



TOMADA DE POSIÇÃO

“O modelo actual dos Lares de Idosos e Casas de Repouso tem que ser repensado”.

O modelo actual dos Lares e Casas de Repouso faz com que coabitem no mesmo espaço, cidadãos independentes, com mais de 65 anos de idade e cidadãos com graves problemas de saúde e elevada taxa de dependência.

É extraordinária a violência com que observamos, cidadãos activos com mais de 65 anos de idade, perfeitamente capazes de iniciarem uma nova fase da sua vida, a viverem em unidades, onde se encontram outros cidadãos que necessitam de cuidados de saúde devido às elevadas taxas de dependência, doenças crónicas incapacitantes e deterioração de consciência.

As contradições deste modelo são evidentes:

- a) Os cidadãos que são colocados em lares e casas de repouso e que são saudáveis, não necessitam de cuidados de saúde, de higiene e conforto e de apoio técnico, mas tem que suportar o peso desses custos, porque os mesmos são necessários para outros cidadãos que se encontram nas mesmas instalações e têm graus de dependência elevados;
- b) Os cidadãos com enormes necessidades de saúde não têm o acompanhamento de técnicos de saúde especializados, deteriorando cada vez mais esses problemas, na velha perspectiva de que não existem cuidados preventivos mesmo nesta fase da vida;
- c) A comparticipação é praticamente igual para cidadãos com necessidades específicas de cuidados de saúde e para outros cujas necessidades são simplesmente sociais e de serviços hoteleiros, sabendo nós que os custos de

umas e outras são extraordinariamente diferentes, sendo que neste momento os custos com cuidados de saúde estão a ser suportados de forma dramática pelos operadores deste sector (Lares e Casas de Repouso).

Com a chegada do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho que vem regulamentar o modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados destinados a pessoas em situação de dependência, agrava as discriminações entre cidadãos, se não vejamos:

- a) Cidadãos nas mesmas condições de saúde e com a mesma dependência poderão estar em lares, onde recebem uma participação do estado mínima, que não prevêem encargos de técnicos de saúde e por outro lado, se estiverem em Unidades de longa duração e manutenção, a participação do estado é em média três vezes superior;
- b) A discriminação poderá simplesmente ser feita por uma equipa de avaliação, cujos critérios são subjectivos e perfeitamente inconclusivos.

Salvuarda-se que nenhuma crítica está aqui a ser feita aos cuidados continuados. O que se passa actualmente é que os lares e os cidadãos residentes em lares ficaram de fora da grande reforma dos cuidados continuados.

Entendemos que as unidades Lares e Casas de Repouso, têm de prestar cuidados adequados, diferenciando-os em função das necessidades dos utentes devidamente avaliadas com critérios rigorosos, sérios e que deixem pouca margem à subjectividade. Na saúde essa subjectividade não pode existir, sendo que é fácil a sua existência na avaliação social de necessidades.

A oferta de lares e casas de repouso diferenciada, atendendo às reais necessidades dos cidadãos não pode ser exclusivo para os cidadãos mais dotados economicamente, a exemplo das residências assistidas, de vida independente ou de vida apoiada.

É pois necessário começar a encontrar soluções e uma delas passará certamente por termos ofertas diferenciadas, aproveitando as que já existem e adaptando-as às necessidades, criando uma rede complementar com as diversas unidades que se encontram no terreno

Impossível, dirão muitos. Impossível reunir misericórdias, IPSS e lares e casas de repouso privados, para em conjunto reflectirem sobre este assunto e daí advirem tomadas de posição, que possam vir a influenciar não só as tutelas como a comunicação social, os líderes de opinião e os cidadãos em geral. Impossível determinar que a partir de determinada altura uma unidade Lar existente passe a admitir exclusivamente cidadãos dependentes e outra passe a admitir exclusivamente cidadãos independentes e que possam passar de uma unidade para outra conforme as suas necessidades.

Contudo é exactamente isso que acontece nos cuidados continuados com enormes vantagens já reconhecidas no pouco tempo de existência dessa rede. Designa-se por mobilidade dentro da rede.

Se pensarmos bem, concluímos que em cada região existem várias ofertas para a Grande Idade e que todas seguem o modelo existente. Com a vontade de todos é possível distingui-las através dos serviços que possam vir a prestar. Sem que alguém perca mas acima de tudo com um imenso ganho por parte dos cidadãos. E não é isso que todos pretendemos?

Mas mais do que a vontade e os interesses particulares de cada unidade existe uma forma de partir para um novo modelo de oferta de serviços e cuidados em rede. Isso passará por uma nova contratualização do sistema actual de participações deste sector de actividade. Um novo modelo de participação determinará a especificidade das unidades e obrigará ao trabalho em rede.

Há pois trabalho a fazer:

- a) Reunir e fazer discutir este assunto com as Instituições: Misericórdias, IPSS e Privados.
- b) Motivar os profissionais de saúde a aderirem ao mercado de trabalho dos lares e casas de repouso, impondo as características de modelo de saúde que grande parte destas unidades devem ter.
- c) Esclarecer dúvidas e lançar projecto-piloto regional que desenvolva este modelo.
- d) Reflectir e influenciar novo sistema de contratualização/comparticipação do estado.
- e) Melhorar permanentemente esta ideia inicial de modelo em rede com respostas diferenciadas, através de acções públicas, fóruns e outros eventos.

A Direcção.