



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

António Duarte

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



Cadernos do GREI n.º 5

OUTUBRO 2013

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

O papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

Introdução.....	5
1. O envelhecimento: dados demográficos e consequências sociais.....	7
2. A solidão: fator de risco no emergir da depressão.....	10
3. <i>O envelhecimento como parte integrante do ciclo de vida</i>	12
4. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos	16
5. A evolução do sistema nacional de saúde e o surgimento da RNCCI.....	18
Reflexões finais.....	21
Bibliografia.....	23



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

FICHA TÉCNICA

Título: Cadernos do GREI

Edição de: GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

*Urb. Vale da Amoreira, lote 5 - 4.ª dt.ª:
8005-334 FARO*

grei.grupo@gmail.com www.grei.pt

Capa: adaptada de “Velha estrelando ovos” de Diego Velásquez

Coordenação editorial: Carlos Marques Simões

Grafismo e paginação: Sandra Sousa

Data: outubro de 2013

ISBN: 978-989-98670-4-8

**O segredo de uma velhice agradável
consiste apenas
na assinatura de um honroso
pacto com a solidão**

Gabriel Garcia Marquez in Cem anos de solidão

**“(…) O bem-estar não pode existir só na nossa cabeça:
o bem-estar é uma combinação
entre sentirmo-nos bem e termos, de facto,
significado, boas relações e realização pessoal.**

Martin Seligman in A vida que floresce

Resumo:

Numa perspetiva de desenvolvimento humano é equacionado o impacto dos idosos nos sistemas de saúde, adotando-se um princípio geral que assume a necessidade de promover um envelhecimento ativo e saudável da população baseado na iniciativa e participação de todos os membros da sociedade. Finalmente, neste enquadramento, salienta-se o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Palavras-chave: envelhecimento; qualidade de vida; RNCCI; bem-estar

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser analisado sobre duas grandes perspetivas: internamente, com base no critério que assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja no aumento da esperança média de vida, e a partir de determinantes externos que podem desencadear perturbações mentais ou comportamentais, associadas por vezes a uma maior discriminação social e vulnerabilidade à pobreza. Ora, o idoso sedentário e isolado socialmente - com um nível de integração social reduzido - apresenta uma esperança de vida significativamente inferior e uma conseqüente diminuição da participação ativa, a qual se deve essencialmente à falta de poder económico.

No entanto, a resposta às necessidades das pessoas idosas é muito mais que um problema de números, tratando-se sobretudo de uma questão social, decorrente do percurso evolutivo de envelhecimento que se refletiu no surgimento de novos serviços e instituições, hoje denominados lares, centros de dia e noite, núcleos de apoio a idosos, apoio domiciliário, entre outros. Esta situação deve ser entendida não só em termos financeiros mas também a partir do seu papel social. Exige-se assim um olhar que permita perceber se as políticas geradas contemplam tais perspetivas sobre o envelhecimento. De facto, ao atingir a reforma, os indivíduos tendem objectivamente

para a desocupação, muitas vezes vivida sob a forma de “tédio” ou de “sentimento de inutilidade”, já que, em geral, os idosos não detiveram os meios económicos e culturais que lhes permitam apropriar-se dos instrumentos próprios dos elementos pertencentes aos grupos socialmente mais favorecidos que, ao invés, conseguem mais facilmente manter as relações familiares e sociais, prolongando igualmente a sua vida ativa.

Deste ponto de vista, é imprescindível dar atenção e promover a saúde no idoso, a partir de medidas preventivas ou de carácter reabilitador, uma vez que o aumento de incapacidades sejam motoras ou psíquicas, constitui a principal causa da institucionalização na terceira idade. Como mostram estudos recentes, um dos principais fatores subjacentes a este facto decorre do estatuto social dos indivíduos que traduz uma realidade conducente ao isolamento e, de um modo mais abrangente, à solidão, com o eventual emergir de problemas depressivos.

Sublinhe-se que o envelhecimento, sendo um fenómeno universal, implica necessariamente toda a sociedade, exigindo a participação da comunidade na promoção da autonomia e da independência dos idosos, assim como o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados diretos, conviventes ou profissionais, de modo a permitir uma melhor qualidade de vida. Saliente-se todavia que, na área da saúde, o interesse por este constructo é relativamente recente decorrendo, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas do setor nas últimas décadas (Augusto & Carvalho, 2005).

Finalmente, importa referir que os problemas decorrentes da situação económica desfavorável, da baixa taxa de atividade e do isolamento social, se refletiram nos cuidados de saúde em Portugal, tornando pertinente o delinear numa breve retrospectiva sobre a evolução dos mesmos até hoje, a fim de melhor compreender como surgiu a necessidade de criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

1. O ENVELHECIMENTO: DADOS DEMOGRÁFICOS E CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS

Através da análise dos dados demográficos podemos facilmente identificar o tipo de problemas na saúde que existem em Portugal. De acordo com os dados censitários de 2001, o número de idosos - pessoas com 65 anos ou mais - duplicou nos últimos quarenta anos, estimando-se que esta proporção volte a duplicar nas próximas décadas, passando a população idosa, em 2050, a representar 32% do total da população.

Com base no mesmo inquérito, verifica-se a existência de 102 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos. A proporção de idosos atinge os 16,4% face à população global, tendo o índice de envelhecimento - que relaciona a população de indivíduos com 65 ou mais anos com a de jovens com menos de 15 anos - aumentado de 68 idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos, em 1991, para 102 idosos, no início do século. No mesmo período, a idade média da população residente em Portugal subiu 3 anos, situando-se em 39,5 anos.

Tendo em consideração a mortalidade masculina, constata-se que a idade média dos homens é inferior à das mulheres, sendo a do sexo masculino 38,1 anos e a do feminino 40,9 anos. Também na esperança média de vida à nascença a diferença entre os sexos é bem evidente: as mulheres podiam esperar viver um pouco mais do que 80 anos, enquanto os homens não mais que 74 anos. Quanto aos idosos, a relação era de 72 homens por cada 100 mulheres, descendo para 46 nos indivíduos com 85 ou mais anos.

Em qualquer dos casos, o envelhecimento da população encaminha-nos obrigatoriamente para uma análise das patologias que daí advêm. Em relação às principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares são uma das mais importantes e incidem especialmente sobre as mulheres. Outras causas encontram-se ligadas

com doenças do aparelho respiratório, nas quais se inclui a pneumonia, e as doenças isquémicas do coração, juntamente com os sintomas, sinais e afeções mal definidos que, no seu conjunto, estão na origem de mais de metade dos óbitos de idosos.

Por outro lado, fruto da redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, o processo de envelhecimento pode causar um grande impacto na economia e no sistema de saúde (Moreira, 2001). Assim, à medida que a população envelhece aumenta a procura de instituições de longa permanência para idosos. Nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de 5% dos idosos (25% das mulheres acima de 85 anos) reside em *nursing homes*, isto é, em asilos que oferecem serviços de saúde, lazer e assistência social. Os principais motivos para a institucionalização e a longa permanência dos idosos são as dependências causadas pela doença de Alzheimer e por outras condições como osteoartrites, cardiopatias e pneumopatias avançadas (Borsa & Feil, 2008). Todavia, embora a grande percentagem de idosos institucionalizados seja constituída por indivíduos dependentes devido a problemas físicos ou mentais, de um modo geral, a miséria e o abandono são os principais motivos da sua colocação em instituições (Pereira & Lopes, 2009).

A par com o envelhecimento populacional, surgem as doenças crónicas, definidas pela Organização Mundial de Saúde como doenças de longa duração e progressão lenta, que geralmente necessitam de intervenção médica para a sua cura ou controlo. Prevendo a morte de 88 milhões de cidadãos europeus até ao ano de 2015, a OMS demonstra uma preocupação cada vez maior em relação às causas que lhes estão associadas, considerando que haverá um inevitável agravamento das condições de vida, devido a uma diminuição exponencial da população ativa e conseqüente aumento dos custos económicos e sociais. Os efeitos diretos em termos de saúde traduzem-se num aumento considerável da procura de cuidados, uma vez que os idosos são os maiores utilizadores dos serviços de saúde (Augusto & Carvalho, 2005; Nogueira, 2009; OMS, 1995).

O aumento do número de idosos relativamente ao número de nascimentos - que tende a diminuir - é em grande parte devido aos progressos no campo da medicina e à melhoria geral das condições de vida; no entanto, embora isto tenha repercussões em praticamente todos os domínios da sociedade, nomeadamente nos cuidados de saúde, nem sempre são tomadas as medidas necessárias para assegurar a qualidade de vida desta faixa da população. De facto, como foi já referido, a sociedade portuguesa encontra-se num processo de envelhecimento populacional, prevendo-se que, com o aumento gradual da esperança média de vida, Portugal venha a ser o quarto país mais envelhecido da União Europeia nos anos vindouros.

Por tudo isto, o processo demográfico de envelhecimento que se verifica, associado às mudanças na estrutura e nos comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e à qualidade dos cuidados, como à própria sustentabilidade dos sistemas de saúde, se pretendermos manter a exigência de que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência.

Na fundamentação das opções relativas às políticas sociais para as pessoas idosas, encontram-se vários fenómenos determinantes interpretados a partir do modelo ideológico dominante que se baseia no alarmismo dos números demográficos a fim de justificar políticas de exclusão assentes na institucionalização, na rigidez face à idade da reforma, na diminuição de rendimentos e na sobreposição de intervenções pouco integradas (Osório & Pinto, 2007).

Esta situação, a que não é alheia a realidade portuguesa, apesar de terem surgido reformas de maior abrangência e com objetivos mais vastos, impede que se desenvolvam ações mais próximas das necessidades mais frequentes dos cidadãos idosos, capacitadoras da

sua autonomia e independência, as quais poderiam contribuir para minimizar custos, evitar dependências e humanizar os cuidados, ajustando-se melhor à diversidade que caracteriza a maior longevidade individual e o envelhecimento da população.

2. A SOLIDÃO: FATOR DE RISCO NO EMERGIR DA DEPRESSÃO

A depressão é uma condição reversível que apresenta inúmeras sequelas ao nível do bem-estar e da funcionalidade, sendo uma das doenças do foro psicológico mais frequentes na população idosa, a qual se prevê vir a ser em 2020 a segunda maior causa de disfunção a nível mundial. Por sua vez, a perceção individual da saúde, o estado emocional e financeiro, bem como o nível de satisfação com a vida são aspetos significativamente associados à depressão, assim como a perda do estatuto social, a disfunção física e a institucionalização, tendo os níveis de dependência funcional implicações no seu aparecimento. A presença de depressão aumenta a probabilidade do desenvolvimento de limitações na atividade e de restrições na participação dos indivíduos. (Wada *et al.*, 2004). Verifica-se também uma maior prevalência em idosos sedentários com redução dos níveis de atividade física, sendo a solidão um dos principais fatores de risco identificados no aparecimento desta doença (Andrews, 2001).

Segundo Neto (1992: p.24-28), a solidão pode definir-se como “(...) *uma experiência comum e um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o (...) que temos*” podendo ser encarada enquanto traço de personalidade ou como um estado psicológico, o que leva a que as pessoas solitárias sejam as que referem sentimentos frequentes e intensos de solidão experienciados durante diferentes lapsos de tempo e em diversos momentos da sua vida. A fim de enquadrar este ponto de vista, o mesmo autor cita as seguintes definições:

- a) A experiência excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade de intimidade humana, de intimidade interpessoal (Sullivan, 1953).
- b) Um sentimento sentido por uma pessoa (experienciando) um desejo por uma forma ou um nível de interação diferente do que se experiêcia no presente (Lopata, 1969).
- c) Uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é diferente nalgum aspeto importante, quer quantitativa quer qualitativamente (Perlman & Peplau, 1981).
- d) A ausência ou a ausência percebida de relações sociais satisfatórias, acompanhada de sintomas de mal-estar psicológico que estão relacionados com a ausência atual ou percebida (Carrajo, 1999).
- e) Algo causado não por se estar só, mas por se estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações (Carrajo, 1999).

Pode-se assim verificar que a solidão é um constructo complexo que facilmente se pode confundir com isolamento, abandono, descomunicação ou clausura. O seu significado é tão amplo que no estudo desta temática nos deparamos com dois problemas: o de estabelecer uma definição concreta e o de avaliar com objetividade a sua amplitude. Neto (1992) sustenta que ela constitui um fator perturbante dado tratar-se de uma experiência dolorosa em cuja definição estão subjacentes duas componentes importantes: a procura de algo que colmate a solidão, um complemento que dê sentido à existência e a quantidade e qualidade das relações sociais estabelecidas, sendo também de referir que um indivíduo pode ter simplesmente momentos de solidão ou sentir-se sozinho ou, em contrapartida, passar mesmo por uma experiência intensa.

Nesta perspetiva, Ribeiro e outros (2006) defendem que só ganhando a intimidade, depois de marcar uma identidade, se pode superar o isolamento, pois apenas assim se poderá ter um “eu” mais intenso, mais decisivo e confiante, o que implica que as relações sociais possam ser tratadas como uma classe particular de reforço, sendo a

solidão uma resposta à ausência de reforços sociais importantes de integração social e de oportunidades para a intimidade emocional. Outro fator de classificação é o défice social; segundo Neto (1992), deve-se distinguir a solidão social - em que uma pessoa se sente insatisfeita por causa da falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas - da solidão emocional - em que se sente insatisfeita por causa de uma relação pessoal íntima.

Num estudo sociológico sobre esta problemática, Ussel (2001) considera que tem de se ter em conta que o trabalho e a família são os dois eixos principais que estruturam e definem a existência humana; assim sendo, qualquer alteração que neles ocorra é susceptível de provocar o aparecimento de diversos problemas, quer de âmbito instrumental quer emocional, entre os quais se deve incluir o sentimento subjetivo de solidão. Embora as alterações nestes eixos possam ocorrer também durante a idade adulta, não sendo um acontecimento específico da velhice, é, no entanto, a partir dos sessenta e cinco anos que estas mudanças ocorrem mais frequentemente; todavia, deve-se sublinhar que não é em todos os casos de reforma ou de viuvez na idade avançada que se desenvolve um quadro de solidão social e psicológica.

Seria também um erro defender que o significado de solidão é o mesmo para todas as pessoas quando cada uma lhe atribui o próprio significado. Podemos dizer então que à semelhança do amor, a solidão é um conceito vago, revestindo-se assim de muitos significados dependendo da forma que aparece e do modo como cada um lida com ela.

3.0 ENVELHECIMENTO COMO PARTE INTEGRANTE DO CICLO DE VIDA

O envelhecimento não é propriamente um problema, mas uma fase natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo

possível, o que implica, não só uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, mas também a formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social e, por outro lado, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico, bem como um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

As principais alterações fisiológicas causadas pela longevidade são a diminuição da massa muscular e da densidade mineral óssea, a perda de força muscular, a deficiência da agilidade, da coordenação motora, do equilíbrio, da mobilidade articular e a modificação de várias outras estruturas e funções orgânicas, nomeadamente, uma maior rigidez das cartilagens, dos tendões e dos ligamentos, dificuldades ocasionadas pelo maior trabalho ventilatório no esforço e a diminuição do tempo de reação e da condução nervosa (Moreira,2001).

Segundo Spar e La Rue (2005), existem variáveis que podem influenciar o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade. As mais frequentemente citadas na literatura são: os fatores genéticos que explicam cerca de 50% da variabilidade cognitiva na chamada terceira idade; a saúde, uma vez que as pessoas saudáveis apresentam menos alterações cognitivas; o nível de instrução elevado, pois é sabido que este é um fator protetor das funções cognitivas; a atividade mental, visto que as tarefas mentalmente estimulantes apresentam uma correlação com melhor desempenho cognitivo; a atividade física, - pois a boa forma aeróbica está relacionada com uma melhor preservação das aptidões cognitivas; e a personalidade e o humor que podem também influenciar positiva ou negativamente áreas como a memória ou a atenção.

Por outro lado, a inteligência tende a manter-se estável durante a vida, nomeadamente no que se refere ao vocabulário, à capacidade de acesso à informação e à compreensão, podendo entrar em declínio

a execução de tarefas percetivo-motoras. No que respeita à atenção, os idosos permanecem com a mesma capacidade de manutenção da atenção sobre um determinado assunto, podendo apresentar algumas dificuldades em repartir a atenção por vários tópicos. Com o avançar da idade, verifica-se um ligeiro declínio nas funções executivas, designadamente no planeamento de comportamentos complexos. É possível que a mudança cognitiva mais frequentemente produzida durante o envelhecimento seja a diminuição da velocidade de processamento de informação e da ação, o que pode ter repercussões na atenção e na memória (Spar & La Rue, 1998, *cit. in* Vaz Serra, 2006; Spar & La Rue, 2005; Vaz Serra, 2006).

Como em qualquer etapa da vida, os idosos vivem novas experiências das quais decorrem quer alterações internas individuais quer psicossociais, como as derivadas das novas relações que se estabelecem com o meio exterior, afetando quaisquer delas as dimensões cognitiva e afetiva. Ao abordar-se esta questão, importa salientar que estes dois níveis interagem entre si e apresentam mesmo profundas diferenças de indivíduo para indivíduo, ocasionando modificações nas relações sócio-afetivas atribuíveis a várias causas:

- Para muitos trabalhadores, a reforma representa a perda praticamente total dos papéis sociais exercidos durante toda a vida laboral; em consequência disso os idosos podem enfrentar duas experiências negativas, a de não saberem como ocupar o imenso tempo livre e a inexistência de novas redes de interação social.
- Por outro lado, uma das experiências mais dolorosas para o idoso é a vivência do luto, resultante da perda das relações de apego que o uniam aos seres que morreram nomeadamente os seus pais, o/a parceiro/a, os amigos ou vizinhos. Esta ausência pode ser acompanhada de profundos sentimentos de abandono e da solidão, que quando são particularmente acentuados se tornam difíceis de superar, levando os idosos a entrar em depressão, mergulhando na tristeza e no desespero.
- Na cultura ocidental, os sentimentos de solidão dos idosos isolam-nos muitas vezes dos próprios filhos que, envolvidos nos seus projetos de vida, fazem com que as relações com eles se distanciem cada vez mais.

- Alteram-se também as relações com a sociedade, se não lhe forem atribuídos novos papéis extralaborais, como a consultoria, que deem sentido à sua vida e sobretudo que os preservem dos mitos e dos estereótipos que o imaginário social associa ao processo de envelhecer.
- Muitos idosos sofrem também as consequências psicológicas da necessidade de adaptação às condições de habitação pois questões como o empobrecimento ou a perda de capacidades funcionais introduzem circunstâncias diferentes antes não sentidas, apresentando-lhe desafios que muitas vezes colocam o idoso perante alternativas carregadas de inconvenientes.

Importa sublinhar que os idosos de hoje nasceram em épocas com diferentes valores culturais nas quais os mais velhos exerciam um papel relevante e em que a família cuidava melhor dos seus membros idosos, valorizando-os na vida afetiva e social. Pelo contrário, nos tempos modernos, a velhice é avaliada a partir da rentabilização da força de trabalho ou da diminuição ou ausência de recursos, perdendo assim importância social os indivíduos afastados dos setores produtivos, o que é notório no caso particular dos mais velhos - ao deixarem de ser reconhecidos devido a terem sido ultrapassados pela rapidez das alterações nos aspetos produtivos que tornaram obsoletos os seus conhecimentos técnicos (Rodrigues, 2006; Silva, 2009).

Por outro lado, o idoso, principalmente o institucionalizado, ao deparar-se com a destruição da sua identidade cultural e com a transformação das formas de solidariedade, confina-se ao isolamento e à solidão. Daí resulta a grande resistência à mudança para um lar, preferindo os idosos, permanecer com os filhos ou com os netos ou, sobretudo, viver com o cônjuge ou sozinhos. Só em última instância é que, de um modo geral, aceitam viver no lar, havendo apenas um número muito restrito de idosos que preferem a institucionalização para não ser um empecilho para os filhos (Oliveira, 2007).

Saliente-se, igualmente que a intervenção na terceira idade se deve basear na importância da perceção do movimento para a vida de pessoas inseridas numa instituição de longa permanência, onde é indis-

pensável possibilitar discussões que implicam o conhecimento do idoso sobre o seu corpo, partindo do pressuposto de que isso permite a categorização, o controle da atenção, o guiar e a aquisição de informações visuais e também de que a consciência do movimento pressupõe um conjunto de posturas e movimentos estáticos e dinâmicos (Pereira & Lopes, 2009).

Finalmente assinala-se que, neste contexto, a reabilitação preventiva assume cada vez mais um papel importante no cuidar do idoso e deve ser realizada conjuntamente com outros tratamentos clínicos e cirúrgicos. De facto, se não forem contrapostas intervenções adequadas, o quadro de perda de funções do idoso dificultará que, em tempo útil, se previnam complicações, comuns nesta etapa da vida, que poderão levar, conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida.

4. QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DOS IDOSOS

O conceito de qualidade de vida, cuja utilização tem sido cada vez maior por parte dos profissionais de saúde, é no entanto um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem quotidiana por pessoas da população em geral e no contexto de pesquisa científica em diferentes campos do saber (Augusto & Carvalho, 2005). Neste segundo caso, está relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, assim como a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (Fragoso, 2004).

Contudo, dado que este conceito varia de autor para autor e é, além disso, claramente subjetivo, dependendo do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações do indivíduo, é fundamental sublinhar a

sua variabilidade, de modo a permitir que as políticas para um envelhecimento bem-sucedido sejam orientadas adequadamente, tornando assim imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado com a felicidade e a realização pessoal.

Estão identificadas duas tendências quanto ao modo de conceptualizar o termo na área da saúde: qualidade de vida como um conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada com a saúde (health-related quality of life - HRQL). No primeiro caso, qualidade de vida apresenta um conceito mais amplo, aparentemente influenciado por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos, sendo este o adotado pela Organização Mundial da Saúde, no seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspetiva internacional e transcultural. Nesta ótica, a qualidade de vida é definida como "*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais (...) vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (OMS, 1995).

No âmbito sociopolítico e no económico, o aumento de idosos pode acarretar um problema social futuro, pois a maioria da população vive em situação financeira precária, razão pela qual se torna iminente um agravamento dos problemas relacionados com a residência e a inserção familiar. Tal facto é preocupante pois é neste contexto que existe para o idoso a possibilidade de identificação através da construção de uma individualidade em companheirismo, respeito e dignidade (Silva, 2009).

Importa, por conseguinte, reconhecer que a qualidade de vida é essencial para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar dos idosos, fazendo referência ao suporte social como aspeto fundamental no garantir de um envelhecimento ativo bem-sucedido. Assim, deve-se mencionar também o papel das redes sociais como

elemento protetor, evitando o stress associado ao envelhecimento bem como a depressão, dado que este apoio social tem um efeito direto sobre tais aspetos, fomentando a saúde, pois quanto maior for o apoio menor será o mal-estar psicológico experimentado.

5. A EVOLUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E O SURGIMENTO DA RNCCI

Viajando até ao início do séc. XX, encontramos um marco na história da saúde em Portugal, isto é, o Dr. Ricardo Jorge que, em 1899, foi o responsável pela reorganização dos serviços de saúde que passaram a ser designados como "Serviços de Saúde e Beneficência Pública", a qual foi regulamentada em 1901, tendo entrado em vigor em 1903. No entanto, a prestação direta de cuidados de saúde à população em geral era assegurada por clínicas livres, uma vez que o estado apenas assistia medicamente a população pobre e indigente, sendo os cuidados hospitalares assegurados por hospitais públicos intitulados Hospitais Centrais e pelos hospitais dependentes das Misericórdias (Rodrigues, 2006).

Em 1945, desenvolvem-se instituições específicas para a Saúde Materna, para a Luta Antituberculosa e para a Psiquiatria, tendo ocorrido no ano seguinte a primeira tentativa para regionalizar os hospitais. A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, estabelecia a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados. O Ministério da Saúde, constituído em 1958, não fez, no entanto, que o sistema se desenvolvesse, tendo os cuidados de saúde continuado a ser prestados por serviços e instituições particulares.

Nos anos noventa, foi aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, sendo publicado o novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde

(SNS) através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados através da criação de unidades integradas. Estas últimas pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, procurando-se propiciar uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários.

O Serviço Nacional de Saúde é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como objetivo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros (Rodrigues, 2006). Envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

Em 1999, foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos, articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

Os cuidados continuados começaram a ser implementados, em termos legislativos, há dez anos, altura em que foram identificadas carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e/ou incapacitantes. Contudo e, apesar de algumas tentativas para minimizar a problemática, só em 2003 é que foi criada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde, pelo Decreto-lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, à semelhança daquilo que já havia sido feito para os Cuidados de Saúde Primários com a criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários, pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

Em 2005, considerou-se ser necessária uma reestruturação desta rede que começou com a criação da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às

Pessoas em Situação de Dependência, pelo Despacho n.º 345/2005, de 27 de Abril e o estabelecimento da definição das diferenças na abordagem entre cuidados curativos e cuidados continuados ou de longa duração, pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril.

Por sua vez, surge em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Dec. Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho em que se definem os cuidados continuados integrados como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A RNCCI engloba parcerias com instituições públicas (centros de saúde e hospitais), com a Santa Casa da Misericórdia (SCM), com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e com instituições privadas, sendo a SCM o principal parceiro, dispondo do maior número de unidades já em funcionamento. Estas instituições são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que têm por finalidade o exercício da ação social na prevenção e apoio nas diversas situações de fragilidade, exclusão ou carência humana, promovendo a inclusão e a integração social, desenvolvendo para tal, diversas atividades de apoio a crianças e jovens, à família, à juventude, na terceira idade, na invalidez e, em geral, a toda a população necessitada.

Está ainda definida de acordo com a Portaria n.º 578/2009 de 1 de Junho, a atribuição de apoios financeiros pelo Estado. Cada candidatura deve apresentar de forma sistemática os tópicos definidos por lei, em conformidade com a grelhas previamente distribuídas pela Administrações Regionais de Saúde, existindo igualmente uma listagem de equipamento referencial que deve ser tido em conta. Contudo, para a aprovação das candidaturas dependem vários critérios tais como as necessidades de cada região e os rácios previstos.

A RNCCI possui como objetivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. Ou seja, têm acesso a este serviço integrado todos os cidadãos que se encontrem em alguma das seguintes situações: dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou de outra situação; dependência funcional prolongada; idosos preenchendo critérios de fragilidade como incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; ou os indivíduos sofrendo de doença severa, em fase avançada ou terminal.

REFLEXÕES FINAIS

Se tivermos em conta que a organização dos serviços de saúde sofreu através dos tempos a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época, constata-se que este facto dependeu da evolução da sociedade, tendo surgido novos desafios e novas necessidades, dos quais resultou a modificação das características da oferta e da procura de cuidados de saúde.

De facto, apesar do grande passo dado pelo sistema de saúde português desde o início do século XX, facilmente se percebe, com base nos factos evidenciados, que o Sistema Nacional de Saúde teve de continuar a dar resposta às alterações dos estilos de vida dos portugueses, tornando-se óbvia a necessidade da criação de instituições que, para além dos hospitais, abrangessem uma maior área de atuação.

Partindo-se de uma visão mais aprofundada sobre o processo e os critérios de referenciação e de admissão nestas unidades em disseminação - que incluem desde instituições como os centros de saúde até às unidades hospitalares - e no sentido de aferir a salvaguar-

da de serviços a toda a população que precisa de cuidados de reabilitação após a alta hospitalar, verifica-se a necessidade da existência desta “filtragem”, o que leva à não integração na rede de todos os indivíduos no período de pós-alta hospitalar, os quais poderão ser referenciados para uma continuidade de cuidados de reabilitação em clínicas convencionadas, hospitais de dia, centros de reabilitação ou lares de idosos.

Deste ponto de vista, no que concerne à existência ou inexistência de indivíduos que retornam ao domicílio sem qualquer tipo de referenciação, é importante abordar a realidade atual a partir de uma perspectiva que demonstre a relevância desta vertente e que incida sobre as necessidades de reintegração daqueles que não estejam de alguma forma referenciados para qualquer uma das referidas anteriormente.

Efetivamente, após a criação da rede de cuidados continuados integrados, os ministérios da saúde, do trabalho e da solidariedade consideraram que era indispensável criar um novo modelo de organização, tendo decidido avançar para o desenvolvimento das “experiências-piloto” caracterizadas fundamentalmente pela implementação de serviços que promovessem a continuidade dos cuidados de saúde e o apoio social a partir da pós-alta hospitalar, uma vez que o aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade e da natalidade tornou mais evidente o envelhecimento da população.

Este tipo de unidades surgiu assim como resultado da necessidade de dar resposta a estas novas realidades, cujos desafios implicam promover a qualidade de vida e contribuir para uma sociedade mais humana que permita prevenir, reduzir e adiar as incapacidades. Consolidou-se, deste modo, a partir de 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

BIBLIOGRAFIA

Andrews G.R. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *BMJ*, 322 (7288), 728-729.

Augusto, B. & Carvalho R. (2005). Cuidados continuados - família, centro de saúde e hospital como parceiros (13-50). In B. Augusto & R. Carvalho (Orgs.). *Manual Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau, 2ª edição (1ª edição: novembro de 2002).

Borsa J. & Feil C. (2008). *O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão* - O portal dos psicólogos; www.psicologia.com.pt, acessado em 24 de Julho 2013.

Carrajo, M.R. (1999). *Sociologia de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

Chiattonne, H.B.C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V.A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica* (73-165). São Paulo: Pioneira.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Vol. I - Prioridades. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. II - Orientações estratégicas. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral de Saúde, (2006). Plano Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde.

Fragoso, A. (2004). El estudio de casos en la investigación de educación de personas adultas (41-60). In E.L. Lucio-Villegas Ramos (Coord.). *Investigación y práctica en la educación de personas adultas*, Valencia: Nau Libres.

INE (2003). *Projecção da População de 2000 a 2050*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise de experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.

Neto, F. (1992). *Solidão embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.

Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.

Nogueira, A. (2009), *Cuidados continuados: desafios*, UMCCI. Lisboa: Relatório de Monitorização do Desenvolvimento da Actividade da RNCCI - UMCCI.

Oliveira, L.M.A. (2007). *Contextos do serviço apoio domiciliário*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma da Saúde.

OMS (1995). Organização Mundial de Saúde.

Osório, A.R. & Pinto, F.C. (2007). *As pessoas idosas*, Lisboa, Instituto Piaget.

Peduzzi, M. (2001). Equipa Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35, (1), 103-109.

Pereira J. & Lopes M. (2009). Animação sociocultural na terceira idade (280-289). *Intervenção*.

Peplau, L.A. & Perlman, D. (1982). *Loneliness - a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley - Interscience Publication.

Ribeiro C. et al. (2006). *Idosos e família: asilo ou casa* - O portal dos psicólogos; www.psicologia.com.pt, acessado em 24 de Julho 2013.

Rodrigues, M. (2006). Efeitos de uma intervenção psico-educativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos. *Cadernos de Estudo*, 3, 77-84.

Silva, P.N, (2009), Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da actividade e dos papéis sociais na realidade europeia, *Dissertação de mestrado Psicologia Social e das Organizações*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.

Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Ussel, J.I. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales, Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.

Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer? (21-33). In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica/ CETAC-MEDIA de Portugal.

Wada, T. et al. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly – prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 39, (1), 15-23.

Referências normativas:

Decreto-Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 261/93 de 24 de Julho

Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Capítulo IV; Secção III; artigo 17º

Despacho n.º 345/2005, de 27 de Abril

Portaria n.º 578/2009 de 1 de Junho

O AUTOR

António Duarte – Terapeuta ocupacional, coordenador do Centro Hospitalar do Algarve. Desde 2012, é professor especialista convidado do curso de Terapia Ocupacional do Instituto Politécnico de Beja e, em 2013, lecionou na pós-graduação em terapia da mão na universidade Rey Juan Carlos de Madrid. Em 1979, terminou a formação inicial na atual Escola Superior de Saúde de Alcoitão, tendo posteriormente obtido equivalência ao grau de bacharel e, mais tarde, equiparação ao CESE em Ensino e Administração da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Em 2007 terminou o mestrado em Educação e Formação de Adultos na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve, onde é doutorando na área de psicologia. Os seus principais interesses centram-se na reeducação da mão, na educação de adultos e nos cuidados continuados.

Cadernos do GREI

n.º 1

Carlos Marques Simões

EPISTEMOLOGIA E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO:
uma abordagem no âmbito dos contextos educacionais



n.º 2

Nora Almeida Cavaco

ATITUDES PARENTAIS E RESILIÊNCIA: as práticas educativas e o desenvolvimento psicológico dos adolescentes



n.º 3

Helena Ralha-Simões

O DESENVOLVIMENTO PESSOAL NA SOCIEDADE EMERGENTE:
novos olhares em busca de um paradigma



n.º 4

Carla Fonseca Tomás

PSICOLOGIA DA ESPIRITUALIDADE: revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios



n.º 5

António Duarte

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



A publicar:

Carlos Marques Simões

SUPERVISÃO OU ACONSELHAMENTO? Contributo para uma perspetiva contextualizada do desenvolvimento do professor



Ana Tomé

CONHECER E PREVENIR DOENÇAS CARDIOVASCULARES:
fatores de risco e planeamento dos cuidados de saúde



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares

Giordano Bruno

Cadernos do GREI n.º 5 – Outubro 2013