⁷, ou mesmo, do *Lar Residencial* que se destina a “[...] alojar jovens e adultos com deficiência, que se encontrem impedidos temporária ou definitivamente de residir no seu meio familiar”¹⁸. A propósito desta relação incapacidade versus dependência, alguns autores advogam que *ter uma determinada incapacidade, implica necessariamente também um certo grau de dependência*.

Figura 9: Peso percentual do número de utentes em situação de dependência a frequentar as respostas sociais da Rede de Serviços e Equipamentos (respostas seleccionadas) por resposta social, 2007



Fonte: GEP, Carta Social 2007.

No grupo alvo da população idosa, o *lar de Idosos* é a resposta com maior incidência de dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50 %), seguindo-se o *Serviço de Apoio Domiciliário*, resposta na qual um em cada três utilizadores encontravam-se nesta situação. O facto do *Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos* não deter uma elevada percentagem de dependentes ou grandes dependentes pode ser explicado pela natureza desta valência que visa essencialmente manter o idoso no seu domicílio o maior tempo possível, potenciando a sua autonomia relativa, constatando-se sim, em 2007, uma elevada percentagem de pessoas parcialmente dependentes a usufruírem deste serviço.

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

3.3. Os lares de idosos e a dependência

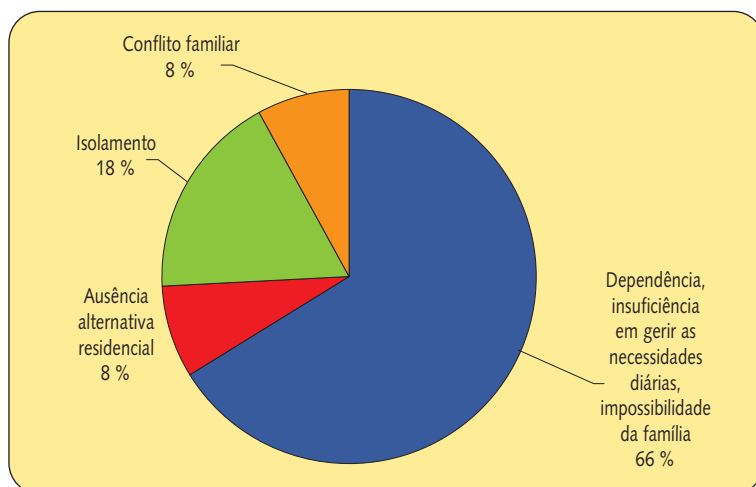
Como foi oportunamente referido no início, por uma opção de investigação, procurou-se aprofundar um pouco mais a caracterização e o conhecimento sobre o fenómeno da dependência nas respostas sociais da rede de serviços e equipamentos, seleccionando-se como campo de estudo apenas os lares de idosos cuja totalidade dos utentes/clientes se encontrava em situação de dependência ou grande dependência. Pretendeu-se com esta análise, complementar de forma cirúrgica, embora limitada pela informação existente, a caracterização apresentada no ponto anterior, procurando fornecer mais alguns *inputs* sobre esta matéria. Mais do que retirar grandes conclusões, procurar-se-á contribuir para a formulação de novas “perguntas de partida” e consequentes novos “caminhos de investigação” neste âmbito. Dadas as limitações apresentadas em termos de informação disponível, explorar-se-ão sobretudo só algumas variáveis, das quais se destaca as “necessidades diárias dos utentes”, o “motivo de ingresso no lar”, a “relação com a família”, o “tempo de permanência na resposta social”, bem como alguns aspectos de funcionamento dos lares que foi possível apurar e que se julgou pertinente incluir. A análise apresentada tem por base o inquérito presencial da Carta Social realizado à totalidade das instituições da rede de serviços e equipamentos em Dezembro de 2005, uma vez que dadas as características específicas da mesma, é de momento a mais actual.

O motivo principal de ingresso no lar parece estar directamente relacionado com a incapacidade do idoso num determinado momento da sua vida em gerir as suas actividades da vida diária, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário nesse sentido. Tem-se observado que em alguns casos, o recurso ao *Serviço de Apoio Domiciliário* precede e retarda a efectivação da institucionalização no lar, sendo esta, para muitos idosos, a última opção em termos de apoio à dependência. Embora num segundo plano, salienta-se ainda que cerca de 20 % das instituições tenham invocado o “isolamento” como o principal motivo para o ingresso no lar. Tendo em conta o envelhecimento progressivo da população e o aumento crescente do número de pessoas a viverem sós em Portugal¹⁹, este fenómeno do isolamento, poderá vir a constituir uma prioridade na política social para a terceira idade, apresentando-se igualmente como um desafio que a *Acção Social* e a própria da *Rede de Serviços e Equipamentos* procurará responder através da sua dinâmica natural de adequação das respostas às necessidades emergentes.

¹⁹ O fenómeno do isolamento parece estar directamente ligado ao aumento da população idosa na sociedade. Segundo o estudo de Maria da Graça Magalhães (INE), subordinado ao tema “Quem vive só em Portugal”, tendo por base os dados dos Recenseamentos Gerais da População (1991-2001), o número de pessoas que viviam sós elevou-se de tal forma em 2001, que a taxa de variação em relação a 1991 cresceu 44,1 %. O estudo comprovou que a maioria dos indivíduos a viver só em Portugal tinha mais de 65 anos.



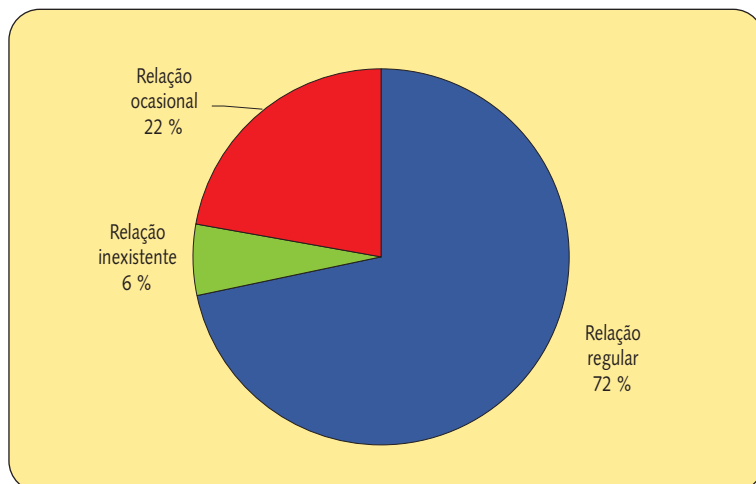
Figura 10: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas sociais seleccionadas) segundo o motivo de ingresso no lar, 2005



Fonte: GEP, Carta Social 2005.

Segundo os directores das instituições inquiridas, a grande maioria das pessoas em situação de dependência residente nos lares seleccionados (72 %) tem uma relação regular com a família, sendo residual a percentagem dos utentes que perderam totalmente os "laços familiares". Esta "relação regular" com a família poderá constituir um ponto de "ancoragem" importante para a estabilidade emocional dos idosos, podendo esta, ser ainda potenciada pelas instituições, através por exemplo, do desenvolvimento de acções ou eventos que promovam ainda mais esses contactos.

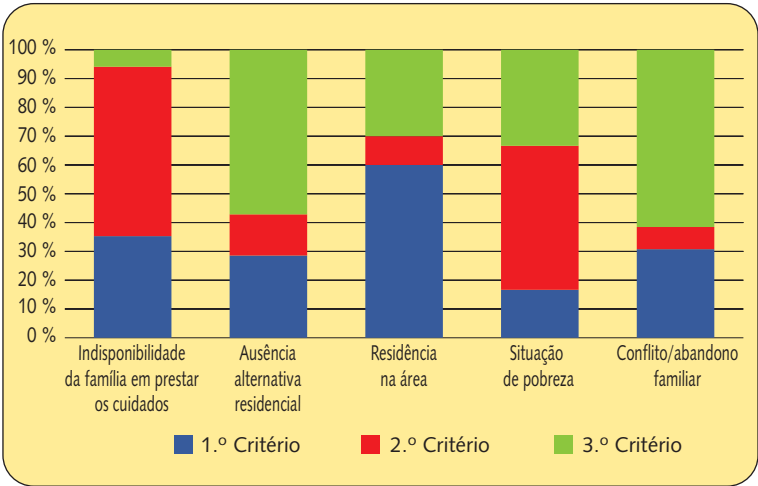
Figura 11: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas sociais seleccionadas) segundo a relação com a família, 2005



Fonte: GEP, Carta Social 2005.

A residência na área geográfica do lar e a impossibilidade da família em prestar os cuidados necessários às actividades de vida diária do idoso, são, por esta ordem, os dois critérios de prioridade na admissão mais referidos pelas instituições.

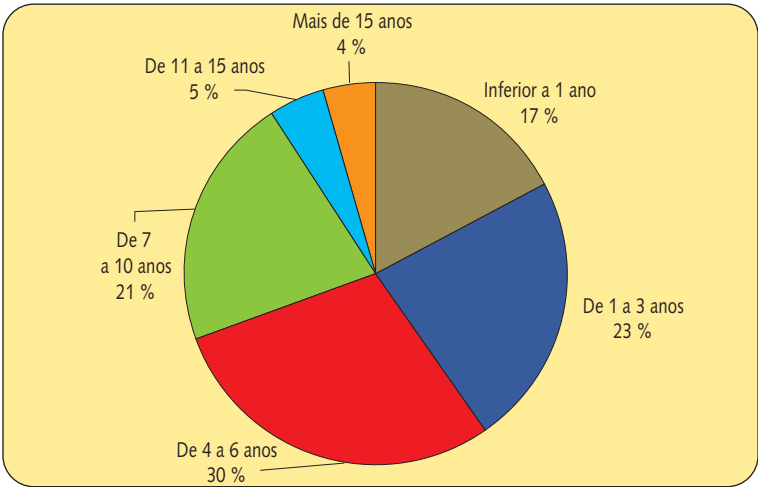
Figura 12: Distribuição percentual dos lares de idosos com dependentes (respostas sociais seleccionadas) segundo os critérios de admissão no lar, 2005



Fonte: GEP, Carta Social 2005.

Relativamente ao tempo de permanência no lar, constata-se que cerca de 40 % dos idosos residem nesta resposta social até três anos, 30 % permanecem institucionalizados entre quatro e seis anos, sendo de 30 % a percentagem de utentes cujo período de permanência é mais longo (mais de sete anos).

Figura 13: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos (respostas sociais seleccionadas) segundo o tempo de permanência, 2005



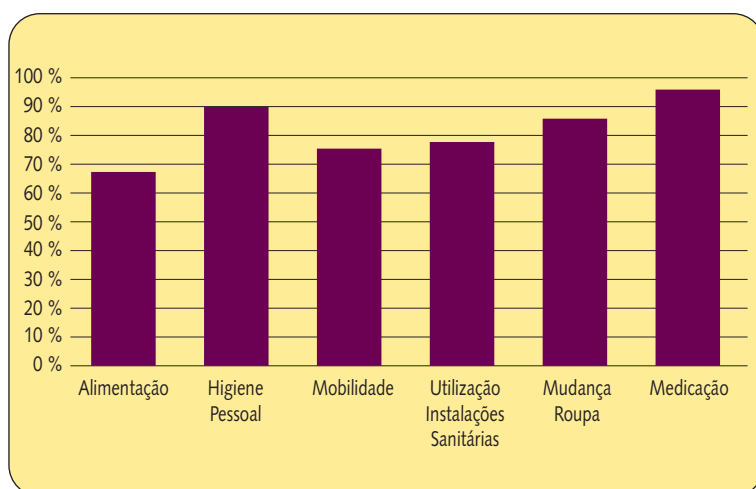
Fonte: GEP, Carta Social 2005.



Os utentes dependentes dos lares de idosos seleccionados, necessitam diariamente de apoio em praticamente todas as actividades de vida diária (AVD). As ajudas concretizam-se essencialmente em aspectos tão distintos como a alimentação, a higiene pessoal, a mobilidade, a utilização de instalações sanitárias, a mudança de roupa e a medicação.

O apoio ao nível da medicação, higiene pessoal e mudança de roupa é praticamente requerido pela totalidade dos utentes, embora os restantes tipos de ajuda sejam também uma rotina diária para sensivelmente 2/3 dos idosos institucionalizados.

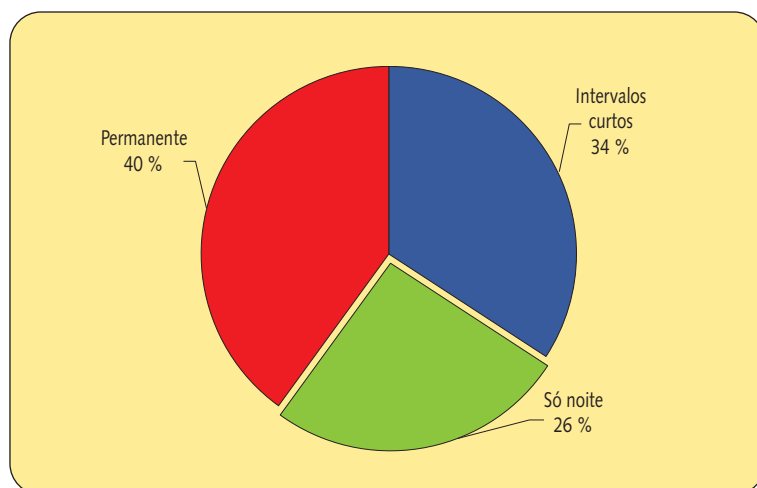
Figura 14: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos segundo as necessidades de ajudas diárias, 2005



Fonte: GEP, Carta Social 2005.

A necessidade de vigilância diária das pessoas em situação de dependência apresenta-se uma prática comum e constante nos lares de idosos estudados. A grande maioria dos utentes dependentes carece de atenção permanente, ou através de intervalos temporais reduzidos. Cerca um de em cada três idosos necessita de vigilância apenas no período nocturno.

Figura 15: Distribuição percentual dos utentes dependentes nos lares de idosos segundo a necessidade de vigilância, 2005



Fonte: GEP, Carta Social 2005.

Considerando que em muito casos a pessoa em situação de dependência encontra-se fragilizada não só a nível físico, como também psíquica e emocionalmente, procurou-se indagar de que forma algumas normas ou regras de funcionamento dos lares de idosos seleccionados, constituiriam boas práticas no que concerne ao conforto, relação com o meio exterior e privacidade dos utentes/clientes.

A informação disponível indicia que a generalidade das instituições estudadas autoriza o uso do telefone em privacidade, tem por hábito a auscultação regular dos idosos no que respeita à sua satisfação em relação aos serviços prestados e permite visitas de familiares ou amigos, embora a maioria o faça em regime condicionado/regulado.

De uma forma geral, a maioria das instituições confirma a existência de processos individuais, de um sistema de desenvolvimento individual de cada utente, bem como de uma relação dos bens que cada um levou consigo no momento da institucionalização. Não obstante estes aspectos positivos, ainda assim, cerca de 45 % dos lares inquiridos reconhecem não realizar reuniões formais periódicas com as famílias dos idosos dependentes.



Relativamente às respostas sociais que alegaram promover reuniões regulares com as famílias, a maioria fá-lo semestralmente.

Figura 16: Distribuição percentual dos lares de idosos com dependentes (respostas sociais seleccionadas) segundo o hábito de realização de reuniões com os familiares, 2005

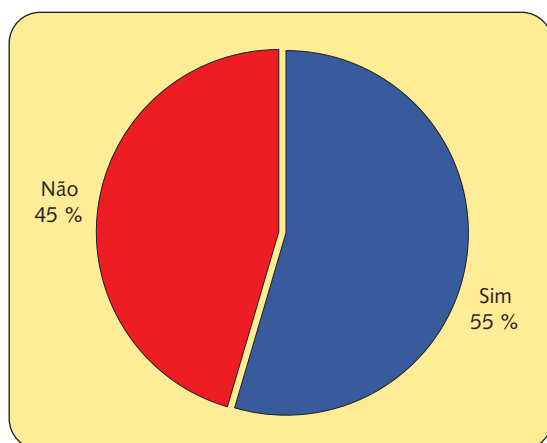
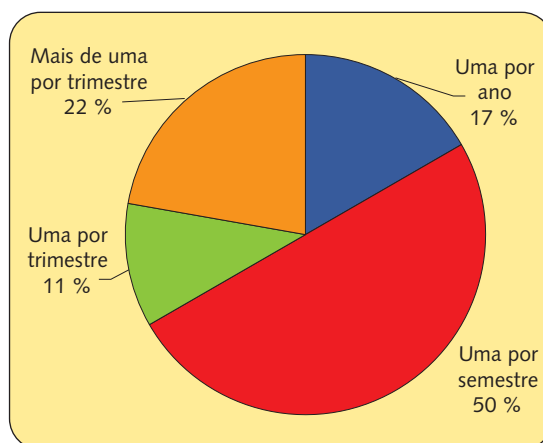


Figura 17: Distribuição percentual dos lares de idosos com dependentes (respostas sociais seleccionadas) segundo o número de reuniões com os familiares, 2005



Fonte: GEP, Carta Social 2005.

4. A Rede de Cuidados Continuados Integrados, um desafio do presente pensado para o futuro

Como tem sido demonstrado neste artigo, o fenómeno do envelhecimento da população é uma realidade na generalidade dos países desenvolvidos e apresenta-se como um desafio às políticas sociais dos Estados-Membros da União Europeia (UE). Em Portugal e segundo recentes projecções do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente atingirá o seu limite máximo dentro em breve, assistindo-se depois a uma progressiva redução populacional. Esta previsão de diminuição da população terá como consequência o envelhecimento populacional, aumentando de forma acentuada o peso dos cidadãos com mais de 65 anos na sociedade. Ainda segundo o INE, Portugal converter-se-á num dos países da UE com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050. Em virtude deste cenário, o número de idosos a viver só aumentará nos próximos anos, como aumentará também a incidência de doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes em consequência da idade.

Tendo por base as preocupações expressas no texto anterior, em 16 de Março de 2006 o Conselho de Ministros aprovou o diploma que instituiu a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes* (RNCCI), enquadrada juridicamente pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho. A RNCCI foi criada porque *"[...] verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida"*²⁰.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados, tutelada em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social é composta pelo conjunto das instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados, tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Esta rede destina-se a prestar apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social através de equipas multidisciplinares que actuam no terreno, em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde.

Por Cuidados Continuados Integrados entende-se *o conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. São os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e a pessoas em situação de dependência*²¹.

²⁰ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho, excerto do preâmbulo deste documento legislativo.

²¹ Conceito retirado de <http://www.arslvt.min-saude.pt/>.



A filosofia dos cuidados continuados integrados assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo-lhe, quando possível, recuperar a autonomia para as actividades da vida diária e reduzir o seu grau de dependência. Os cuidados continuados integrados iniciam-se com alta hospitalar, garantindo a continuidade do tratamento através da reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, ou no domicílio do doente, sendo neste caso, o apoio efectuado por equipas de cuidados domiciliários multidisciplinares e resultantes da articulação entre os Centros de Saúde e a Segurança Social.

A RNCCI é constituída por Unidades de Internamento: Unidades de Convalescença até 30 dias, Unidades de Média Duração e Reabilitação de 30 a 90 dias, Unidades de Longa Duração e Manutenção para internamentos superiores a 90 dias e Unidades de Cuidados Paliativos, destinadas a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa ou avançada, incurável e progressiva; Unidades de Ambulatório (Unidade de dia e de promoção da autonomia); Equipas hospitalares: Equipas de gestão de altas e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e Equipas Domiciliárias (Equipas de cuidados continuados integrados).

Pretende-se com a RNCCI promover as dinâmicas de parcerias regionais e locais entre entidades do sector público, privado não lucrativo e privado lucrativo, articulando de forma integrada e complementar, como já foi evidenciado, o Serviço Nacional de Saúde com o Sistema de Protecção Social.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados é uma iniciativa inovadora, criada em 2006 com experiência piloto, concretizando-se o seu alargamento apenas a partir de 2007. A RNCCI continua em 2008 em processo de desenvolvimento, tendo sido celebrados até esta data um número significativo de acordos (principalmente celebrados com instituições do sector social), no âmbito das Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos. Ao longo destes dois anos de funcionamento da Rede, os Ministérios da Saúde e do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social têm vindo a empreender uma acção conjunta que apoiou cerca de 15 mil utentes, tendo sido criadas até esta data, aproximadamente 3 mil camas. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, durante o 1.º semestre de 2008, 81 % dos doentes com alta da RNCCI, tiveram como destino o domicílio, dos quais, 67 % não continuaram a receber apoio por não ter sido identificada necessidade de continuidade dos cuidados.

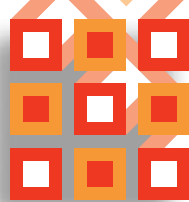
Em termos de capacidade instalada, o objectivo é constituir até 2016, 2787 Unidades de Convalescença, 3171 Unidades de Internamento de Média Duração, 8220 Unidades de Internamento de Longa Duração e 350 Unidades de Cuidados Paliativos. Prevê ainda o Ministério da Saúde, que o número de postos de trabalho alocados à prestação de cuidados no âmbito da RNCCI possa ser em 2016, de 40 mil a 50 mil.

A progressiva implementação destas novas respostas integradas, constitui inequivocamente uma dupla oportunidade: em primeiro lugar para as próprias pessoas em situação de dependência, quer essa incapacidade seja de carácter transitório, ou mais prolongado,

uma vez que têm agora acesso a um maior “leque” de opções de apoio, porventura mais adequadas e “feitas à medida” das suas necessidades clínicas e sociais; num segundo domínio, constituem também uma oportunidade para as instituições sociais do 3.º Sector, uma vez que estas organizações apresentam-se como parceiros privilegiados na implementação destas unidades, capitalizando já uma longa experiência e tradição ao nível das parcerias público-privado.

Tendo em consideração a complexidade do fenómeno da dependência, do seu carácter mais transitório, ou mais permanente e do nível ou tipo de autonomia que cada caso individual encerra, não parece crível, nem porventura adequado, que as novas respostas criadas no âmbito da RNCCI tenham por objectivo abarcar a totalidade da população dependente, não considerando as respostas sociais convencionais da Rede de Serviços e Equipamentos (RSES), como igualmente opções válidas para estas pessoas. Mesmo tendo em atenção que por razões de eventual sobreposição, algumas respostas da RSES, nomeadamente as dirigidas ao grupo alvo da dependência, poderão extinguir-se num futuro próximo, admite-se, que existirão sempre pessoas em situação de dependência a frequentar respostas convencionais da RSES, como por exemplo os lares de idosos, o serviço de apoio domiciliário ou as respostas dirigidas às pessoas com deficiência.

Considerando que em muitos casos, as instituições promotoras de respostas no âmbito da RNCCI e da RSES possam ser as mesmas ou congéneres, as relações entre as duas Redes tenderão mais para a complementaridade, do que para a sobreposição, sendo ainda espectável, como até desejável, que algumas das novas respostas integradas, criadas no âmbito da RNCCI, venham num futuro próximo a fazer parte das nomenclaturas e conceitos em acção social, integrando desse modo a composição e tipologia das respostas sociais da RSES.



5. Algumas conclusões

Em Portugal continua a subsistir um modelo misto de solidariedade na velhice e na dependência. Embora em processo de mutação progressiva, a rede informal, ancorada na família ou vizinhança, continua activa não existindo ainda, como noutros países, um problema de solidariedade intergeracional. A rede formal, baseada essencialmente nos apoios público-privados, pecuniários e/ou em espécie, desenvolvidos através das respostas da RSES e da RNCCI, tem vindo paulatinamente a reforçar não só a capacidade instalada, como os meios físicos, técnicos e humanos de apoio.

A investigação comprovou a existência de pessoas dependentes em todas as 17 respostas sociais da RSES estudadas e integradas nos cinco tipos diferentes de população alvo seleccionados, sendo que cerca de um em cada três utentes/clientes encontravam-se em situação de dependência ou de grande dependência.

A maioria da população com dependência inserida nos lares de idosos seleccionados (incluíam exclusivamente, em 2005, pessoas dependentes ou grandes dependentes), é caracterizada por ter ingressado no lar devido à incapacidade manifesta em gerir as suas actividades de vida diárias, necessitando diariamente de apoio em praticamente todas as AVD (as ajudas concretizam-se em aspectos como a alimentação, a higiene pessoal, a mobilidade, a utilização de instalações sanitárias, a mudança de roupa e a medicação), de vigilância diária constante e permanecem institucionalizadas no lar há mais de quatro anos.

A informação disponível indicia que a generalidade das instituições estudadas consente o uso do telefone em privacidade, tem por hábito a auscultação regular dos idosos no que respeita à sua satisfação em relação aos serviços prestados e permite visitas de familiares ou amigos, embora a maioria o faça em regime condicionado/regulado.

A maioria das instituições confirma ainda a existência de processos individuais, de um sistema de desenvolvimento individual de cada utente, bem como de uma relação dos bens que cada um levou consigo no momento da institucionalização.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados é a mais recente resposta pública-privada no âmbito do apoio às pessoas em situação de dependência. A filosofia dos cuidados continuados integrados assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo aos utentes da *Rede*, sempre que possível, a recuperação da autonomia para as actividades da vida diária, reduzindo assim o grau de dependência dos mesmos. O mérito da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social é inquestionável, tendo sido concebidas um conjunto de respostas integradas que visam apoiar o dependente desde o internamento ao regresso a casa. A Rede tem vindo a empreender um dinamismo assinalável e apresenta-se como uma mais-valia para as pessoas que usufruem dos cuidados e para as instituições que promovem estes serviços.

Referências Bibliográficas

- BOND, John *et al* (1993), *Aging in Society – an introduction to Social Gerontology*, (2th Ed), Sage Publications, London.
- CANTOR, M. (1992), *Aging and Social Care, Handbook of Aging and the Social Sciences*, Van Nostrand Reinhold Company, New York.
- CID – Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos, Grupo de Trabalho (2005), *Manual de boas práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência: para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*, ISSIP, Lisboa.
- DGEEP/MTSS (2006), *Confrontar a Transformação Demográfica: uma nova solidariedade entre gerações*, MTSS/DGEEP, Lisboa.
- DGEEP/MTSS (2007), *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2005*, DGEEP/MTSS, Lisboa.
- GIL, Ana Paula Martins (1999), *Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice*, Cadernos de Política Social – Redes e Políticas de Solidariedade, APSS, Lisboa.
- IDS (2002), *Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, IDS, Lisboa.
- IDS (2002), *Guia para a Intervenção com Maiores em Situação de Incapacidade*, IDS, Lisboa.
- INE (2004), *Decréscimo e Envelhecimento da População até 2050 – 2000-2050*, INE, Lisboa.
- INE (2002), *O Envelhecimento em Portugal, Situação Demográfica e Socio-Económica Recente das Pessoas Idosas*, INE, Lisboa.
- INE (2008), *Estatísticas Demográficas 2006, Destaque*, www.ine.pt, Lisboa.
- LITWAK, E. (1985), *Helping the Elderly, The Complementary Role of Informal Networks and Formal Systems*, The Guilford, New York.
- SÃO JOSÉ, José; WALL, Karin (2006), *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções*, Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Protecção Social, MTSS/DGEEP, Lisboa.
- SHANAS (1979), *The Family as a Support System in Old Age*, *The Gerontologist*, 19.
- VÉZINA, A. *et al.* (1994), *Recension des Écrits sur le Soutien à Domicile: La Personne Âgée et les Ressources Communitaires, des Acteurs Oubliés*, *Service Social*, vol. 43, n.º 1.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
Gabinete de Estratégia e Planeamento
www.gep.mtss.gov.pt