

ECONOMIA E SOCIOLOGIA

Modelos e Perspectivas de Relacionamento na SAÚDE

APRESENTAÇÃO • SOCIOLOGIA DA SAÚDE: DIFERENTES PERSPECTIVAS, DESDE A SUA GÊNESE ÀS MAIS RECENTES ORIENTAÇÕES • MITIGAR O RISCO E OS FENÓMENOS CONTINGENTES • OS SIGNIFICADOS PLURAIS DA ESPECIALIZAÇÃO EM DOR CRÓNICA PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS • CUIDADOS CONTINUADOS: UMA PRIORIDADE EM SAÚDE? • AS RELAÇÕES ENTRE OS AGENTES MÉDICOS E O PACIENTE: REFLEXÕES SOBRE O DISSSENTIMENTO (INFORMADO E ESCLARECIDO?) • ORIENTE E OCIDENTE NA ENCRUZILHADA DA SAÚDE? MEDICINA TRADICIONAL CHINESA *VERSUS* MEDICINA OCIDENTAL? • MEDICINA PARALELA E OS SABERES POPULARES • O GÉNERO E A PROFISSÃO DE TÉCNICO DE RADIOLOGIA • ÉTICA E EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE: A *CONSCIÊNCIA POSSÍVEL* • ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: *ALGUMAS PISTAS PARA APLICAÇÃO À SAÚDE* • A ENFERMAGEM E O PUZZLE DA RENOVAÇÃO DA «ORDEM DISCIPLINAR» • NORMAS, PRÁTICAS E TABUS RESPEITANTES À *FECUNDIDADE, GRAVIDEZ, PARTO E PRIMEIRA INFÂNCIA NAS SOCIEDADES MOÇAMBICANAS DE AGRICULTORES*. ALGUMAS NOTAS PRELIMINARES • LIVROS & LEITURAS



N.º 83

ÉVORA

2007

**GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E ACÇÃO SOCIAL
DO
INSTITUTO SUPERIOR ECONÓMICO E SOCIAL DE ÉvORA**

Cuidados continuados: uma prioridade em saúde? ¹

Maria Laurência Gemito²

Sílvia Mestre-Escola³

Carlos Alberto da Silva⁴

Inês Correia Massapina⁵

Resumo: Nas últimas décadas, as constantes alterações das condições de vida em Portugal, provocaram profundas transformações demográficas e determinaram novas necessidades, nomeadamente, para as pessoas mais idosas. O aumento da esperança de vida, o elevado número de idosos e os problemas de saúde específicos deste grupo etário tornam impreterível a necessidade de repensar o sistema de saúde português. Este cenário impõe uma reflexão conjunta de todos os actores da saúde, sejam estes, formais ou informais. A integração dos cuidados continuados na malha dos serviços prestados à população, parece ser uma proposta plausível para a melhoria dos cuidados.

Palavras-chave: Cuidados Continuados; Família; Idosos; Saúde.

Abstract: In the last decades, constants alterations and life conditions in Portugal, provoked deep demographic transformations and they determined new needs, for the most senior people. The increase of the life hope, high number of seniors and specific health problems of this group turn essential the need to rethink the portuguese system of health. This scenery impose an united reflection of all formal or informal health actors. The integration of continuous cares in the mesh of rendered services to the population, it seems to be a plausible proposal to improve better cares.

Keywords: Continuous Cares; Family; Senior; Health.

¹ O presente artigo é um extracto dum trabalho realizado pelos autores, no âmbito da equipa da Universidade de Évora/CISA do Projecto «Inovar e Harmonizar Estratégias Formativas e Conhecimentos em Saúde em Zonas Raianas- INFORraia» - Programa Interreg III - A, SP4.P37, em parceria com a Administração Regional de Saúde do Alentejo (Chefe de Fila), Sub-Região de Saúde de Castelo Branco, Sub-Região de Saúde da Guarda, Servicio Extremeño de Salud (SES) - Secretaría Técnica de Formación Investigación D*I.

² Doutoranda em Sociologia na Universidade de Évora, Professora na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus-Universidade Évora. E-mail: mlpg@uevora.pt

³ Doutoranda em Ciências da Saúde na Universidade de Évora, Professora na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus-Universidade Évora. E-mail: sescola@uevora.pt

⁴ Doutor em Sociologia, Professor Auxiliar com Agregação na Universidade de Évora, Departamento de Sociologia. E-mail: casilva@uevora.pt

⁵ Licenciada em Sociologia, Técnica Superiora do Hospital Espírito Santo de Évora. E-mail: incs.massapina@gmail.com

INTRODUÇÃO

As necessidades em cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada, determinaram o aparecimento de novas necessidades de saúde e de apoio social. Esta realidade exige alterações, ao nível das políticas de saúde, de solidariedade e a implementação de uma abordagem consentânea com a realidade actual.

As alterações da estrutura populacional conduzem-nos a uma nova conjuntura sociodemográfica. A velhice dependente vai ser o grande desafio já no início do milénio (Fernandes, 2001: 13).

As alterações demográficas e sociais impelem para a reflexão sobre novas formas de organização de cuidados; o envelhecimento da população propícia que as instituições prestadoras de cuidados ao indivíduo dependente (idoso ou doente crónico) revejam as suas práticas.

É neste contexto que surge a necessidade de respostas integradas que cabem no âmbito dos Cuidados Continuados.

O Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho (artigo 3.º), entende por Cuidados Continuados Integrados «O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrada na recuperação global 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».

Estes cuidados implicam uma «natureza multidisciplinar e intersectorial com áreas específicas de articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e rede social de apoio com projectos definidos de intervenção e gestão» (André, 2002: 44) e a sua prática assenta em três dimensões fundamentais: o paciente/utente, a família e os técnicos de saúde.

É relevante assimilar que todos os doentes que se incluem no âmbito dos cuidados continuados são pessoas que, por diversos motivos, já não necessitam de cuidados hospitalares, mas ainda não estão independentes/autónomas necessitando de apoios específicos, sendo desta forma indispensável reforçar as capacidades e competências das famílias e da comunidade para lidar com estas situações.

Salt (1991), Martins (2000) e Santos (2002), entendem que uma família, amigo, vizinho envolvidos no processo de cuidados é particularmente uma família, amigo, vizinho informados e activos, pessoas que não abnegaram de um dos seus principais papéis – o de dar assistência, sentindo-se útil e importante no cuidar daqueles que são, na maioria das vezes, a sua razão de ser e existir.

Tendo como base esta problemática, o presente estudo, desenvolvido pela Universidade de Évora, no âmbito do Projecto InforRaia, financiado pelo Programa INTERREG III-A, assenta em dois princípios fundamentais: «**Viver com qualidade e Morrer com dignidade**».

Com o intuito de traçar as orientações para um plano de acção na área dos cuidados continuados no Alentejo, no âmbito das famílias, amigos/vizinhos estabeleceram-se os seguintes Objectivos Estratégicos:

- Sensibilizar os actores do sistema de saúde para os princípios: «Viver com qualidade e Morrer com dignidade»;
- Orientar o sistema para uma focalização do papel da família, amigo/vizinho como cuidadores informais;
- Garantir os mecanismos adequados para uma consolidação da prática em parceria nos Cuidados Continuados.

Objectivos Gerais	Específicos
Caracterizar o estado de saúde em Portugal	– Conhecer as estratégias e prioridades do SNS; – Apresentar indicadores estatísticos sobre a temática em causa;
Definir «Cuidados Continuados» (CC)	– Recolher a legislação sobre cuidados continuados; – Identificar as redes de Cuidados Continuados já existentes; – Fazer relevar a importância/relevância da criação de uma Rede de Cuidados Continuados;
Definir «Família/amigo/vizinho Cuidadora»;	– Compreender/reconhecer a importância da acção da família, amigo/vizinho cuidadora;
Implementar uma articulação interinstitucional, através de uma intervenção comunitária	– Definir «Intervenção Comunitária»; – Identificar os «parceiros ideais» para uma intervenção comunitária no âmbito dos CC;
Apresentar as orientações para o desenho dum Plano de Intervenção «Continuidade de cuidados: prática em parceria com a família, amigo/vizinho»	– Articular todos os parceiros e actores para a prática de parceria com as famílias, amigos/vizinhos cuidadoras;

A primeira fase do estudo (fase I) correspondeu a um enquadramento socio-político da Saúde em Portugal. Pretendeu-se, por um lado, demonstrar que as questões basilares do presente estudo se enquadram, claramente, nas preocupações subjacentes no Plano Nacional de Saúde- Orientações Estratégicas 2004-2010; e, por outro, realçar as estatísticas que nos apresentam o «estado de saúde» português.

Na segunda fase, definiram-se em concreto os conceitos «Cuidados Continuados» e «Família Cuidadora» demonstrando a necessidade de articular estas duas realidades a favor do bem-estar do doente e da melhoria e bom funcionamento do Sistema de Saúde Português.

A fase III ocupou-se do desenho das orientações gerais para uma proposta de Plano de Intervenção para a Implementação de uma REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS – «Continuidade de cuidados: prática em parceria com a família e outros cuidadores informais».

No presente artigo são apresentados, ainda que de forma sumária, alguns dos aspectos acima referidos.

SAÚDE EM PORTUGAL – UM PROCESSO EM MUDANÇA

O perfil demográfico de Portugal segue o dos restantes países ocidentais da Europa, caracterizado por um aumento da esperança de vida à nascença. Em 2000/2001 a esperança de vida dos portugueses, à nascença, era de 76,9 anos para ambos os sexos, contudo, abaixo da média europeia, que se situa nos 78,2 anos (Ministério da Saúde, 2004).

Um dos aspectos relevantes que se destaca na evolução da demografia portuguesa é o fenómeno do duplo envelhecimento da população, em que paralelamente ao aumento da esperança de vida, ocorreu uma diminuição considerável do número de nascimentos, essencialmente a partir da década de 60, que concorreu para o eclodir de um novo fenómeno, designado por envelhecimento demográfico, de onde resultaram consequências demográficas, sociais, económicas, políticas e ao nível da saúde.

Com base nos dados dos últimos censos, 16,4% da população corresponde ao grupo das pessoas com 65 e mais anos, prevendo-se que este grupo atinja em 2050, 31,8% do total da população. É previsível que a população idosa ultrapasse em número a população jovem entre 2010 e 2015 (INE, 2001). As previsões das Nações Unidas apontam que, até 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos alcançará o maior número desde sempre (Fernandes, 2001).

A realidade da saúde em Portugal tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, em parte pelo aumento da esperança média de vida e envelhecimento da população e por outro lado pela evolução da epidemiologia de algumas patologias, consequência dos avanços da tecnologia e da saúde em geral.

Os avanços técnicos e científicos em todas as áreas da medicina e ciências afins promoveram uma esperança de vida progressivamente maior.

O crescimento contínuo do segmento da população com idades mais avançadas implica cuidados especiais, consequência das limitações que lhe estão

associadas, determinando o envolvimento da sociedade no apoio aos idosos e família.

O envelhecimento da população é, sem dúvida, uma aspiração natural de todas as sociedades, pelo que o incremento de esforços contínuos para prolongar a vida humana, torna imperativo, a adequação das condições para que os idosos passem a ter qualidade de vida e bem-estar.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2004:13), o «Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, assenta em três pilares fundamentais:

- promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida;
- maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas».

A crescente preocupação com a rapidez e magnitude que o envelhecimento da população está a alcançar, é objecto de discussão mundial.

A manter-se esta tendência o cenário para as próximas décadas afigura-se como sendo Portugal um dos países com maior percentagem de idosos da UE.

A reforma dos cuidados de saúde justifica-se pelas alterações daí decorrentes. A política nacional deve acompanhar estas transformações, delineando-se como uma das prioridades o investimento na saúde, pelo impacto que o envelhecimento e as doenças crónicas têm na saúde dos portugueses. Esta, deve adaptar-se ao perfil destes «novos doentes», cada vez mais envelhecidos, com patologias crónicas evolutivas, tendentes à incapacidade e dependência, progressiva ou permanente.

Perante esta realidade, parece ser de estimar que nas próximas décadas aumentem consideravelmente as necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado de prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau incapacitante, as quais requerem, mudanças das políticas de saúde e de solidariedade social.

Nos Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas (2002), foram evidenciados alguns pontos importantes, nomeadamente: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade. As pessoas idosas deverão poder usufruir da protecção da família/comunidade bem como dos cuidados, de acordo com o sistema de valores da sociedade em que estão inseridos. Incumbe aos serviços de cuidados de saúde a responsabilidade pela manutenção ou recuperação do mais alto nível de bem-estar e evitar ou retardar o aparecimento de doenças.

Situações, de maior risco ou vulnerabilidade, exigem que se diferenciem e se personalizem as respostas de cuidados de saúde, de acordo com as condições peculiares dos seus destinatários. Uma das respostas diferenciadas é determinada pelas necessidades específicas das pessoas idosas e das pessoas com elevado grau de perda de autonomia, as quais obrigam, na organização social actual, a um processo integrador de duas dimensões indissociáveis: a da saúde e a da segurança social.

As consequências directas destas mudanças resultam num aumento significativo da afluência aos cuidados de saúde, por parte dos mais velhos.

CUIDADOS CONTINUADOS – UMA ESTRATÉGIA EM SAÚDE

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado sentem necessidade de se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos.

Parece ser consensual que as pessoas idosas em risco acrescido, seja ele temporário ou permanente, exigem uma especial atenção, quer em termos da organização dos próprios cuidados, quer no que diz respeito à recuperação, através de respostas adequadas e integradas por parte dos serviços de saúde e sociais.

O impacto do envelhecimento da população, aliado à mudança de perfil de patologias e da estrutura familiar concorre para a necessidade de alterações na forma de prestação de cuidados de saúde. Estes devem responder às necessidades sucedâneas do envelhecimento da população e dos cidadãos em situação de dependência.

Segundo André (2002) citando Silva e Coelho, existe uma grande escassez de serviços vocacionados para cuidar de pessoas em situação de dependência e escassez de respostas organizadas, decorrentes de altas hospitalares e de situações em que a componente social é relevante.

É inequívoco que a existência de um paradigma com uma visão redutora da prestação de cuidados é desajustada a esta realidade, evidenciando-se a urgência do envolvimento e compromisso de todos os parceiros, incitando a uma atitude favorável à mudança e inovação.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 desperta para o facto do sistema de saúde ter que se adaptar, para dar resposta às novas necessidades de saúde da população, incluindo as decorrentes da última fase da vida, desenvolvendo o tratamento da dor e os cuidados paliativos, bem como a necessidade de reforçar a implementação de respostas em matéria de cuidados de longa duração.

Tendo subjacente esta filosofia, o Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, dá início à

intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados continuados de saúde, dirigidos à pessoa em situação de dependência, de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem.

As orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, têm como finalidade promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e reforçar as competências e capacidades das famílias, privilegiando, sempre que possível, a prestação de cuidados no domicílio. Segundo o despacho, são considerados grupos alvo da intervenção «as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravada por: isolamento geográfico (...); doença crónica (...); situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio; deficiência física ou mental; internamento institucional indevido (...); alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e ou de apoio social e inexistência ou insuficiência de apoio diurno ou nocturno.» Este documento identificou três tipos de respostas às necessidades destes grupos alvo: apoio social, cuidados de saúde continuados e as respostas integradas que compreendem o apoio domiciliário integrado (ADI) e as unidades de apoio integrado (UAI).

Os cuidados continuados são uma prioridade identificada no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 do Ministério da Saúde, que faz referência à Rede de Cuidados Continuados aprovada em 2003, pelo Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, e no capítulo das orientações estratégicas e intervenções necessárias prevê o desenvolvimento desta rede através de «uma correcta articulação com as entidades referenciadoras (hospitais ou centros de saúde da área geográfica) e com os serviços responsáveis pela continuidade dos cuidados (Unidade de Internamento, Unidade de Recuperação Global e Unidade Móvel Domiciliária)» e «incrementar a ligação dos serviços prestadores de cuidados de saúde do SNS e IPSS» (Plano Nacional de Saúde 2004/2010, Vol. II – Orientações estratégicas, p. 161).

Recentemente, o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, pretende encontrar novas e diversificadas respostas, consentâneas com as novas necessidades de saúde e sociais.

Estipula a necessidade de reforçar a promoção da autonomia e a participação dos destinatários com o reforço das capacidades e competências das famílias, de forma a uma articulação entre a vida familiar e profissional. O presente Decreto-Lei cria a «Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados», no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

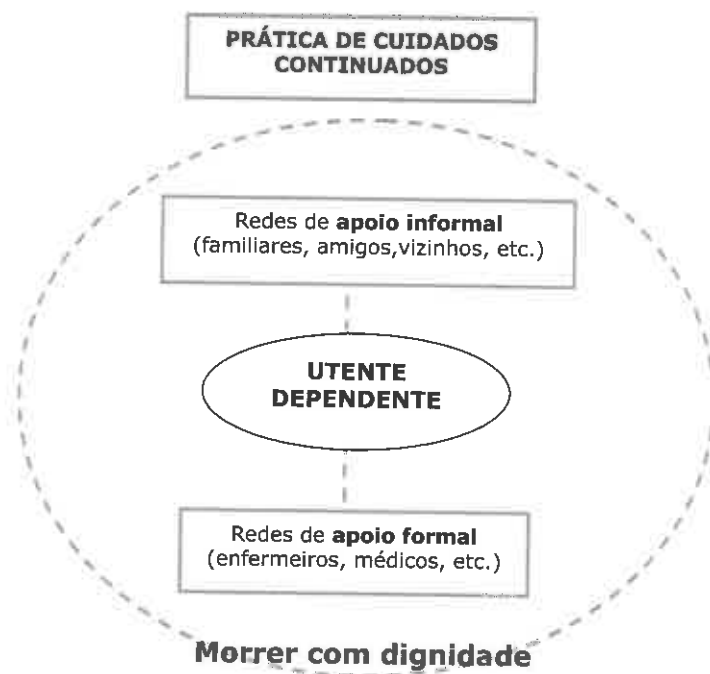
Esta Rede é constituída por «unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária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

Os *Cuidados Continuados Integrados* são entendidos como «o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrada na recuperação global 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».

O objectivo da *Rede* consiste na prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, tendo ainda previsto a progressiva cobertura das necessidades em Cuidados Paliativos.

A prestação de Cuidados Continuados Integrados deverá ser assegurada por Unidades de Internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos); 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 e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

FIGURA 1 – Pressupostos da Prática de Cuidados Continuados



FONTE: Relatório do Projecto InforRaia (2006).

Os Cuidados Continuados requerem então, um trabalho intersectorial e em equipa multidisciplinar e de articulação entre os vários parceiros da comunidade, quer sejam formais ou informais, visando a continuidade dos cuidados e conciliando cuidados de saúde e apoio social.

Deverão ser desenvolvidos esforços no sentido de promover a autonomia dos idosos e dos indivíduos em situação de doença, incentivando o envolvimento da família, o que requer abordagens muito específicas e respostas multi e interdisciplinares.

O apoio às famílias deverá ser equacionado e revisto, de forma a capacitá-las e fornecer o suporte necessário.

A comunidade é inquestionavelmente um espaço privilegiado para desenvolver um modelo de intervenção em cuidados continuados, pois permite uma aproximação à comunidade local, promovendo a cidadania e valores da solidariedade social, intervindo numa perspectiva sistémica e holística.

A FAMÍLIA – PARCEIRA NOS CUIDADOS

O sistema de saúde só fará sentido se o seu foco de atenção se centrar no cidadão e na sociedade. Qualquer um destes componentes é capital para a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos.

Em saúde, o conceito de qualidade supõe, um sistema de prestação de serviços, onde o indivíduo, doente ou saudável, se situa no centro do sistema, assumindo um papel activo.

Desta forma, prevê-se indispensável a participação e a responsabilização do indivíduo na promoção da sua própria saúde, tornando-se um elemento primordial do sistema de saúde, participando activamente no seu desenvolvimento.

Esta conjuntura abandona completamente as políticas geronto-sociais até então imperantes, que se apoiam essencialmente em dois alicerces, instituições e apoio domiciliário, omitindo de todo o envolvimento da família.

O papel dos profissionais de saúde que exercem funções ao nível do Centro de Saúde na sinalização e referência dos casos a integrar nos programas de cuidados continuados é inquestionável.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) preconiza que o Sistema de Saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades. Esta é também a filosofia subjacente à Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde, sobre cuidados primários de saúde, em Alma-Ata (1978), recomendando que os cuidados primários de saúde constituam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, cabendo esta responsabilidade aos centros de saúde.

Segundo o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, os centros de saúde têm como atribuições a promoção da saúde, através de acções de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença, quer na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade dos cuidados sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados (Despacho Normativo n.º 97/83).

Para além das instituições formais, Centros de Saúde e Hospitais, não deve ser descurado o papel das instituições comunitárias de apoio e os familiares e vizinhos, na sinalização de situações que carecem deste tipo de cuidados, daí a necessidade de trabalhar em equipa interdisciplinar e promover um trabalho em parceria e em articulação com os diferentes recursos da comunidade.

Os indivíduos idosos e/ou dependentes, a família, os outros prestadores de cuidados informais, os prestadores formais e a comunidade podem desempenhar um papel no processo de *empowerment* relativo à sua saúde.

As estratégias para o *empowerment* comunitário das pessoas idosas e dos prestadores de cuidados no futuro passa por «*ajudar as pessoas a ter hipóteses de escolha, a ter voz, oportunidades, confiança, elevada auto-estima e auto-eficácia, informação e ainda uma atitude não-gerontista por parte de todos nós*» (Squire, 2004: 365). Os idosos e/ou a pessoa com dependência e os seus prestadores de cuidados têm de ter a capacidade para aproveitar melhor todos os recursos existentes, de forma a assumirem o controlo da sua vida e da sua saúde.

A filosofia subjacente aos cuidados continuados, enfatiza a manutenção do indivíduo no seu meio ambiente e familiar, recorrendo aos prestadores de cuidados formais em situações que assim o exijam, quer ao nível dos cuidados de saúde como do apoio social. A garantia da continuidade dos cuidados só é possível quando existe uma resposta consentânea com as necessidades do indivíduo/família, pelo que é determinante conhecer a dinâmica familiar e o contexto social envolvente.

Uma das grandes vantagens das redes de apoio informal consiste na possibilidade da pessoa dependente poder ser cuidada no seu lar, no meio dos que lhe são próximos sem ter que se desenraizar do seu meio com todos os benefícios psicossociais subjacentes. No entanto, há que ponderar situação a situação per si (Augusto e Carvalho, 2002).

Concomitantemente ao envelhecimento da população, a sociedade sofreu outras alterações, ao nível da economia, saúde, trabalho, educação, entre outras, em que a cooperação de todos os membros da família, incluindo o elemento feminino, é insubstituível. A entrada da mulher no mercado de trabalho, acarreta alterações no seu papel tradicional de prestação de cuidados aos idosos.

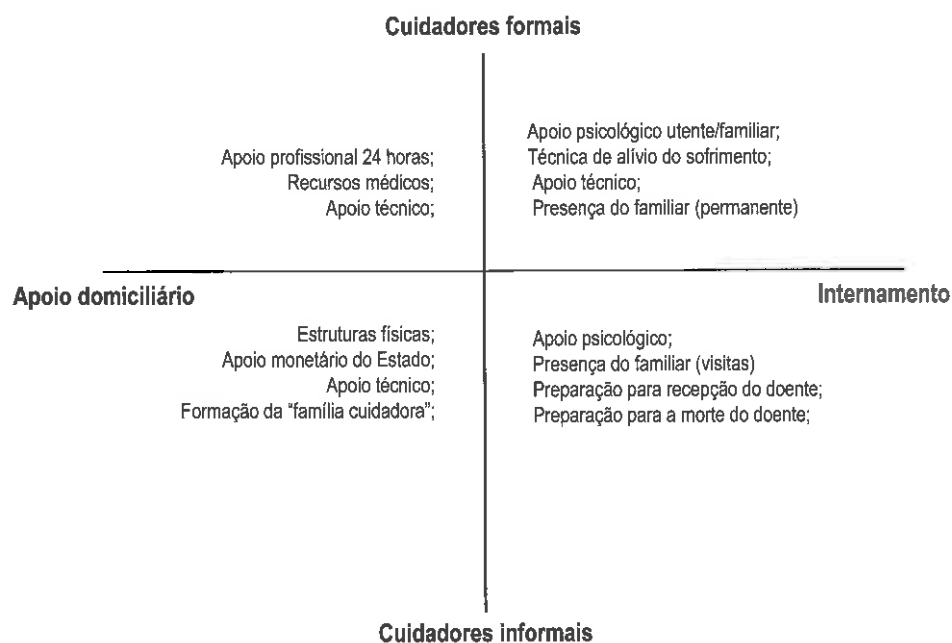
Ana Paula Relvas refere que, há décadas atrás, a função da mulher na família era cuidar do marido, dos filhos, dos doentes e dos idosos. Hoje em dia,

sobretudo nas sociedades ocidentais, esta imagem da mulher na família parece estar desajustada. Não significa porém, que a mulher se tenha libertado do seu papel tradicional na família. Segundo a mesma autora, as estatísticas parecem confirmar que a mulher continua a ser a principal prestadora de cuidados na velhice e na doença, tanto dos seus familiares consanguíneos como por afinidade (Relvas, 2002).

A definição de novos papéis sociais, tais como a entrada da mulher no mercado do trabalho, a maior longevidade alcançada na esperança de vida e a modificação da estrutura familiar, são razões suficientes para a importância da criação de uma rede estruturada de prestação de cuidados ao idoso ou à pessoa com doença crónica.

A permanência do doente no ambiente familiar, tem aumentado a consciência da extensão e importância da família como cuidadora, responsabilizando-a pela prestação de cuidados, sem primeiro se proceder a uma avaliação, no sentido de verificar se reúne condições, para assumir esta responsabilidade, sem que haja comprometimento do equilíbrio familiar e da continuidade dos cuidados (Veríssimo, 2004).

FIGURA 2 – Articulação das estratégias de apoio em Cuidados Continuados



FONTE: Relatório do Projecto InforRaia (2006).

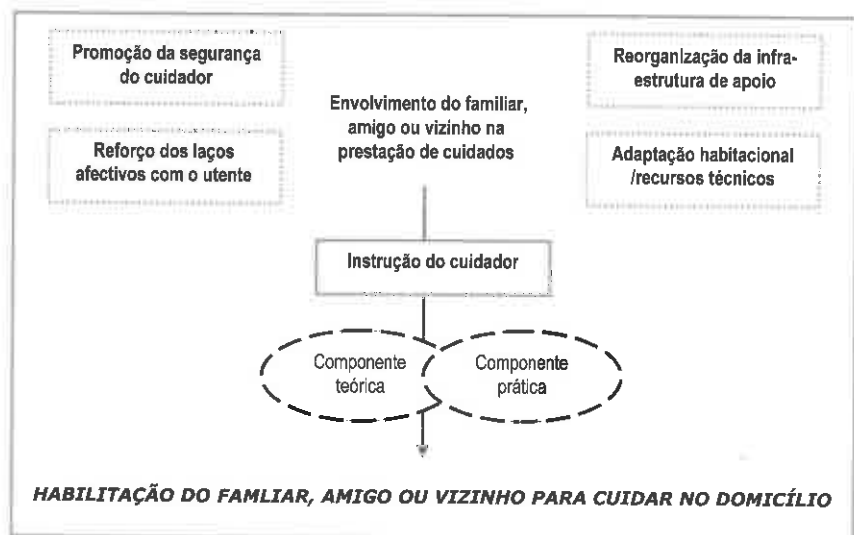
Segundo Cabrita (2004) o trabalho das equipas de Cuidados Continuados deve incluir sempre o utente e a família na tomada de decisões e nos cuidados, constituindo estes a *unidade de cuidados*. Esta equipa ao envolver a pessoa que necessita de cuidados e a família, encara a mesma como uma unidade capaz de mudança e com capacidade de adaptação à nova realidade, pelo que toda a intervenção deve ser orientada para o auto-cuidado.

A prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório constitui-se como a forma mais humanizada de resposta, mas requer a articulação dos parceiros (formais e informais) que constituem a rede, de forma a promover a efectiva continuidade dos cuidados.

As actuais políticas de saúde despertam para a necessidade de formação dos prestadores de cuidados informais (família, amigos e vizinhos), como garantia da prestação de cuidados no domicílio.

O sucesso da recuperação do doente no domicílio está condicionado pela formação das pessoas (cuidadores informais) para a prestação de cuidados. À equipa multiprofissional compete identificar as capacidades e competências dos cuidadores informais, tendo em conta o nível de conhecimento. Desta forma, a equipa de saúde, deve proceder ao acompanhamento do doente no domicílio, para avaliar os cuidados prestados e o apoio necessário. Esta avaliação deve ser sistemática, durante todo o processo de doença, uma vez que as necessidades do momento vão sofrendo alterações ao longo do processo.

FIGURA 3 – Qualificar o cuidador informal



FONTE: Relatório do Projecto InforRaia (2006)

O cuidador informal deverá possuir noções básicas sobre os cuidados a prestar e compreensão mínima do processo que o doente irá enfrentar. A sua função deverá basear-se no auxílio e na atenção adequada à pessoa que apresenta limitações para as actividades básicas e instrumentais da vida diária, promovendo a independência e autonomia do doente/família.

A «prática de parceria com a família» envolve a partilha de conhecimentos e experiências que potenciem um reforço das práticas de cuidados numa maior colaboração e uniformização entre os actores envolvidos, cuidadores formais e informais. Esta intervenção tem subjacente o bem-estar do doente e, em particular, uma abordagem aos cuidadores informais enquanto parceiros do cuidar e, também, enquanto receptores de cuidados, uma vez que, este acompanhamento e apoio concorrem para a redução da ansiedade dos cuidadores, ajuda a manter os laços afectivos interfamiliares, prevenindo a ruptura com o meio psicossocial.

Reunidas as condições físicas suficientes para que os familiares, amigos e vizinhos possam permanecer junto dos utentes e identificadas as suas necessidades individuais de formação, os cuidadores formais, entre os quais os enfermeiros podem planear atempadamente as altas ensinando os referidos familiares e outros cuidadores informais, promovendo acções programadas de informação, demonstração e treinos de actividades, preparando-os para a continuidade da assistência no domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática do envelhecimento tem vindo a ganhar representatividade em todo o mundo, essencialmente nos países desenvolvidos, a que Portugal não ficou alheio. Assiste-se a um aumento cada vez maior da esperança de vida da população, que por um lado conduz a uma população com maior número de idosos e por outro, a um aumento das causas de morte por doenças do foro oncológico.

No caso dos idosos, com o avançar da idade começam a surgir, infalivelmente, alterações no seu estado de saúde que, apesar de não serem exclusivamente atribuídas a este grupo etário, são efectivamente, mais frequentes no idoso. Esta realidade reflecte-se na prestação de cuidados que apresentam especificidades, podendo ou não ser concretizados dentro das estruturas hospitalares, isto é, nem sempre se verifica a necessidade de internamento. Concludentemente, torna-se elementar identificar e reconhecer quais os cuidadores responsáveis por estes indivíduos e identificar/colmatar as suas necessidades.

Desta forma, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho) tem como objectivo a prestação de cuidados continuados integrados, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, com vista à melhoria das suas condições de vida e bem-estar, prestados essencialmente no domicílio, com o suporte necessário e adequado a cada situação, promovendo o apoio aos prestadores de cuidados informais e a respectiva qualificação na prestação dos cuidados.

Assim sendo, as novas necessidades sociais que emergem, designadamente, do aumento da longevidade, da alteração da estrutura familiar e de alterações demográficas, tais como as relativas aos fenómenos de concentração urbana e de desertificação rural, vêm determinando o estabelecimento de medidas que promovam acções concertadas em relação às pessoas em situação de dependência, por motivos de doença, convalescença ou deficiência. Por outro lado, a prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece como a forma mais humanizada de resposta, mas exige o estabelecimento de **redes sociais de apoio integrado** que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais (Despacho conjunto n.º 407/98.)

De relevar que os cuidados específicos prestados durante o internamento nem sempre cessam após a alta hospitalar. Os cuidadores informais devem, por isso, acompanhar e apoiar os pacientes dependentes, incapazes de se auto cuidar, ainda durante a sua estadia no hospital, assumindo uma participação activa e integrada nos seus cuidados. O seu envolvimento no processo de cuidados é preponderante para a continuação dos cuidados do paciente no seu domicílio.

Contudo, a «**prática de parceria com a família**» implica a partilha de conhecimentos e experiências que potenciem um reforço das práticas de cuidados numa maior colaboração e uniformização entre os actores envolvidos, **cuidadores formais e informais**. Esta intervenção visa, de forma geral, o bem-estar do doente e, em particular, uma abordagem aos cuidadores informais enquanto parceiros do cuidar e, também, enquanto receptores de cuidados uma vez que este acompanhamento e apoio contribui para a redução da ansiedade dos cuidadores, ajuda a manter os laços afectivos interfamiliares, evitando a ruptura com o meio psicossocial.

Reunidas as condições físicas suficientes para que os familiares, amigos e vizinhos possam permanecer junto dos utentes e identificadas as suas necessidades individuais de formação, os cuidadores formais, entre os quais os enfermeiros podem planear atempadamente as altas ensinando os referidos familiares e outros cuidadores informais, promovendo acções programadas de informação, demonstração e treinos de actividades, preparando-os para a continuidade da assistência no domicílio.

Em função do exposto, sugere-se a concepção de uma proposta de plano de intervenção que contemple a **Promoção da Continuidade de Cuidados: uma prática em parceria com os cuidadores informais (família, amigos e vizinhos)**, por forma a reforçar a cooperação institucional e as práticas em parceria com os familiares e outros cuidadores informais durante o internamento e no domicílio, que promova a qualidade da continuidade de cuidados após a alta hospitalar do utente.

Os cuidados continuados integrados não fazem sentido se forem encarados de forma parcelar e reducionista, mas sim, numa visão global e humanizada que situa o indivíduo no centro do processo.

Linhas gerais da proposta de orientação para a acção

- 1. População-alvo:** prestadores de cuidados formais, familiares e outros cuidadores informais de utentes internados dependentes na satisfação de pelo menos uma das suas necessidades humanas básicas (higiene, mobilização, eliminação e alimentação) e que no decurso do internamento se identifique a necessidade de assegurar a continuidade de cuidados após a alta.
- 2. Metodologia:** A estratégia que se propõe baseia-se numa metodologia participativa, cujo objectivo consiste em fomentar o trabalho em equipa, facilitando uma partilha de conhecimentos e uma maior colaboração inter-institucional que permita não só uma melhoria ao nível da qualidade de vida do doente incapacitado, mas também procura proporcionar em simultâneo uma valorização do cuidadores formais e informais nos contextos hospitalares, centros de saúde e no domicílio.

As linhas gerais da proposta de plano de acção é conforme a uma matriz de enquadramento lógico que se apresenta em seguida, onde se encontram especificadas as sugestões para cada área de intervenção que nos parece pertinente desenvolver para dinamizar uma política de cuidados continuados de qualidade no Alentejo:

- A – Dinamizar a Cooperação Institucional.
- B – Inovar a Formação Continua.
- C – Reforçar as Práticas de Investigação.

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Meios de Verificação	Resultados Esperados	Recursos
Dinamizar a Cooperação Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer e/ou Identificar os Cuidadores informais (familiares, vizinhos, amigos, etc) como insituição a envstuição na prestação de cuidados continuados - Fomentar a partilha de conhecimentos e experiências entre os cuidadores formais e informais e as entidades envolvidas (Centros de Saúde, Hospitais, Rede Regional de Cuidados Continuados, etc.); - Promover a aquisição de conhecimentos e práticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de contactos realizados entre os actores envolvidos. - Número de participações das equipas e dos familiares nos cuidados prestados; - Número de reuniões concretizadas entre os actores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da colaboração entre Hospitais/Centros de Saúde/ Cuidadores Informais; - Visitas inter-hospitalares e CS. - Reuniões periódicas entre Equipas e Cuidadores Informais - Secções de divulgação e debate de conhecimentos e experiências na Rede Regional de Cuidados Continuados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios das visitas realizadas. - Registos das reuniões e secções de debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um maior dinamismo e melhor actuação na prestação de cuidados; - Uniformizar a prestação dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brochuras, cartazes e folhetos de divulgação e promoção sobre a cooperação institucional.
Inovar a Formação Contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver Acções de Formação para uniformização de critérios didáctico-pedagógicos das práticas de cuidados (cuidadores formais e informais); - Promover a actualização de conhecimentos e aprendizagem contínua ao longo da carreira (cuidadores formais); - Proporcionar um estreitamento nas relações entre Cuidadores formais/Cuidadores informais/Hospital /Centros de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de acções de formação, propostas por temática de interesse. - Número de acções de formação presencial. - Número de Acções de formação em serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico das necessidades de formação. - Concepção dos planos de formação consoante as temáticas referidas pelo diagnóstico. (Ex.: cuidados de higiene e conforto e posicionamentos - cuidados de alimentação no caso dos doentes com sondas - eliminação, no caso dos doentes que necessitam de algalias - quais os recursos da comunidade, como e a quem recorrer, em que situações, - como se articulam - sobre a doença e a terapêutica) 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de momentos de avaliação. - Relatórios das actividades. - Reuniões periódicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação das necessidades de formação e actualização contínua de conhecimentos para uma melhor prestação de serviços de cuidados continuados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Material didáctico de suporte às acções de formação disponibilizadas pelas instituições escolares a envolver. - Outros materiais de apoio disponibilizados através da página Internet do projecto.
Reforçar a Investigação	<ul style="list-style-type: none"> - Promover investigação na área dos Cuidados Continuados - Adquirir novos conhecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de reuniões e jornadas e <i>workshops</i> realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jornadas, <i>Workshops</i> e outras reuniões de grupos de trabalho com debate de ideias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos trabalhos desenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um núcleo de investigação. - Debates periódicos de novas ideias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação de resultados com recurso às novas tecnologias.

Bibliografia

- ANDRÉ, Carlos (2002): «Cuidados Continuados um Modelo de Intervenção na Comunidade», *Sinais Vitais*, 44: 40-44.
- ANSARI, Walid El, PHILLIPS, Ceri J. and HAMMICK, Marilyn (2001): «Collaboration and partnerships: developing the evidence base», *Health and Social Care in the Community*, 4: 215-227.
- BERNARDO, Maria Helena Cabete (1996): «Algumas Considerações sobre Acção Social e Assistência Domiciliária», in BONFIM et al., *População Idosa, Análise e Perspectivas- A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social (Núcleo de Divulgação Técnica e Divulgação).
- BRIS, Hannelore Jani-Le (1994): *Responsabilidades Familiares pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*. Lisboa: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- CABRITA, Maria José Simões Neto (2004): «O Envelhecimento e os Cuidados Continuados», *Servir*, 52-1: 11-18.
- CALVÁRIO, Ascensão; IRMA, Brito e BRITO, Luísa (1999): «Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes», *Referência*, 3: 15-21.
- DAVEY, Barbara et al. (2005): «Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people», *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19(1): 22-35.
- DEWAR, Steve (2000): «Collaborating for quality: the need to strengthen accountability», *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 14(1): 31-39.
- FERNANDES, Ana Alexandre (2001): «Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social», *Sociologia (Problemas e Práticas)*, 36: 39-52.
- FERNANDES, Ana Alexandre (2001): «Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida». *Sociologia* [online]. Set. 2001, n.º 36: 39-52. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>
- GEMITO, Maria Laurência Parreirinha (2004): *O Quotidiano Familiar do Idoso numa Freguesia Rural do Alentejo*, Dissertação de Mestrado em Sociologia. Évora: Universidade de Évora (policopiado).
- GIL, Ana Paula Martins (1999): «Redes e Políticas de Solidariedade – Globalização e Política Social», *Cadernos de Política Social*, 1: 93-114.
- GRAHAM, Nori (2003): «Dementia and family care: the current international state of affairs», *Dementia*, Vol. 2(2): 147-149.
- HULTBERG, Eva-Lisa and ALLEBECK, Peter (2005): «Interdisciplinary collaboration between primary care, social insurance and social services in the rehabilitation of people with musculoskeletal disorder», *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19(2): 115-124.
- IMAGINÁRIO, Cristina (2004): *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999): *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos, 83. Lisboa: INE.

- MCWILLIAM, Carol L. *et. al.* (2003): «Building empowering partnerships for interprofessional care», *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 17(4): 363-377.
- MORROW, Gillian; MALIN, Nigel and JENNINGS, Trudie (2005): «Interprofessional teamworking for child and family referral in a Sure Start local programme», *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19(2): 93-101.
- NAZARETH, J. Manuel (1993): «O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa», *Economia e Sociologia*, 56: 5-25.
- PAÚL, Maria Constança (1997): *Lá Para o Fim da Vida*. Coimbra: Almedina.
- PIMENTEL, Luísa (2005): *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.
- QUARESMA, Maria de Lourdes Baptista e BERNARDO, Maria Helena Cadete (1996): «Cuidados a Idosos-Formação para Apoio às Famílias », in BONFIM *et al.*, *População Idosa, Análise e Perspectivas – A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social (Núcleo de Divulgação Técnica e Divulgação).
- RELVAS, Ana Paula e ALARCÃO, Madalena (2002): *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- SILVA, Ana; FERREIRA, Carla e FORMIGO, Célia (2002): «Prestação de Cuidados de Enfermagem no Contexto dos Cuidados Continuados», *Informar*, 27: 60-64.
- SILVA, Carlos *et al.* (2006): *Políticas e Práticas de Intervenção Comunitária. Proposta de Orientações Estratégicas para a Promoção e Dinamização da Continuidade de Cuidados em Parceria com os Cuidadores Informais no Alentejo. Relatório de Investigação*. Projecto «Inovar e Harmonizar Estratégias Formativas e Conhecimentos em Saúde em Zonas Rurais – INFORraia» – Programa Interreg III – A, SP4.P37.
- VERÍSSIMO, Cristina Maria Figueira e MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges (2004): «Os Cuidadores Familiares/Informais-Cuidar do Doente Idoso Dependente em Domicílio», *Pensar Enfermagem*, 8 (1): 61-65.

Outros documentos

- Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º 407/98, publicado no *DR*, II série, n.º 138 de 18 de Junho de 1998.
- Decreto-Lei n.º 281/2003, publicado no *DR*, série I-A, n.º 259 de 8-11-2003.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho – Ministérios da Saúde, Trabalho e Solidariedade Social.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Página-internet, <http://www.ine.pt>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Saúde, Doc. de Trabalho – 11.02.2004.