

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**ABORDAGEM INTEGRADA EM SAÚDE:
O CASO DO CONCELHO DE ARRAIOLOS**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Paula Alexandra Alves Pimpão nº 3493

Orientador:
Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

Évora
Novembro de 2007

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**ABORDAGEM INTEGRADA EM SAÚDE:
O CASO DO CONCELHO DE ARRAIOLOS**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Paula Alexandra Alves Pimpão n.º 3493

Orientador:
Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes



165 839

Évora
Novembro de 2007

*A VIDA é a mais bela ROSA que
alguém um dia nos quis oferecer.
Sempre que puderes, ajuda essa
ROSA «vida» a não desfolhar.*

Luzia Pinto

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos, são sempre momentos de reconhecimento para com aqueles que de alguma maneira nos asseguraram que fizéssemos uma caminhada segura possibilitando a chegada ao destino.

Quando se agradece, corre-se o risco de esquecermos muitos dos que com uma simples manifestação de disponibilidade ajudaram a ultrapassar as dificuldades que fomos encontrando pelo caminho, pelo que os agradecimentos são para todos e decerto que saberão quem são e o enorme reconhecimento que perdurará pelo apoio prestado na concretização deste trabalho:

- À Professora Doutora Felismina Mendes pela sua disponibilidade, pelas suas valiosas sugestões, estímulo e interesse que manifestou ao longo da orientação desta dissertação;
- Aos técnicos que trabalham nas instituições comunitárias do Concelho de Arraiolos que se disponibilizaram a participar neste estudo, pelas opiniões e pelos dados fornecidos;
- Aos meus colegas e amigos pelos conselhos, pelo incansável incentivo, afecto e amizade;
- A todos os que colaboraram directa ou indirectamente na realização deste trabalho;
- À minha família, pelo seu inestimável apoio, pela compreensão das minhas “ausências” e aceitação das privações que elas lhes causaram;
- Aos que não mencionei mas não esqueço.

A todos. O meu muito obrigado.

Abordagem Integrada em Saúde O Caso do Concelho de Arraiolos

RESUMO

O presente trabalho visa o desenvolvimento de uma investigação, dedicada às necessidades de cuidados de saúde, tendo por realidade observável o caso do concelho de Arraiolos. O objectivo central deste trabalho visa identificar as necessidades de cuidados de saúde no concelho de Arraiolos, a partir do cruzamento entre as capacidades instaladas e as respostas existentes.

O concelho de Arraiolos é um concelho essencialmente rural, com problemas de interioridade, abarcando uma população que tem vindo a sofrer um decréscimo considerável, apresentando neste momento um significativo envelhecimento populacional na maior parte das suas freguesias. Estas alterações que ocorrem na sociedade também influenciam as organizações, pois destas resultam consequências tanto demográficas como sociais, económicas e políticas. Estas questões justificam e subjazem ao estudo das necessidades de cuidados de saúde existentes adoptando uma abordagem integrada da saúde, onde todas as organizações e os técnicos a elas associados devem ter um papel activo para a potenciação da dinâmica colectiva.

Com base numa metodologia qualitativa, contactaram-se os profissionais que actuam no terreno, considerados como informantes estratégicos e fez-se um levantamento das necessidades de saúde do referido concelho, constatando-se que os grupos mais carenciados em termos de respostas de saúde são os idosos, os jovens e os doentes crónicos e dependentes.

Em termos de capacidade de respostas comunitárias, verificou-se que predominam as respostas do sector social e da saúde, sendo muitas delas integradas, fruto de parcerias estabelecidas entre as várias instituições prestadoras de cuidados.

Como proposta de intervenção salienta-se a necessidade de complementar e reforçar a capacidade da rede através da cooperação e de práticas de parceria, garantindo uma abordagem dos problemas por equipas interdisciplinares e uma actuação, com participação directa de todos os actores.

Palavras – Chave: Necessidades de Saúde, Recursos Comunitários, Respostas de Saúde; Trabalho em Rede; Envelhecimento; Intervenção Comunitária.

Integrated Approach on Health The Case of the District of Arraiolos

SUMMARY

This work aims the development of an investigation dedicated to the necessities of health care, a case in point being of The District of Arraiolos. The main purpose of this work is to identify the needs of health care in the District of Arraiolos, by crossing information concerning the installed capacities and the existing answers.

The District of Arraiolos is essentially agricultural, with problems typical of regions in the interior of a country such as decreasing numbers of inhabitants and showing at this point a significant number of aging people in most of its Parish Council. These changes that occur in society in general, also come to influence the organizations, with costs on all levels: demographic, social, economic and political. These questions justify and support the study on the needs of existing health care, adopting an integrated approach on health, where all organizations and their related technicians must have an active role on the increase of group dynamics.

On the basis of a qualitative methodology, the professionals who act on the ground have been contacted as they were defined as important source of information and helped in a survey regarding the health needs of the District. The results have shown that the ones who need more attention in terms of health are the old people, the youngest and people with chronic and dependent infirmities.

In terms of the capacity of community espouses, it was verified that the reaction on the social and health levels prevails. Most of them are integrated answers, result of established partnerships between all institutions of care

As a proposal for intervention, the need is highlighted to complement and reinforce of this network, through cooperation and partnerships practises, which guarantees an approaching to the problems by multi subjected teams and direct acting of all actors.

Key words: Health Needs, Communitarian Resources, Health Answers; Networking; Aging; Communitarian Involvement.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS	Administração Regional de Saúde
Artº	Artigo
A.C.E.	Alentejo Central
CLASA	Conselho Local de Acção Social
D.R.	Diário da República
Dr.	Doutor
Dr.^a	Doutora
EFN	Federação Europeia das Associações de Enfermeiros
GNR	Guarda Nacional Republicana
INH	Instituto Nacional de Habitação
IPSS	Instituição Pública de Solidariedade Social
km	Kilómetros
Km²	Kilómetros Quadrados
NAFC	Núcleo Apoio à Família e à Comunidade
Nº/ nº	Número
PARTICIPAR	Programa Inovação para a Inclusão em Arraiolos
PDS	Plano de Desenvolvimento Social
PROGRIDE	Programa para a Inclusão e Desenvolvimento
PROSICA	Projecto Luta Contra a Pobreza
UNIVA	Unidade de Inserção na Vida Activa
S.	São
SOLARH	Programa de Solidariedade à Recuperação de Habitação

INDICE

		Folha
Relação de Quadros		10
Relação de Figuras		12
Relação de Gráficos		13
0 -	INTRODUÇÃO	14
1 -	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 -	Sociologia de Intervenção	17
1.1.1 -	O Planeamento	19
1.2. -	Parceria/ Partenariado	20
1.2.1 -	Metodologia Participativa de Projecto	23
1.2.2 -	Trabalho em Redes/ Redes de Parcerias	24
1.2.3 -	Análise da Acção Colectiva e dos Actores	28
1.3 -	Intervenção Comunitária	30
1.3.1 -	A Família e os Prestadores de Cuidados Informais	37
1.4 -	Envelhecimento da População	39
1.5 -	Território e Demografia do Concelho de Arraiolos	42
1.5.1 -	Distribuição da População segundo o Grupo Etário	44
1.5.2 -	Duplo Envelhecimento no Concelho de Arraiolos	45
1.5.2.1-	<i>Evolução da População</i>	47
1.5.2.2-	<i>Projecções Demográficas</i>	50
1.5.3 -	Condições de Saúde e Sociais no Concelho de Arraiolos	51
1.5.3.1-	<i>A Saúde no Concelho de Arraiolos</i>	52
1.5.3.2 -	<i>Equipamentos e Serviços Sociais no Concelho de Arraiolos</i>	54
1.5.3.3 -	<i>Outros Recursos</i>	56
2-	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	59
2.1 -	Métodos	60
2.2 -	Tipo de Estudo	61
2.3 -	Técnicas de Recolha de Dados	62

2.3.1 -	Técnicas Documentais: Pesquisa Bibliográfica	62
2.3.2 -	Observação	63
2.3.3 -	Entrevista	64
2.4 -	Unidade de Análise/ População	65
2.5 -	Técnicas de Análise e Tratamento de Dados	68
3 -	ANÁLISE E DISCUSÃO DOS DADOS	73
3.1 -	Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos	75
3.2 -	Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos	89
3.3 -	Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pela Instituição	99
3.4 -	Carências de Respostas Existentes no Concelho de Arraiolos	109
3.5 -	Tendências e Desafios Actuais	123
3.6 -	Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade	140
4 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	154
5 -	BIBLIOGRAFIA	162
ANEXOS		169
Anexo I – Matriz de Entrevista		170
Anexo II – Pedido de Autorização para Realização de Entrevista		173
Anexo III – Entrevistas, Transcrição das Entrevistas e Projecto de Tratamento de Dados em Suporte Informático		175

RELAÇÃO DE QUADROS

Folha

Quadro n.º 1	Tipos de Rede	25
Quadro n.º 2	Estrutura Etária da População Residente	44
Quadro n.º 3	Índices e Ratios do Concelho de Arraiolos	45
Quadro n.º 4	Evolução da População Residente	49
Quadro n.º 5	Variação da População Residente	50
Quadro n.º 6	Dados dos Centros de Saúde e suas Extensões	52
Quadro n.º 7	Respostas Sociais a Idosos no Concelho de Arraiolos	55
Quadro n.º 8	Equipamentos, Utentes e Listas de Espera para Idosos no Concelho de Arraiolos	56
Quadro n.º 9	Caracterização dos Entrevistados	67
Quadro n.º 10	Grelha de Análise Resumida	73
Quadro n.º 11	Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos	75
Quadro n.º 12	Missão Institucional	76
Quadro n.º 13	Recursos Comunitários	79
Quadro n.º 14	Articulação entre Recursos	82
Quadro n.º 15	Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos	89
Quadro n.º 16	Respostas Comunitárias	90
Quadro n.º 17	Cooperação entre Respostas	95
Quadro n.º 18	Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pelos Recursos e Respostas Concelhias	99
Quadro n.º 19	Planeamento dos Cuidados	100
Quadro n.º 20	Relacionamento com as Famílias	104
Quadro n.º 21	Rede de Cuidadores Informais	107
Quadro n.º 22	Carências de Respostas Existentes no Concelho de	109

	Arraiolos	
Quadro nº 23	Fragilidades	110
Quadro nº 24	Obstáculos	114
Quadro nº 25	Grupos População Afectados	120
Quadro nº 26	Tendências e Desafios Actuais	123
Quadro nº 27	Boas Práticas	124
Quadro nº 28	Estratégias Futuras	131
Quadro nº 29	Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade	140
Quadro nº 30	Perfis dos Utilizadores	141
Quadro nº 31	Perfis dos Serviços	146

RELAÇÃO DE FIGURAS

		Folha
Figura n.º 1	Modelo de Rede	27
Figura n.º 2	Riscos da Rede	28
Figura n.º 3	Parceiros na Rede de Cuidados Continuados	36
Figura n.º 4	Mapa do Concelho de Arraiolos	43

RELAÇÃO DE GRÁFICOS

Folha

Gráfico n.º 1	População por Grupos Etários e Localidades	44
Gráfico n.º 2	Índice de Envelhecimento no Concelho de Arraiolos	46
Gráfico n.º 3	Ratio de Dependência Total no Concelho de Arraiolos	46
Gráfico n.º 4	Densidade Populacional no Concelho de Arraiolos	48
Gráfico n.º 5	Número de Habitantes Residentes nas Freguesias	49
Gráfico n.º 6	População Residente por Grupos Etários e Sexo	50
Gráfico n.º 7	Equipamentos da Segurança Social no Concelho de Arraiolos	54

0 – INTRODUÇÃO

O futuro de Portugal, que se pretende competitivo e rico, gerador de condições de saúde, conforto e bem-estar de todos os portugueses, depende da forma como, desde já, olhamos, analisamos e enfrentamos o presente.

Pensar o papel das organizações e dos técnicos a elas associados governamentais e das não governamentais e o contributo dos projectos de intervenção social e comunitária para a melhoria global e qualitativa das condições de vida numa região interior do nosso país, apela a um questionamento crítico das teorias, de algumas metodologias, das políticas e das práticas de intervenção.

Tendo subjacente que as necessidades dos seres vivos são ilimitadas, mas que os recursos materiais disponíveis são limitados, que existe uma redução de recursos financeiros nas populações em que estamos inseridos, questionamo-nos como podemos intervir de modo a que os recursos disponíveis sejam geridos eficaz e eficientemente e assim contribuir para a qualidade de vida de todos aqueles que ali habitam de forma a fazer face às necessidades existentes. A necessidade de renovar as metodologias e as práticas, para fazer face a um conjunto de problemas ainda não resolúveis na comunidade local.

É neste sentido que urge procurar e questionar as dinâmicas de trabalho existentes, que deverão ser fundadas em metodologias activas e de qualidade para a potenciação da dinâmica colectiva.

Este trabalho visa a procura das necessidades de cuidados de saúde existentes, numa realidade específica, que é o Concelho de Arraiolos.

A selecção do tema constituiu uma opção pessoal, mas enquadrada no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde - Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

A selecção da realidade específica foi feita por eu ser natural e residente de Arraiolos e a escolha da área temática foi influenciada, não só pelo interesse pessoal na área, mas também pela minha participação activa na comunidade num projecto de desenvolvimento local com gestão de um Banco de Ajudas Técnicas.

Ao planear este estudo, pretendo que seja um contributo válido para os cuidados de

saúde do concelho supracitado e que as conclusões permitam adoptar estratégias de intervenção e de melhoria contínua, ou seja tenham aplicabilidade prática, de modo a contribuir para um projecto de impacto comunitário num concelho que sofre de problemas de interioridade, pobreza e exclusão social.

Tendo como cenário toda a problemática anteriormente apresentada, parece-me oportuno colocar a seguinte pergunta de partida:

► **Quais as necessidades de cuidados de saúde existentes no Concelho de Arraiolos?**

E no seguimento desta, colocar as seguintes perguntas de investigação:

- **Quais os recursos comunitários de saúde que existem/ estão instalados no Concelho de Arraiolos?**
- **Quais as respostas de saúde disponíveis/ existentes no Concelho de Arraiolos?**
- **Quais as expectativas dos promotores de cuidados, com identificação de bases e pontos fortes para um novo modelo de Rede de Serviços Comunitários de Proximidade?**

Com estas questões pretendo orientar o percurso da investigação, analisando situações como a actual rede de prestação de cuidados de saúde existente no concelho de Arraiolos, a importância da existência de respostas adequadas às necessidades da população concelha e os desafios para o futuro.

Os conceitos centrais, em torno dos quais se construiu o objecto teórico, foram o trabalho em rede, o envelhecimento individual e demográfico e a intervenção comunitária.

Desta forma, foram definidos os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

► **Identificar as necessidades de cuidados de saúde no concelho de Arraiolos, tendo em atenção as capacidades instaladas e as respostas existentes.**

Objectivos Específicos:

► **Identificar os recursos comunitários de saúde disponíveis no Concelho de Arraiolos.**

► **Caracterizar junto dos promotores de cuidados as respostas de saúde existentes no Concelho de Arraiolos.**

- ▶ **Caracterizar junto dos promotores de cuidados as carências de respostas de cuidados de saúde existentes no Concelho de Arraiolos.**

- ▶ **Elaborar um modelo de articulação para o desenvolvimento de uma rede de Serviços Comunitários de Proximidades.**

A dissertação apresenta-se dividida em quatro partes. Na primeira, serão apresentadas algumas considerações teóricas em que se enfatizam as noções inerentes à sociologia de intervenção, trabalho em rede e em parceria, intervenção comunitária e uma breve caracterização do Concelho de Arraiolos, no sentido de conhecer essencialmente os aspectos demográficos que caracterizam a sua população e os recursos disponíveis. A este respeito, diz-nos Bell que “ é possível que utilize as suas leituras fundamentais para apoiar principalmente os seus argumentos ao longo do trabalho... constitui uma explicação do contexto em que a pesquisa se integra ” (1997: 190).

A segunda parte apresenta a metodologia que me propus seguir, em função das questões de partida e dos objectivos anteriormente definidos. De facto, de acordo com Gauthier citado por Gemito (2004: 16) “ a metodologia da investigação engloba tanto a estrutura do espírito e da forma da investigação como as técnicas utilizadas para pôr em prática este espírito e esta forma”. Optou-se pelo paradigma qualitativo, definindo o estudo como descritivo e exploratório, em que a técnica de recolha de dados recai na entrevista semi estruturada, estando subjacentes à sua elaboração as questões de investigação anteriormente definidas.

Na terceira parte, serão apresentados e analisados os dados. Finalmente, na quarta parte serão lançadas algumas propostas de intervenção e tecidas as considerações finais.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No actual contexto de mudança social, económico e cultural, as organizações terão de adoptar uma perspectiva sistémica, onde salientamos: a interdependência das partes, a multidisciplinaridade entre as ciências, a multicausalidade dos fenómenos, a visão probabilística, a participação dos diferentes sub-sistemas e a abertura da organização face ao meio envolvente.

1.1- - Sociologia de Intervenção

Intervir e fazer parte de uma mudança social é decerto o desejo de qualquer profissional que trabalha para e com a comunidade. Segundo Guerra (2002: 10), “desde o século XIX, que se desenvolve uma *Sociologia de Campo* que cedo se associou a uma Sociologia de Intervenção”. Ao longo desse século, o método de trabalho de campo vai-se elaborando e complexificando com o objectivo de desenvolver informações cada vez mais fiáveis. No início, a etnologia domina esta sociologia de terreno, mas não apresenta grande impacto público por ter um carácter demasiado descritivo e moralizante.

Na primeira fase da sociologia de intervenção, em meados deste século e até aos anos 70, a intervenção sociológica encontrava-se dividida com dificuldade na articulação entre individuo e sociedade, facto que não pode ser descurado na actualidade, tal como a articulação entre a teoria e a acção. Segundo Guerra (2002: 14) “Kurt Lewis irá ter uma influência decisiva para a pesquisa – acção e é considerado, por muitos o seu fundador.” Embora baseada na dinâmica de grupo, a pesquisa acção de Lewis assenta numa concepção optimista do Homem e da sociedade.

Ao longo deste percurso, e até aos nossos dias, as questões foram-se clarificando e as novas mudanças nas dinâmicas sociais fazem surgir novos métodos e técnicas de acção para explorar. Segundo Guerra (2002: 17) “na actualidade, há uma profunda alteração quer do campo da intervenção, quer das metodologias de pesquisa – acção, sendo precursor desses movimentos, já na década de 70, o desenvolvimento da intervenção sociológica”. Portugal esteve afastado das duas primeiras fases de desenvolvimento de uma sociologia de terreno,

mas hoje em dia já bastante trabalho é desenvolvido baseado nestas premissas.

A intervenção deverá ter como base uma sociologia que deve consciencializar os actores das suas forças e fraquezas, e dos objectivos que se propõem concretizar, fazendo-o de forma racional para que lhes seja possível definir uma melhor estratégia para os atingir.

A sociologia de intervenção deverá ter como matriz de referência a “teoria da acção”, um suporte à acção que tente organizar os pressupostos epistemológicos, teóricos, éticos e metodológicos que suportem a intervenção.

Vários autores têm realizado trabalhos recentes relacionados com a sociologia de acção com diversos resultados e conclusões, dos quais podemos referir algumas elações. Uma teoria de acção presume, que no centro de análise está a relação entre actor e sistema. Segundo Guerra (2002: 35) trata-se “de uma análise que comporta dois elementos. Por um lado, obriga a considerar a lógica de funcionamento do sistema, os elementos do jogo político e a relação interactiva entre os vários elementos da sociedade. Por outro lado, obriga um olhar sobre a lógica da acção, entendida como as racionalidades, os sentidos e as estratégias que actores concretos accionam nessa mesma dinâmica de mudança.”

Mas, e sobretudo, uma teoria de acção obriga ao acompanhamento desse entendimento por aqueles que, comprometendo-se na análise dos problemas, detêm recursos e encontram soluções e, desta forma constroem o mundo social mudando-se a si próprios e aos sistemas de acção. Tenta procurar no sistema os recursos disponíveis e partir para a acção.

A sociologia de intervenção trouxe alguns suportes conceptuais a uma sociologia mais próxima do terreno, procurando, novas articulações entre teoria e acção, entre pesquisa e intervenção.

Estas metodologias apresentam como elemento fulcral da estratégia de conhecimento a relação entre o cientista e o seu objecto de estudo, tendo em vista a mudança de uma situação dada para outra colectivamente desejada. É essencial e ainda mais importante quando se situa no terreno das desigualdades sociais, numa tentativa de todos poderem usufruir do desenvolvimento.

Nesta análise de situações reais, é extremamente difícil o controlo de variáveis e apela-se a um pensamento sistémico, onde a realidade é constituída por vários subsistemas interactivos que não são inteiramente dependentes dos seus elementos constitutivos. Assim, estas metodologias recorrem a posturas mais indutivas e a uma análise sistémica numa maior

interpretação entre a teoria e a prática.

Quando se defende esta visão, deseja-se intervir e fazer avançar o conhecimento científico para a prática real. Também se pode tentar controlar a relação entre a teoria e a prática para elaborar um percurso praxiológico. As posturas do investigador não são todas de base decisional ou científica, mas incidem, em grande medida, no campo profissional onde se está inserido, facto assumido por mim, enquanto interveniente directa e indirecta nos cuidados de saúde concelhios. Porque sou residente deste concelho e simultaneamente estou no terreno, considero essencial o desenvolvimento dos cuidados de saúde em Arraiolos e pode este trabalho trazer conhecimentos e ser um veículo da mudança social.

1.1.1 - O Planeamento

O planeamento, como qualquer metodologia de investigação acção, exige a implicação dos actores nos processos de conhecimento e de acção, pois a resolução de problemas exige o accionamento de recursos (materiais, culturais, simbólicos) e estes estão geralmente dependentes de diversos actores.

Elaborar um plano poderá ser de certo modo uma forma de intervenção. Tal como uma intervenção cirúrgica precisa de um planeamento, a mesma lógica se aplica, na intervenção social.

Quando se elabora um plano de intervenção quer-se de certo modo contribuir para uma mudança ou transformação. Tal como refere Tavares (1993:11) para “o planeamento é fundamental uma aplicação da lógica à tomada de decisões, neste caso concreto no âmbito da Saúde, racionalizando-as no sentido de que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente.”

O planeamento pode ter várias formas de definição. Para Imperatori e Giraldes (1986:5) “pode definir-se o planeamento da saúde como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos.” Ambas as definições vão de encontro a uma finalidade, a uma mudança. Uma num sentido mais restrito e outra no sentido mais lato.

No objectivo das duas definições está a mudança. Provavelmente mudança será o

resultado de uma intervenção.

A actualidade tem sido marcada por processos de mundialização da economia, o que provocou grandes alterações no entendimento dos estados – nação e nas funções do estado, com necessidade de serem assumidas responsabilidades no sistema de cada país. O sistema encontra-se estruturado na base de um contrato social, que gira em torno de quatro preocupações fundamentais: o direito ao trabalho, a luta contra a pobreza e a exclusão social, a protecção contra os riscos individuais e sociais e a promoção da igualdade de oportunidades. Estas funções do Estado trazem uma renovação do olhar sobre a “sociedade civil”, a qual se requer com reforço de democracia e com novos campos de exercício de uma democracia participativa ao invés da representativa. Deseja-se uma sociedade capaz de lidar com o social, com a diversidade das formas de viver e com a complexidade inerente ao mundo actual. Se o desenvolvimento significa alguma coisa, que seja a melhoria das condições de vida.

Partindo do pressuposto que á execução de um plano, chamamos intervenção, e daí resulta uma mudança, o planeamento na saúde implica que antes se tenham feito os devidos estudos, que de uma melhor forma poderão ajudar a compreender a população ao nível dos seus estilos de vida, utilização e necessidade de serviços.

Pretende-se com o planeamento em saúde uma mudança sócio-cultural da população que advém do plano. Este passará sucessivamente por etapas de conhecimento, motivação, experimentação e finalmente adopção. (Imperatori & Giraldes, 1986:7)

A colocação de um plano em prática envolve o desenho de esquemas de actividades.

É importante que os membros da equipa saibam os limites da sua autoridade e responsabilidade respectivas e as relações que existem entre eles. É também fundamental que a finalidade da equipa seja para todos os membros a mesma.

Em suma, para que haja planeamento temos que pensar no futuro, agir sobre esse futuro, decidir/ escolher e fazer um esforço consciente para integrar diferentes decisões.

1.2. – Parceria e Partenariado

As acções com base no partenariado estruturam-se através do encontro de parceiros com as mesmas intenções, que baseiam a sua acção tanto na identificação dos recursos face a um problema como no estabelecimento de objectivos comuns. Estas planificações pretendem

introduzir mudanças, estabelecer consensos face a objectivos e mobilizar tudo e todos com vista à sua concretização.

A noção de **partenariado** abre portas às práticas fundadas no principio da interacção entre as populações, os técnicos, os decisores e administradores para os quais as referências não são tanto poder mas a acção em si mesma, ou seja, a resolução efectiva de problemas que são consensualmente identificados porque são trabalhados no interior de mecanismos de comunicação entre todos os parceiros. Considera-se a reunião de esforços de todos os que se preocupam com a resolução de problemas de forma a traçar objectivos comuns (seja quais forem as divergências noutros domínios da vida social).

Se, no caso português principalmente, parcerias locais mais ou menos formalizadas sempre têm existido e demonstrado importância, a noção de **partenariado** é mais recente e tem imposto a sua importância de uma forma mais gradual.

O **partenariado** apresenta uma estrutura orgânica formal, ao invés da parceria que possui uma orgânica mais informal. O **partenariado** pode ser entendido como fruto da vontade política, institucionalizando-se em projectos, entendendo-se a parceria como a dimensão prática do primeiro, dada a sua capacidade de implementar no local, redes capazes de intervir numa óptica de desenvolvimento local integrado.

Actualmente, utilizam-se os conceitos de parceria e **partenariado**, muito próximos do de redes, para se falar de organizações entre actores institucionais organizados face a objectivos comuns.

Segundo Guerra (2002: 105) “em geral cita-se três elementos que devem ser retidos para a definição analítica e fecunda do conceito de parceria. Trata-se de um **processo** de elaboração e de aplicação de estratégias económicas e sociais. Esse processo é **voluntário** (...). É um processo **decisional**.”

Se atentarmos à legislação e planos actuais da agenda política na área da Saúde reconheceremos que o enfoque sobre o Plano Nacional de Saúde de 2004-2010 de Portugal defende uma visão alargada da saúde, desde o momento da nascença até à morte, em que se pressupõe um sistema centrado no cidadão e para o cidadão que obrigará, necessariamente, a uma intervenção multidisciplinar e complexa que exige a concretização/sedimentação de parcerias entre os principais actores do sistema de saúde.

É imprescindível uma articulação entre os prestadores de cuidados, quer ao nível dos

recursos humanos, quer ao nível das instituições.

Tendo em conta o ciclo vital de cada indivíduo há situações que provocam incapacidades a vários níveis e que nos impedem de ser autónomos. Para além das capacidades que se vão perdendo, fruto do envelhecimento, outras situações há em que o indivíduo passa a estar dependente dos que o rodeiam. A problemática de que se ocupa este estudo centra-se precisamente na questão das necessidades de cuidados de saúde a nível do concelho de Arraiolos. É fundamental que na área da saúde, todos os recursos se aproximem cada vez mais e que se reconheça a importância das articulações interinstitucionais.

De acordo com o diagnóstico das debilidades e necessidades do Plano Nacional de Saúde, verificou-se que existem grandes debilidades a nível nacional, das quais se destaca:

- Insuficiente atenção às determinantes da autonomia e da independência;
- Insuficiência de ambientes capacitadores de autonomia e independência;
- Acesso limitado aos cuidados necessários;
- Deficiente organização dos cuidados;
- Deficiente/inexistente articulação com outros sectores da sociedade;
- Atenção inadequada às necessidades de saúde de grupos específicos.

As grandes modificações que ocorreram na sociedade prendem-se com o aumento progressivo da esperança média de vida e o aumento de pessoas vítimas de acidentes ou com patologias de evolução prolongada, e potencialmente incapacitantes que criam novas necessidades de cuidados de saúde em situação de dependência, exigindo habitualmente uma forte componente de apoio psico-social, a que se deu a designação de cuidados continuados. Consequentemente, tendo em conta a estrutura sociodemográfica do país e as principais causas de morte é necessário um reajustamento do sistema de saúde de forma a prepará-lo para dar resposta às necessidades da população. Consequentemente, pretende-se um sistema de saúde capaz de dar resposta aos utentes dependentes. Esta situação obriga a uma revisão da prestação dos cuidados de saúde a este tipo de pacientes/utentes, visto que se trata de doenças que conduzem à terminalidade, por um tempo indefinido. Na maioria dos casos, os pacientes são idosos, todavia, estas doenças também afectam os mais jovens e as crianças. É necessário que as parcerias nos cuidados de saúde se ajustem aos diferentes tipos de pacientes, assim como á realidade social onde estão inseridos e simultaneamente possam dar resposta ás debilidades e necessidades da população.

1.2.1 – Metodologia Participativa de Projecto

A metodologia participativa de projecto pretende ser um modo de planeamento adequado às ciências sociais, porque inclui as preocupações e os pressupostos de uma sociologia de acção. O que está presente é o desenvolvimento da capacidade dos grupos sociais para definirem os seus objectivos e os meios e modos de concretizarem num futuro desejável.

A metodologia participativa de projecto permite uma maior compreensão da realidade e uma maior eficácia dos meios e das técnicas de intervenção, sendo esta uma metodologia desejável nas nossas comunidades.

Os projectos de intervenção devem ter como pressuposto o desenvolvimento socio-económico integrado das comunidades entendido como um processo permanente de capacidade de intervenção de uma comunidade sobre si própria e o reconhecimento dos grupos sociais para se auto-organizarem. Implica que se considerem os recursos reais e as limitações do meio envolvente e que seja um percurso maleável e continuamente negociável.

Deve-se cada vez mais antecipar para controlar o futuro, salientando-se para isso a importância das análises prospectivas, ao invés das projectivas. As análises prospectivas são cada vez mais, utensílios de apoio ao planeamento e à tomada de decisão, tendo-se desenvolvido para responder às necessidades de planificação a longo prazo nos sectores submetidos a múltiplas e complexas interacções e em cujos resultados de evolução se pretende intervir.

Segundo Guerra (2002) como actividade de planeamento, a metodologia de projecto é: um processo permanente e contínuo, voltada para o futuro, sistémica, interactiva e é uma técnica de coordenação, inovação e de mudança.

A identidade é outro termo que se encontra directamente relacionado e interligado com o projecto. Um projecto segundo Guerra (Outubro, 2006: 25) aparece “ como uma primeira estruturação de intenções, tentativa de clarificação de um percurso possível por parte de um conjunto de indivíduos, focalizados num espaço de acção, cimentados num mesmo objectivo e através de um processo permanente de construção de um processo de “acção colectiva”. Assim, identidade e projecto são noções que não se podem dissociar, pois uma é tributária da outra. As identidades estão organizadas em percursos temporais orientados pelos projectos.

Repare-se porém, que estamos perante uma definição muito abrangente, que pode abarcar múltiplas dimensões, inúmeras áreas de acção, diversas lógicas, que no seu conjunto constituem um sistema de acção complexo. Será necessário accionar os recursos sociais, culturais, educacionais, de saúde, simbólicos ou outros que num trabalho de cooperação procurem uma solução para os problemas e/ ou necessidades diagnosticadas.

A identificação dos actores e a sua chamada para a acção irá variar consoante o trabalho a desenvolver e para cada projecto serão obrigatoriamente diferentes, o que está relacionado com a relação que têm com o sistema de acção. Por isso, as parcerias terão geometrias variáveis, com diferentes evoluções no tempo, implicações, tipo de envolvimento e formalização. Estas variedades fazem aumentar os fluxos e as interacções, que terão uma dinâmica própria, o que refuta cada vez mais os esquemas lineares e perenes neste tipo de trabalho.

As parcerias têm evoluído consideravelmente nesta última década, nomeadamente a partir de programas implementados a nível local, que permitiram potenciar as tradicionais solidariedades sociais, tendo em vista o desenvolvimento entendido numa óptica territorial local.

1.2.2 Trabalho em Rede/ Redes de Parceria

As actuais formas de parcerias tomam formas muito diferentes a alteram-se ao longo do tempo. O conceito de redes começa a ser utilizado para designar a diversidade de formas organizativas e tem como objectivo entender e analisar os mecanismos complexos das interacções, descrever as formas de coordenação e descrever a dinâmica das relações. A noção de rede é a noção elementar que descreve as dinâmicas entre parceiros.

O trabalho em rede é uma das formas de representação de relacionamentos afectivos ou profissionais dos seres humanos entre si ou entre os seus grupos de interesses mútuos. "Uma estrutura em rede (...) corresponde também ao que seu próprio nome indica: os seus integrantes ligam-se horizontalmente a todos os outros, directamente ou através dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que se pode espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Não há um “chefe”, o que há é uma

vontade colectiva de realizar determinado objectivo" (Withaker, 1998).

A rede é responsável pela partilha de ideias entre pessoas que possuem interesses e objectivos em comum e também valores a serem compartilhados. Assim, um grupo de discussão é composto por indivíduos que possuem objectivos comuns conscientes, explicitados e compartilhados.

Patrick le Galés e Mark Thatcher (1995) que trabalham o conceito de redes no contexto das políticas públicas, citados por Guerra (Outubro, 2006), definem alguns postulados inerentes à sua utilização, que são:

- Todas as organizações dependem de outras, no que diz respeito aos recursos;
- Os recursos devem ser trocados, para as organizações atingirem os seus objectivos;
- Na tomada de decisão a organização está sujeita a constrangimentos gerados por outras, mas a «coalizão dominante» permite-lhe uma margem de manobra maior;
- A coalizão dominante permite o accionamento de estratégias no quadro dos regulamentos que regulam os «processos de troca»;
- As variações na margem de manobra dependem dos objectivos e do potencial de poder das organizações. Este último depende dos recursos existentes, das regras e do processo de troca entre organizações.

Assim, pode-se dizer que as redes são o resultado de uma cooperação entre organizações que se conhecem e reconhecem, negociam, trocam recursos e partilham normas e interesses. Porém e segundo os autores supracitados há vários tipos de redes com intenções e formas de estruturação diferentes.

Quadro 1 – Tipos de Redes

Tipo de Rede	Característica da Rede
Comunidade de política pública/ Comunidade Territorial	Estabilidade, membros muito fortemente seleccionados, interdependência vertical, articulação horizontal limitada
Rede Profissional	Estabilidade, membros muito fortemente seleccionados, interdependência vertical, articulação horizontal limitada segundo os interesses da profissão
Rede Intergovernamental	Número de membros limitado, interdependência vertical, articulação horizontal importante
Rede de Produtores	Número de membros flutuante, interdependência vertical limitada, serve o interesse dos produtores
Rede Temática	Número de membros importante e mutável, interdependência vertical limitada

Fonte: (Guerra, 2006: 28)



O interesse da noção de rede é poder dar conta da formação de colectivos de acção, criados por interações locais, com contínuas evoluções no tempo, e que responda às diversas exigências da mudança social.

Uma forma importante para entender as dinâmicas próprias do trabalho em rede é conhecer os sistemas que nela interagem, como se relacionam e como o trabalho é desenvolvido. Os fluxos e ciclos no trabalho em rede deverão estar permeáveis e são canais de circulação de informação, conhecimento e valores.

As redes sociais surgiram e emergiram nos últimos anos como um padrão organizacional capaz de expressar nas suas relações, as ideias políticas e económicas inovadoras, nascidas do desejo de resolver problemas actuais. Representam um grau de complexidade de uma determinada comunidade ou grupo. Sendo assim, as redes sociais, nas suas diferentes configurações locais, indicam uma nova forma de organizar e vivenciar espaços de poder, em que a horizontalidade das relações resulta de alguns princípios, que devem estar expressos na gestão e nas relações: descentralização; insubordinação; conectividade; autonomia, transparência, cooperação e interdependência.

Cada rede tem uma configuração particular: depende do ambiente onde se forma e actua, da cultura dos seus membros e dos objectivos partilhados. O importante é não procurarmos um modelo para definir o que é rede, pois as configurações e dinâmicas são variadíssimas. O que há em comum são os princípios sistémicos do padrão organizacional em rede, por isso é essencial entender o padrão e seus princípios.

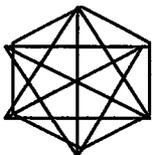
Apesar das diferenças de configuração, podemos identificar nas redes as seguintes características: objectivos partilhados construídos colectivamente; múltiplos níveis de organização e acção; dinamismo e intencionalidade dos envolvidos; circulação de informação; *empowerment* dos participantes; descentralização do poder; múltiplas iniciativas; tendência para processos horizontais com actividades de cooperação e partilha; composição oriunda de diversos sectores; formação permanente; ambiente fértil para parcerias, oportunidade para relações multilaterais; evolução colectiva e individual para a complexidade e configuração dinâmica.

Partindo de um quadro referencial “individual-colectivo”, as parcerias segundo Diniz (2005: 20) “podem ir desde um âmbito interpessoal (micro), até um nível transnacional (macro), surgindo nas palavras de alguns actores, como integradora da visão individual e colectiva.” Implica condições de ambos e só se concretiza na inter relação. Nesta visão integradora, vão surgindo cada vez mais as parcerias que procuram aproximar as instituições e a comunidade.

Nesta perspectiva, o trabalho em rede de parceria resulta de um entendimento recíproco entre os diferentes actores que, voluntária e igualitariamente, fazem convergir os recursos na realização de projectos comuns – forma ideal de parceria. O modelo de organização em rede pode definir-se como um sistema de relações e contactos que vinculam os actores entre si, para partilha de bens, informação ou tecnologia, e que estão para além de simples trocas de mercado ou de relações hierárquicas, pelo carácter de reciprocidade e interdependência (Vasquez-Barquero citado por Cerqueira, 2001).

No trabalho em rede, vários esquemas ou desenhos representativos podem ilustrar o trabalho desenvolvido. Segundo Estivill (1997: 69), aqui o “funcionamento é horizontal e cada elemento da “malha” trás uma cooperação parecida e tensa ao conjunto da rede.”

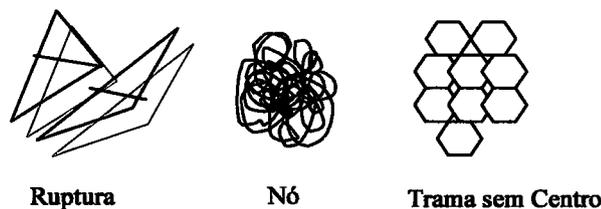
Figura 1 – Modelo de Rede



Fonte: Estivill (1997: 70)

Porém, quando se fala em rede, fala-se de um sistema complexo, com riscos e que segundo Estivill (1997) podem ser de três tipos. Um, como resultado da tensão excessiva de cada actor na procura do seu interesse particular, não se encontram denominadores comuns e acaba por se romper a rede. Dois, que ao não ter um centro claro, a rede se enrede de tal maneira que se transforme num emaranhado sem utilidade. Três, que a rede se vá alargando em demasia e no final se perca toda a finalidade e estratégia comum. Estes riscos podem ser visualizados assim:

Figura 2 – Riscos da Rede



Fonte: Estivill (1997: 70)

1.2.3. – Análise da Acção Colectiva e dos Actores

A acção colectiva é um processo natural e racional de mobilização dos recursos e uma construção social que decorre da necessidade de regulação das organizações. Segundo Guerra (Outubro, 2006: 70) “a acção colectiva é fundamentalmente uma necessidade de decisão e de organização dos sistemas humanos.”

A acção colectiva faz parte da organização dos actores e visa o desenvolvimento, a adaptação e a modernização. Não se trata de uma reacção à mudança e à tensão que esta causa, mas antes uma resposta aos interesses individuais e colectivos do grupo. Assim, para a teoria da mobilização dos recursos, o conflito social repousa sobre a competição entre grupos em torno de interesses comuns.

As análises típicas desta abordagem dão muita atenção às estratégias desenvolvidas pelos grupos para aquisição ou preservação de recursos no terreno económico, político e social, tanto quanto à mobilização dos seus membros para a participação. Analisam-se as regras organizacionais, os conflitos e as formas de decisão e negociação. Compreender a dinâmica relacional (o processo) é compreender os indivíduos antes e no decurso das negociações, fazendo escolhas estratégicas (cooperar, impor, discutir) e compreender que eles operam em função das suas relações de poder.

Segundo Crozier e Friedberg citados por Guerra (Outubro, 2006), o poder constitui um nó central neste jogo de interdependências, mediando projectos e acções. A chave do exercício do poder reside na capacidade de influenciar os outros.

Apostando numa metodologia próxima da pesquisa acção, postula-se que a cooperação

faz crescer o poder total das partes e a capacidade de uma repartição mais equitativa entre ganhos e benefícios.

Relativamente à análise da participação ou à análise da estratégia de actores, esta pretende identificar as pessoas, as instituições ou os grupos envolvidos nos processos de planeamento e noutros projectos de intervenção e aprofundar as características, motivações e mobilização da participação, face aos seus objectivos. Actores, são todos aqueles que agem no interior do sistema de acção. Segundo Guerra (Outubro, 2006:111) “são considerados actores aqueles cujos interesses são afectados pelos objectivos ou actividades do projecto de intervenção, quer por possuírem informações, recursos, experiência para a formulação das estratégias e implementação, quer por constituírem o público a quem se destinam as acções.

A análise da estratégia de actores encontra várias denominações, como a participação ou dinâmica de parcerias. É fundamental analisar os actores e o seu posicionamento face aos projectos de intervenção, desenvolvendo a capacidade de auto-reflexão do conjunto de parceiros e o aumento de participação dos vários actores.

É uma metodologia que visa aprofundar as relações de poder que existem no sistema de acção e construir a acção colectiva a partir de um conjunto diversificado de actores e interesses. Esta análise deve estar presente na prática da acção colectiva, mas é tanto mais obrigatória quando as práticas de gestão geram conflitos. Segundo Guerra (Outubro, 2006: 108) “quanto mais escassos são os recursos e os problemas mais complexos, maior é a necessidade de analisar a dinâmica de actores que permite a sua mobilização e a dos recursos que lhe estão associados.”

No âmbito do planeamento nas ciências sociais, o objectivo é fazer participar os actores, gerar condições de análise crítica das formas de mobilização e também sistemas que aprendessem apoiando-se em contextos de investigação-acção participativa.

A capacidade de concretizar mudanças sociais depende da capacidade de mobilizar os actores sociais que estão relacionados com a mudança pretendida. “Um dos objectivos do planeamento como construção da acção colectiva é organizar um conjunto de actores responsáveis na construção social do bem comum” (Guerra, Outubro 2006: 112).

Também nas nossas comunidades, os actores sociais deverão ser mobilizados para se alcançarem mudanças e serão eles os responsáveis pelas prestações de cuidados de saúde a nível local, assim como pelas alterações que se verificarem necessárias para uma melhoria

global dos mesmos, de acordo com as necessidades.

1.3 – Intervenção Comunitária

A evolução e as transformações sociais e políticas ocorridas nas últimas décadas introduziram mudanças significativas, tanto na vida privada, como pública, das populações actuais. “Um conjunto diversificado de novos domínios (envelhecimento das populações, maior actividade das mulheres fora de casa, aumento das doenças crónicas), têm conduzido à reorganização dos cuidados de saúde, bem como, dos seus actores” (Augusto & Carvalho citados por Barreiros, 2006: 43).

Na prestação de cuidados de saúde em geral a família e a comunidade social têm constituído e deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento do internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito.

Uma das finalidades da Intervenção Comunitária é incentivar o estabelecimento de parcerias com instituições locais, tendo em vista o desenvolvimento social e comunitário, pela implementação de projectos de âmbito multisectorial que contribuam de forma significativa para a melhoria das condições de vida da população, dando resposta às suas necessidades reais.

Esta metodologia de desenvolvimento social, além de pretender atingir os objectivos definidos no sentido de dar resposta às necessidades da população, pauta-se pela capacidade de promover a acção participativa da comunidade, seja ela de natureza formal ou informal. Deve-se ter como princípios orientadores da acção a integração e a multidimensionalidade, entendidas como a convergência de medidas com vista ao desenvolvimento e promoção das comunidades locais, apelando à convergência de sinergias e à congregação dos recursos (PNAI 2006-2008). A intervenção comunitária encara a população com quem trabalha como parceira dos profissionais e instituições, numa atitude que permite conhecer de uma forma mais próxima as suas preocupações, interesses e necessidades, numa atitude de partilha do

saber e das responsabilidades.

O técnico de saúde, nomeadamente o enfermeiro enquanto educador para a saúde deve incentivar à responsabilidade partilhada e, como tal, propicia à participação colectiva na busca de soluções. Deve ainda contextualizar a saúde nas situações sociais e condições de vida que nela influem.

A comunidade é pois, sem dúvida, um espaço privilegiado para desenvolver um modelo de intervenção, pois permite estreitar a ligação à comunidade local, promovendo a cidadania e valores da solidariedade social, intervindo numa perspectiva sistémica e holística. Os projectos de intervenção comunitária visam essencialmente trabalhar com a população em vez de trabalhar para a população, contribuindo de forma significativa para a melhoria das condições de vida da mesma, não descurando os seus saberes e competências.

Parece consensual que é necessário garantir que se adquiram os conhecimentos necessários, essenciais à consecução dos objectivos a que nos propomos: prestar cuidados à pessoa em situação de carência/ dependência, providenciando sempre que possível o atendimento das suas necessidades.

Os utentes, 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. De acordo com Squire, 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, 2005: 365). Os utentes e os seus prestadores de cuidados têm de ter a capacidade para aproveitarem melhor todos os recursos existentes e para sentir que assumem o controlo da sua vida e da sua saúde.

“Torna-se fundamental o envolvimento e cooperação de toda a equipa e também de todos os parceiros sociais, numa visão integradora do sistema local de saúde, permitindo, desta forma, uma continuidade e optimização dos cuidados de saúde” (Augusto & Carvalho citados por Barreiros, 2006: 47).

É na articulação entre prestadores, na complementaridade e coordenação dos recursos e no aproveitamento integral das capacidades existentes que se ergue a ideia da importância de um estudo local para determinar quais as necessidades de cuidados de saúde existentes, privilegiando-se a articulação entre os vários níveis de dependência e a rede social de apoio, o

desenvolvimento de parcerias e a mobilização dos recursos da comunidade, tendo em vista a construção de uma rede capaz de dar resposta á população que abrange.

Para uma perspectiva sócio-organizacional na saúde, é, por isso, necessário articular os principais actores do processo de forma a consolidar a continuidade dos cuidados de forma parceira. Da mesma forma que o paciente deve ser encarado como um todo nas suas diferentes dimensões, também o sistema de apoio ao paciente deverá consistir numa estrutura coesa e única que zele pelo seu bem-estar e pela qualidade dos cuidados a prestar-lhe.

É nesta abordagem que a nossa conduta deve ser orientada no sentido de apoiar e ajudar as pessoas a encontrarem um equilíbrio que lhes permita superar as alterações implantadas, e consecutivamente favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente, garantindo uma qualidade nos cuidados prestados.

É necessário que esta articulação constitua uma realidade e se consolide.

Na era de competitividade e da informação é pois crucial a racionalização de recursos e a reestruturação organizacional.

Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, quer do ponto de vista social quer do ponto de vista da saúde, no sentido de dar resposta aos utentes na comunidade, têm sido amplamente desenvolvidos, no entanto, insuficientes para o grau de carência das populações. As mudanças ocorridas levaram a uma evolução dos cuidados, criando novas possibilidades de forma a responder às necessidades específicas da população. Estas necessidades estão em plena mutação sendo premente a adequação dos serviços tanto a nível social como da saúde. Neste contexto, uma filosofia na qual se apostou e se continua a apostar e de extrema importância para a saúde da população (incluindo no concelho de Arraiolos) são os cuidados continuados.

André (2002) citando Silva e Coelho, refere que 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 de dependência em que a componente social é relevante. Este aspecto acentua a ênfase na questão da continuidade técnica e social da prestação de cuidados. A necessidade de criação de unidades de cuidados continuados, mais do que nunca, é hoje uma realidade.

Os cuidados continuados de saúde devem definir-se como um sistema organizado para a satisfação do utente/ família, composto por serviços e mecanismos integrados que cuidam

destes ao longo do tempo, através de um conjunto articulado dos serviços de saúde, serviços sociais e entidades privadas.

Considerando o disposto no regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. A 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.

Entende-se por Cuidados Continuados Integrados, 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, 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.

Por serviço comunitário de proximidade entende-se a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir.

Constitui objectivo geral da Rede a prestação de Cuidados Continuados Integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

- Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e

equipas de cuidados;

- Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;

- Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;

- Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos.

A (s) equipa (s) coordenadora (s) local (ais) articula (m) com a coordenação a nível regional, assegura (m) o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades.

Pretende-se através da rede uma prestação conjunta e continuada de cuidados de saúde e apoio social, de forma integrada, a utentes dependentes e/ou em risco de perda de autonomia, independentemente da sua idade, apesar de a maioria dos beneficiários dos cuidados continuados serem idosos. Pode referir-se que este tipo de cuidados se destina, maioritariamente, às pessoas idosas, às pessoas em situação terminal que necessitem de cuidados paliativos, às pessoas com doença crónica com tendência para evoluir para situação de incapacidade, aos doentes com demência e às pessoas com situações transitórias de dependência.

Os Cuidados Continuados baseiam-se num modelo de intervenção integrada, que prevê diferentes tipos de serviços para a prestação simultânea de cuidados de saúde e de apoio social, articulados de acordo com as diferentes necessidades dos seus utilizadores.

Estes cuidados assentam no princípio de que o utente e a família se encontram no centro das decisões, visando responder às necessidades globais do doente com dependência crónica ou transitória, bem como da sua família. Privilegiam a proximidade e qualidade dos cuidados, com base na inter e transdisciplinaridade profissional, promovendo o trabalho em parceria e a articulação com os recursos da comunidade.

A filosofia subjacente a este tipo de cuidados, enfatiza a manutenção da pessoa no seu meio ambiente e familiar, recorrendo aos prestadores de cuidados formais em situações que assim o determinem, podendo ser tanto ao nível dos cuidados de saúde como do apoio social.

Devem ainda garantir a continuidade dos cuidados e estar de acordo com as necessidades do indivíduo/família, pelo que é crucial perceber a dinâmica familiar e o contexto social envolvente.

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

Tal como refere Andrade, citado por Cabrita (2004), a continuidade de cuidados centra-se essencialmente na prestação de cuidados no domicílio, contribuindo desta forma, para uma resposta mais humanizada, privilegiando-se a permanência da pessoa dependente no domicílio, o que vai ao encontro das aspirações, tanto do doente como da família, além do próprio Estado, ao diminuir o elevado número de internamentos e consequentemente os gastos em saúde.

Perspectiva-se, assim, que este tipo de cuidados permite diminuir o elevado número de internamentos e consequentemente os elevados gastos na área da saúde. De acordo com a OMS, Quintela (2002: 5) considera que “os cuidados continuados envolvem um potencial de integração das dimensões física e psicológica, social e económica dos cuidados, a promoção das relações entre utilizadores e prestadores de serviços, um papel mais activo dos utilizadores na manutenção da sua saúde e a diminuição dos custos dos cuidados (...), melhorando a satisfação dos utilizadores com os serviços e dos profissionais com as suas tarefas.”

É pelas razões expostas que a intervenção e o investimento a este nível devem ser pensados e equacionados. Assim sendo, é urgente a reorganização dos serviços e investir na rede de assistência, fomentando a expansão de equipas multidisciplinares e o trabalho em parceria, no sentido de rentabilizar os recursos humanos, financeiros e materiais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo/família, inseridos numa comunidade.

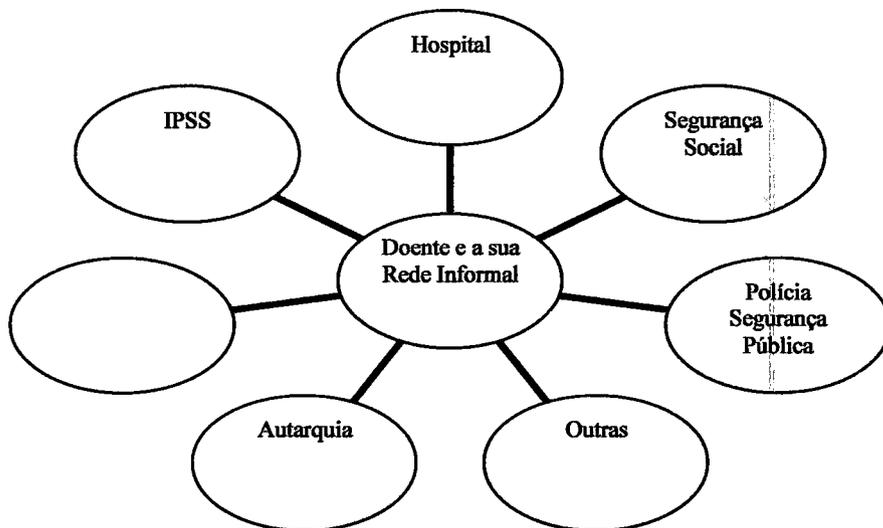
Desta forma será possível desenvolver o auto-cuidado e o desenvolvimento da autonomia do utente e da família. Ao atingir os objectivos referidos estar-se-ão a prevenir situações de incompreensão, isolamento, solidão, exclusão, negligência ou outras situações que ainda são comuns, quando não existe qualquer tipo de apoio ou abordagem integrada.

De entre todos os possíveis destinatários da Rede de Cuidados Continuados, salienta-se a doença e a velhice como as principais situações para beneficiários da mesma, em diversas bibliografias consultadas. Porém cada caso terá de ser visto de uma forma individual, pois se a doença e a velhice, de um modo geral, fazem parte e são comuns na experiência humana, são também processos vivenciados de forma individual e subjectiva por cada pessoa tendo efeitos diferentes.

Contudo, cuidar de um utente com todos os seus problemas associados no seu próprio domicílio exige níveis de organização e cooperação no terreno muito elevados. Neste sentido colocam-se á disposição do utente e da sua família, um conjunto de serviços e cuidados pluridisciplinares. Segundo Pereiro, Ruaz, Carvalho e Miguinhas (2006: 10) “ este carácter pluridisciplinar passa por uma articulação entre diferentes parceiros – hospitais, centros de saúde e instituições de base comunitária, entre outras – e da qualidade de prestações que cada membro da rede pode facultar.”

O esquema apresentado em baixo exemplifica uma das formas como os vários serviços ao dispor dos utentes se unem para conseguirem dar respostas, integrando a Rede de Cuidados Continuados.

Figura 3: Parceiros na Rede de Cuidados Continuados



Fonte: Pereiro, et. al (2006: 10)

1.3.1 - A Família e os Prestadores de Cuidados Informais

A família continua a constituir a base da sociedade e o grande suporte no apoio aos diferentes tipos de dependência em Portugal, os quais atravessam todos os níveis etários.

O sentimento de obrigação pessoal/familiar e a solidariedade familiar/conjugal estão subjacentes à determinação dos cuidadores familiares ou informais, em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever. Cada vez mais se deve tomar consciência dessa realidade, reconhecer-lhe a sua dignidade, e encarar este trabalho “invisível” e maioritariamente voluntário, como um contributo inestimável com vista a uma sociedade melhor e mais solidária.

A evolução da composição da Família, em Portugal, tem vindo a evidenciar, como noutros países da Europa Comunitária uma situação do envelhecimento demográfico da população portuguesa:

- Em mais de 30% dos agregados familiares portugueses vive pelo menos um idoso com mais de 65 anos;
- O número de pessoas com mais de 65 anos atinge 1 548 000, prevendo-se que ultrapasse em 2020 as 2.000 000 pessoas;
- De entre os idosos vivendo sós, verifica-se um peso muito significativo de Mulheres (78% Mulheres, 28% Homens), traduzindo uma esperança de vida mais elevada, e um mundo idoso predominantemente feminino;
- Uma redução do número de pessoas por agregado familiar, evidenciando famílias cada vez mais pequenas.

Fonte: Censos 2001

Com as famílias a decrescer em dimensão e em estabilidade, com cada vez mais mulheres a desenvolver actividade profissional fora de casa, com as casas cada vez mais pequenas e mais distantes, quer do local de trabalho, quer do local de residências dos familiares mais velhos, e com um número crescente de pessoas mais velhas vivendo sós, torna-se indispensável equacionar a organização e a prestação de cuidados a um grupo etário que necessariamente vai ter de defrontar situações de dependência acrescidas, com necessidade de mais apoios, tanto apoio pessoal como apoio em saúde.

Neste contexto, há que pensar e preparar com antecedência, a nível dos próprios idosos, dos utentes dependentes e destes com as suas famílias, formas das pessoas se

organizarem e reorganizarem, quer em termos de apoio com pessoal interno ou externo, quer a nível de espaço e local de domicílio, de forma a conseguirem permanecer no domicílio escolhido durante o máximo de tempo possível.

A permanência de pessoas dependentes nos domicílios escolhidos, com ou sem apoio domiciliário dedicado, obriga naturalmente a um esforço de reorganização da família, amigos e vizinhos; e também a que exista alguém que assuma a figura de “cuidador principal”, assegurando a coordenação da organização necessária.

Cada vez mais se vai tomando consciência da complexidade do relacionamento “cuidador informal - pessoa dependente”, e dos efeitos positivos e negativos sobre a célula familiar, restrita e alargada. A situação em si é naturalmente complexa para ambas as partes, desencadeando um conjunto de sentimentos e de emoções que, muitas vezes, pode dificultar a prestação dos cuidados. Por outro lado, e para o bem-estar de ambas as partes, é fundamental que se proceda de uma forma tecnicamente adequada, que permita: a quem presta cuidados, manter a sua saúde física e mental e assim conseguir contribuir para o bem-estar de terceiros, sem pôr em risco a sua própria situação pessoal; a quem recebe os cuidados, sentir-se bem, confortável e o mais autónomo e independente possível. Ninguém gosta de depender de outras pessoas no seu dia-a-dia, e está provado que as pessoas mais autónomas se sentem mais felizes, têm menos doenças e vivem mais tempo.

Não é demais salientar a importância do apoio que é necessário assegurar aos prestadores de cuidados informais em matéria de apoio domiciliário, ajudas técnicas, apoio médico e de enfermagem, conforto e apoio social e psicológico, com vista a auxiliar o prestador de cuidados a suportar a sobrecarga que recai sobre si, quando assume a responsabilidade dos cuidados.

Quando a situação de dependência se agrava, e a sobrecarga de cuidados aumenta, a permanência no domicílio escolhido pode tornar-se excessivamente difícil, pesada e onerosa, colocando-se a situação da necessidade de internamento, por curtos períodos de tempo (para convalescença, férias, descanso da família) ou para internamentos de maior duração.

São decisões que devem ser preparadas com cuidado e atenção, evitando o sentimento muito comum de sentimento de culpa, e em colaboração e diálogo com os próprios, quando possível, procurando transmitir de forma positiva as razões da decisão de mudança.

Os cuidadores são homens e mulheres comuns, de todas idades, classes sociais e profissões que, de um momento para outro, se vêem na situação de cuidar de alguém que lhes é próximo. Desejam proporcionar conforto e bem-estar à pessoa de quem cuidam e ajudar a suprir da forma mais adequada as limitações inerentes ao grau de dependência que a afecta. O cuidador pretende manter e, se possível melhorar, a funcionalidade orgânica da pessoa com dependência e promover a sua autonomia, respeitando a sua privacidade e mantendo a relação de respeito que sempre existiu. Para isso, é importante recorrer ao apoio técnico especializado a nível médico, de enfermagem, de reabilitação e ocupacional, mas é também indispensável conhecer as regras básicas do apoio nas actividades de vida diária.

1.4 – Envelhecimento da População

Na actualidade, entre as enumeras problemáticas, uma das mais preocupantes para a sociedade é sem dúvida o fenómeno do envelhecimento demográfico.

A maior esperança de vida à nascença e o processo de diminuição da população em Portugal, trará consequências várias, com especial incidência na população idosa. Segundo as previsões da União Europeia citados por Matias (2006: 6) “Portugal terá em 2050, 32% de população com 65 anos ou mais, o dobro da actual (cerca 17%), sendo que, seremos o País com menor percentagem de população activa.”

A longevidade, se por um lado é um bem, traz consigo incapacidades e limitações, a que os Serviços de Saúde e de Apoio Social têm de dar respostas profissionalizadas, articuladas e a tempo inteiro.

O envelhecimento demográfico coloca à sociedade questões de diversa natureza, tendo hoje um forte impacto social, devido às dimensões que assumiu e às consequências demográficas, sociológicas, económicas, políticas e ao nível da saúde, que daí advém.

Os diversificados esforços para a melhoria das condições de vida, nas sociedades contemporâneas, tem como consequência o aumento da esperança média de vida, verificando-se o crescimento da população idosa, essencialmente nos países desenvolvidos. Este processo é acompanhado por mudanças sociais, económicas e culturais, decorrentes do processo de desenvolvimento sócio-económico.

Este aumento progressivo de pessoas idosas, trouxe consigo alguns problemas graves,

já que o processo natural de envelhecimento é acompanhado pelo aumento de doenças crónicas o que contribui para um elevado e crescente número de situações de dependência física, psíquica e/ou social.

O Estado e as instituições tradicionalmente vocacionadas para o apoio a esta população, terão de encarar o prolongamento da vida e a situação das pessoas com dependência, com o adequado ajustamento dos cuidados a prestar.

O aparecimento de doenças crónicas associadas à longevidade actual é uma das principais causas do crescimento da taxa de idosos com incapacidades, para os quais as repostas existentes são insuficientes ou inadequadas, pois estas deverão ser centradas no sujeito e no seu contexto sócio - familiar.

Tendo em conta o aumento de situações de dependência, existe uma grande preocupação em promover a autonomia destes indivíduos, reforçando e incentivando a sua prestação de cuidados recorrendo aos meios adequados consoante a situação. A prestação de cuidados à pessoa com dependência com a ajuda de recursos materiais representa um novo desafio para o sistema de saúde. O envelhecimento com dependência ou a dependência resultante de um processo agudo ou crónico traumático exigem definição de prioridades nas políticas sociais e de saúde. A implementação destas políticas visa a resolução dos problemas e exige um conhecimento das situações particularmente vulneráveis e das necessidades nos diferentes contextos sócio - familiares.

A prevenção das doenças crónicas e degenerativas, os cuidados de saúde à pessoa com dependência e o suporte aos cuidadores informais representam novos desafios para o sistema de saúde.

Os idosos são também um dos grupos mais vulneráveis à desigualdade de rendimento. Apesar de ter ocorrido uma melhoria sustentada assegurada pelo sistema de segurança social e do sistema de pensões desde a segunda metade da década de 90, prevalecem situações extremamente vulneráveis de idosos que vivem de pensões com valores muito baixos.

Outro tipo de situações, como seja, a perda de autonomia, isolamento social, más condições habitacionais e difícil acesso a serviços de saúde ou de apoio social, reforça as vulnerabilidades das pessoas idosas.

Nas últimas décadas, as constantes alterações das condições de vida em Portugal e no Alentejo em particular (onde o concelho de Arraiolos está inserido), provocaram profundas transformações demográficas e determinaram novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente para as pessoas mais idosas. Por outro lado, o aumento da esperança de vida, o elevado número de idosos, os problemas de saúde específicos destes utentes leva igualmente à necessidade de repensar o sistema de saúde português. Esta nova conjuntura obriga a uma reflexão que reúna todos os actores da saúde: pacientes/utentes, médicos, enfermeiros e instituições de apoio aos cuidados médicos.

É de salientar que a Organização Mundial de Saúde estima que nos próximos 20 anos aumentem em cerca de 300% as necessidades em cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada. Surgirão, assim, novas necessidades de saúde de apoio social, principalmente de longa duração. Estas mudanças reclamam das políticas de saúde e de solidariedade a adopção de uma abordagem que privilegie a satisfação das crescentes carências nesta matéria (Resolução do Conselho de Ministros nº 59/ 2002).

Efectivamente, o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, verificadas em Portugal e no Alentejo, determinam novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas adequadas, uma vez que os últimos anos de vida são, frequentemente, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes susceptíveis de prevenção, tratamento e recuperação e, sempre, com possibilidade de manutenção da dignidade e qualidade de vida.

Segundo Fernandes, citado por Barreiros (2006: 52) “no cenário de envelhecimento futuro, é importante que as instâncias produtoras de políticas sociais se preparem para as transformações que começaram a ter lugar(...). A velhice dependente vai ser o grande desafio já no início do milénio.”

Em suma, as alterações da estrutura populacional conduzem-nos a uma nova conjuntura sócio demográfica. A melhoria da qualidade de vida ao longo dos tempos levou a um aumento da esperança de vida, que se reflecte num grande número de idosos, que necessitam de cuidados específicos. É necessário e urgente que se repensem estas necessidades para as satisfazermos.

1.5. - Território e Demografia do Concelho de Arraiolos

A região Alentejo, situada no sul de Portugal, é a maior região do país com um total de 26.931,00 Km² de superfície, representando cerca de um terço da superfície total de Portugal Continental. Esta região é marcada por aspectos conjunturais que interferem de forma decisiva no seu processo de desenvolvimento, assim como nas respostas que o serviço de saúde deverá prestar à população, sendo eles: povoamento concentrado e baixa densidade populacional; decréscimo acentuado do número de efectivos populacionais; declínio acentuado da fecundidade e índice de envelhecimento muito elevado; existência de um grande número de famílias monoparentais idosas; elevado grau de analfabetismo; dificuldades económico-sociais; dificuldade na fixação de profissionais; limitações e insuficiências técnicas com grande dependência dos Hospitais Centrais de Lisboa.

A vila de Arraiolos localizada na Região do Alentejo Central, apresenta traços específicos do Sul, sendo a sede de um concelho com 7 freguesias. Arraiolos possui uma área total de 684,06 Km², cerca de 9,45% da área do Alentejo Central, para uma população de 7661 habitantes (Censos 2001), repartidos por 7 freguesias: Arraiolos (sede de concelho), Igrejinha (10 km da sede de concelho), Sabugueiro (15 km da sede de concelho), S. Gregório (12 km da sede de concelho), S. Pedro da Gafanhoeira (10 km da sede de concelho), Vimieiro (18 km da sede de concelho) e Santa Justa (17 km da sede de concelho).

Situado a 130 km de Lisboa, 95 km de Espanha e 21 km de Évora, o concelho de Arraiolos tem uma posição geográfica privilegiada, que lhe confere potencialidades turísticas acrescidas se for considerado todo o seu património natural, arquitectónico e artístico. O concelho de Arraiolos está integrado quase na totalidade na bacia hidrográfica do Tejo, com as ribeiras de Divor e de Tera a constituírem os seus principais cursos de água.

Desde 1940, o concelho de Arraiolos tem vindo a perder população. Na década de 90, o concelho de Arraiolos perdeu população em todas as freguesias. Em 2001, através da Portaria nº 1467 – A/ 2001 de 31 de Dezembro de 2001, Arraiolos foi declarado como concelho com problemas de interioridade.

Figura nº 4: Mapa do Concelho de Arraiolos



Fonte: Câmara Municipal de Arraiolos, disponível em www.cma.pt

O Concelho é, essencialmente rural, abrangido por duas grandes áreas de influência urbana: a de Évora (a sul) e a de Estremoz (a oriente). Este posicionamento geográfico tem condicionado o seu desenvolvimento, tanto no que respeita à estruturação dos sectores de actividade económica nele presentes como, conseqüentemente, nas repercussões que tal acarreta relativamente à sua evolução demográfica, económica e social.

Desde os anos 40 (como já havia supracitado) que o Concelho vem registando um decréscimo populacional, com destaque para a década de 60 em que esse fenómeno foi mais acentuado, chegando-se a 2001 a uma situação em que o envelhecimento e os reduzidos quantitativos demográficos da maior parte das freguesias se constituem como a principal ameaça ao seu processo de desenvolvimento sustentável futuro.

Estamos perante um concelho que no contexto do País manifesta uma forte dominância rural apesar de, em termos relativos, não deixar de ser importante a existência de alguma actividade industrial, mas que aparenta não ser acompanhada por idêntico peso proporcional, pelo menos em termos da composição empresarial, ao nível dos serviços e do comércio.

1.5.1 – Distribuição da População segundo o Grupo Etário

A estrutura etária da população residente em 2001, analisada a partir dos grandes grupos etários, evidencia um envelhecimento bastante notório nas freguesias de S. Gregório (cerca de 40% da população tem 65 anos ou mais), Vimieiro (31%) e Santa Justa (30%).

Por outro lado, apenas nas freguesias de Arraiolos e Igrejinha a parcela de população mais jovem, entre os 0 e os 24 anos, é superior à dos idosos. Nas restantes cinco a situação inverte-se. No caso do Concelho, no seu conjunto, cerca de ¼ dos residentes tem entre 0 e 24 anos, ¼ tem 65 anos ou mais e aproximadamente metade dos habitantes tem entre 25 e 64 anos.

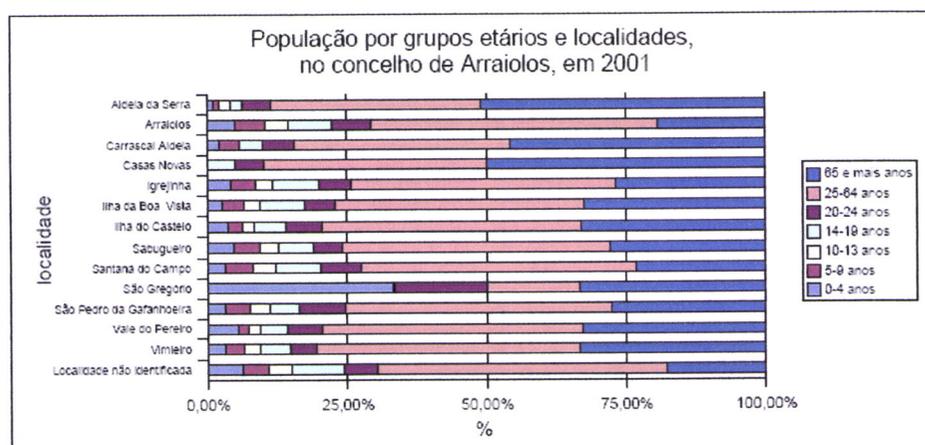
Quadro 2 – Estrutura Etária da População Residente

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE, 2001

Freguesias	Grupos etários (idades)			
	0-14	15-24	25-64	65 e +
Arraiolos	511	481	1795	762
Igrejinha	109	101	368	191
Sabugueiro	64	50	218	121
Santa Justa	26	21	110	69
São Gregório	37	42	159	158
S. Pedro Gafanhoeira	74	85	297	167
Vimieiro	177	156	764	503
Concelho	998	936	3711	1971

Fonte: INE - Censos 2001

Gráfico 1 – População por Grupos Etários e Localidades



Fonte: INE (Censos 2001 – dados não publicados)

Verifica-se que o grupo etário com maior expressão compreende a população dos 25 aos 49 anos e 65 e mais anos. Isto reflecte um número reduzido de crianças e jovens e um acréscimo da população envelhecida, o que permite dizer que estamos perante uma população duplamente envelhecida.

1.5.2 Duplo Envelhecimento no Concelho de Arraiolos

Um dos aspectos mais marcantes da demografia do concelho é o envelhecimento da população, o índice de envelhecimento (relação existente entre a população com 65 ou mais anos e a população com 0-14 anos) é actualmente de 197 idosos por cada 100 jovens, ou seja, o número de idosos a residir no concelho é aproximadamente o dobro dos jovens.

Nos últimos sessenta anos o concelho de Arraiolos perdeu 5532 habitantes, o que evidencia a desertificação humana que se vem verificando.

Este envelhecimento da população no Concelho, na sua maioria, deve-se bastante mais à diminuição dos jovens do que ao aumento da parcela dos idosos, como já podemos constatar e se pode constatar também no quadro seguinte

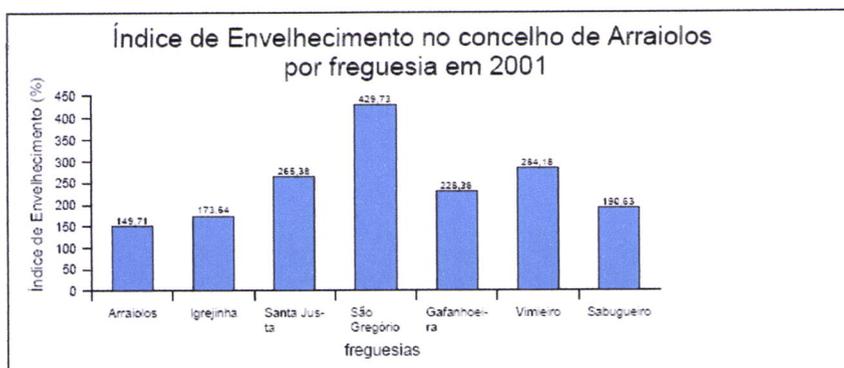
Quadro 3 – Índices e Ratios do Concelho de Arraiolos

	1991	2001
Índice de Envelhecimento (%)	134,6	197,49
Índice de Juventude (%)	74,29	50,63
Ratio de Dependência de Jovens (%)	26,4	21,48
Ratio de Dependência Total (%)	61,94	63,89
Ratio de Dependência de Idosos (%)	35,54	42,41

Fonte: INE (Censos 2001 e Anuário Estatístico 2001)

O Índice de Envelhecimento (que representa a relação entre o total de idosos sobre a população jovem existente) apresenta-se como mais elevado na freguesia de S. Gregório (429.7 por cada 100 jovens), seguida do Vimieiro (284.18 por cada 100 jovens) e Santa Justa (265.4 por cada 100 jovens), apresentando assim, valores muito acima da média do Alentejo Central (164.7 para cada 100 jovens) e de Portugal (102.3 para cada 100 jovens).

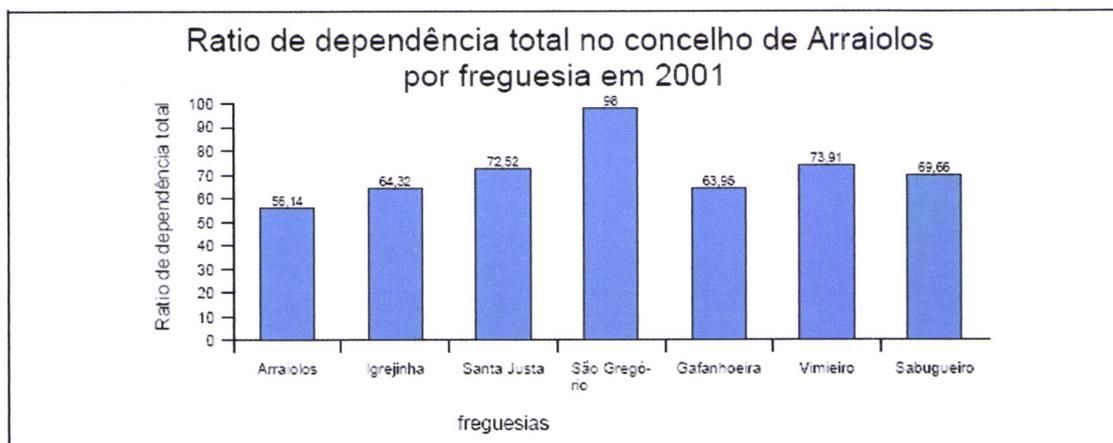
Gráfico 2 – Índice de Envelhecimento no Concelho de Arraiolos



Fonte: INE (Censos 2001)

O Índice de Dependência Total, traduzido pela parcela da população jovem e idosa (com menos de 15 anos e com 65 e mais anos) sobre a população potencialmente activa (entre os 15 e os 64 anos) traduz uma situação preocupante: uma excessiva dependência. Efectivamente, na maioria das freguesias os valores ultrapassam os 60 e os 70%. Na freguesia de S. Gregório chega mesmo a atingir os 97%.

Gráfico 3 – Ratio de Dependência Total no Concelho de Arraiolos



Fonte: INE (Censos 2001)

O Ratio de Dependência de Idosos apresenta-se mais elevado na freguesia de S. Gregório, seguida do Vimieiro e Sabugueiro, o que é justificado pelo elevado Índice de Envelhecimento e pelo facto da população activa também ser em menor número.

O Ratio de Dependência de Jovens apresenta-se mais elevado na freguesia do

Sabugueiro (23,7%), seguido da freguesia de Arraiolos (22,5%) e mais reduzido na freguesia de S. Gregório (18,5%) e Vimieiro (19,2%).

O Ratio de Dependência Total, apresentando a relação entre o total da população jovem e idosa sobre a população activa, apresenta-se como mais elevado, nas freguesias de S. Gregório e Vimieiro. A freguesia de Arraiolos e da Igreja Nova são as que apresentam uma situação mais favorável a este nível.

Da comparação do índice de dependência com a estrutura etária facilmente se compreende que esta grande dependência é o resultado das respectivas estruturas etárias duplamente envelhecidas.

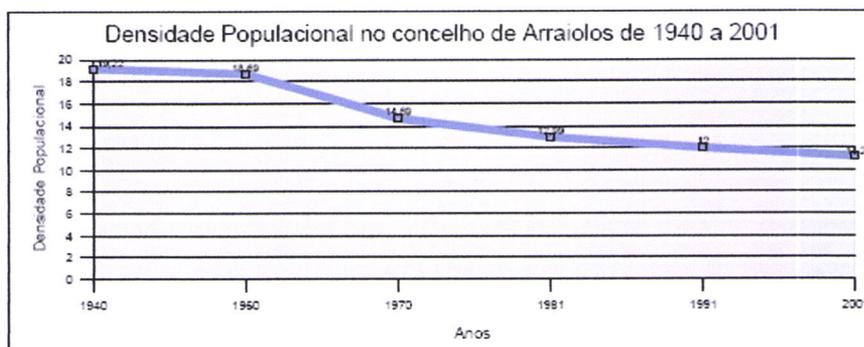
No entanto, nestas análises é preciso ter em atenção os reduzidos quantitativos populacionais de algumas destas unidades geográficas porque, como parte de quantitativos de pequena dimensão, qualquer modificação de comportamento tem um impacto grande em termos relativos.

1.5.2.1 – Evolução da População

O concelho de Arraiolos tem registado decréscimos populacionais desde 1940, ano em que atingiu o valor máximo (13.148 habitantes). No entanto, de acordo com os Censos, foi na década de 60 que perdeu mais população, cerca de 21,4%, devido quer à emigração, quer à saída para centros urbanos de maior dimensão. Na última década perdeu 7,2% dos seus residentes.

Relativamente ao concelho de Arraiolos, os censos 2001 indicam que tem 7616 habitantes, tendo perdido população relativamente a 1991 (a variação negativa da população residente foi de 7,2 %). O único grupo etário que teve uma variação positiva foi o grupo dos “65 ou mais anos”, o grupo etário dos “0 a 14 anos” foi o que apresentou a maior variação negativa.

Gráfico 4 – Densidade Populacional no Concelho de Arraiolos



Fonte: INE (Censos 2001) e PDM (1994)

As densidades populacionais das freguesias em 2001 traduzem a existência de uma fraca intensidade de ocupação do território concelhio. A freguesia de Arraiolos, onde se localiza a sede de concelho, é a única que tem uma densidade populacional acima de 20 habitantes por Km². Nas restantes os valores são extremamente baixos, o que se traduz numa densidade média para o concelho de Arraiolos de 11 habitantes por Km².

O concelho de Arraiolos mantém a tendência para a desertificação que já demonstrava na década anterior. Continua a perder população e em 2001 é um concelho com menos população do que registava em 1900.

A emigração e os movimentos migratórios internos para os grandes centros urbanos foram responsáveis por saldos migratórios negativos, mas também por alterações nas taxas de natalidade, que se reduziram bastante, devido à saída de população em idade de procriar (activos homens numa primeira fase, e ambos os sexos posteriormente).

As taxas de mortalidade superam as de natalidade e tanto o saldo natural como o migratório são negativos. Não tendo conseguido alterar esta situação e atrair novos residentes, a estrutura da população do Concelho é, assim, duplamente envelhecida (como já havia sido supracitado), já que a progressiva redução do número de crianças e jovens é acompanhada por um acentuado acréscimo de idosos.

Quadro 4 – Evolução da População Residente

EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE, 1991-2001, POR FREGUESIA

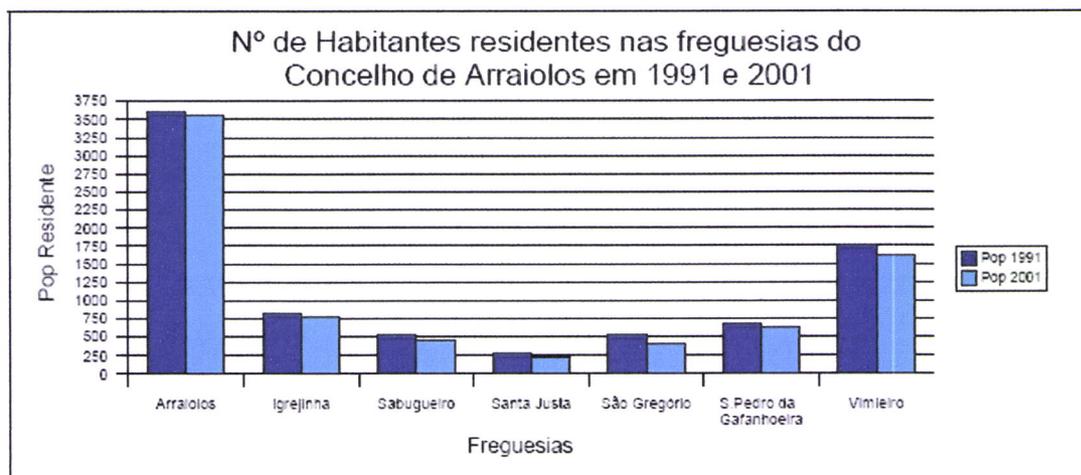
Freguesias	Pop. residente 1991	% do concelho	Pop. residente 2001	% do concelho
Arraiolos	3599	43.8	3549	46.6
Igrejinha	824	10.0	769	10.1
Sabugueiro	526	6.4	453	5.9
Santa Justa	280	3.4	226	3.0
São Gregório	529	6.4	396	5.2
S. Pedro Gafanhoeira	679	8.3	623	8.2
Vimieiro	1770	21.6	1600	21.0
Concelho	8207	100.0	7616	100.0

Fonte: INE - Censos 91 e 2001

As sete freguesias que compõem o concelho têm tido um comportamento distinto: As freguesias de Arraiolos e Vimieiro são as mais populosas, concentrando cerca de 67% da população do Concelho, acentuando-se a posição cimeira de Arraiolos entre 1991 e 2001, que detém quase 50% dos residentes no Concelho. Pelo contrário, as freguesias de Santa Justa, S. Gregório e Sabugueiro são as de menor dimensão populacional, não atingindo o limiar dos 500 habitantes.

Em 1991 e 2001 a distribuição da população residente pelas freguesias era a que o quadro seguinte apresenta.

Gráfico 5 – Número de Habitantes Residentes nas Freguesias



Fonte: INE (Censos 2001) e PDM (1994)

Em termos da variação populacional constata-se que, nos últimos dez anos, nenhuma das sete freguesias registou acréscimos populacionais. Até a freguesia onde se situa a sede do

Concelho registou uma diminuição no número de residentes, ainda que ligeiro.

As freguesias de S. Gregório e Santa Justa foram as mais penalizadas, já que viram a sua população decrescer substancialmente (-25 e -19% respectivamente), bem como o Sabugueiro (-14%).

Quadro 5 – Variação da População Residente

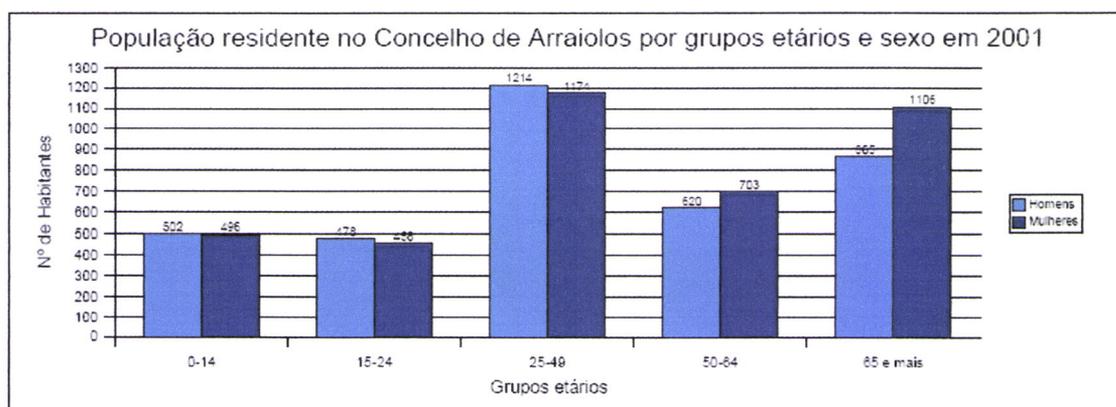
POPULAÇÃO RESIDENTE

Freguesias	Varição 1991/2001
Arraiolos	-1.4
Igrejinha	-6.7
Sabugueiro	-13.9
Santa Justa	-19.3
São Gregório	-25.1
S. Pedro Gafanhoeira	-8.2
Vimieiro	-9.6
Concelho	-7.2

Fonte: INE - Censos 91 e 2001

Em termos percentuais, o sexo masculino representou, em 1991, 48.6% e em 2001, 48.3% e o sexo feminino 51,4%, em 1991 e 51.7%, em 2001. De um modo genérico, tanto a nível do concelho como do Alentejo Central, a população feminina é em maior número do que a masculina.

Gráfico 6 – População Residente por Grupos Etários e Sexo



Fonte: INE (Censos 2001)

1.5.2.2 – Projecções Demográficas

Nas sociedades contemporâneas torna-se cada vez mais clara a necessidade de procurar conhecer os aspectos de mudança na dimensão e estrutura das populações num determinado

futuro.

Com este objectivo calculam-se as projecções demográficas, que partem do pressuposto de que se irá verificar um determinado conjunto de hipóteses de evolução relativamente à mortalidade e fecundidade. O Conselho Local de Acção Social de Arraiolos (CLASA) em 2003, dando continuidade ao Projecto Rede Social, desenvolveu o Diagnóstico Social do concelho, onde trabalhou a projecção demográfica de 2001 a 2021 através do método das componentes da dinâmica populacional (mortalidade e fecundidade), e verificou que:

- A população do concelho de Arraiolos, no período 2001-2021 sofre um decréscimo significativo, tanto no que diz respeito ao sexo feminino, como em relação ao sexo masculino;

- Haverá um decréscimo da população jovem e um acréscimo da população em idade activa e idosa, que vai aumentando a partir das idades mais avançadas;

- Relativamente ao Índice de Dependência Total, retira-se que em 2021 será de 62,1%, sofrendo um decréscimo explicado pelo decréscimo da população jovem e acréscimo da população em idade activa;

- O Índice de Envelhecimento é o que apresenta maiores preocupações, no sentido, que indica para 2021 um índice de 210,62, ou seja, a existência de 210,6 idosos, por cada 100 jovens (com idade até aos 14 anos de idade).

Também a nível nacional esta será uma preocupação importante, pois e segundo previsões do Relatório da fase final da fase I de Diagnóstico da Situação dos Cuidados Continuados (Setembro de 2005), Portugal irá converter-se num dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050. As projecções traçam um cenário em que a percentagem de idosos portugueses rondará os 31,9% e Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos.

1.5.3 – Condições de Saúde e Sociais no Concelho de Arraiolos

Segundo Guerra (2002: 96) “ o espaço social não é homogéneo, mas resultado de dinamismos específicos, com histórias, interesses e recursos públicos.”

De acordo com o relatório de caracterização e diagnóstico do concelho de Arraiolos, da responsabilidade do Centro de Estudos de Organização do Território, de Março de 2004, Arraiolos pertence ao grupo dos concelhos rurais tradicionais no contexto de uma geografia polarizada entre o urbano e com problemas sociais e um mundo rural em crise profunda.

Há a predominância de um povoamento sem a presença de grandes centros urbanos, com elevados níveis de envelhecimento dos seus residentes e problemas no âmbito das qualificações dos activos. No entanto, também se verifica a ocorrência de algumas situações positivas do ponto de vista social e da oferta de serviços e equipamentos fortemente portadores de elevados padrões de qualidade de vida.

1.5.3.1 – A Saúde no Concelho de Arraiolos

Procedendo a uma breve análise dos serviços de saúde no concelho de Arraiolos, em relação aos recursos humanos, existe um total de 36 pessoas ao serviço, das quais 6 são médicos e 8 enfermeiros. Neste momento encontra-se menos 1 médico ao serviço, relativamente aos dados fornecidos pelo Anuário Estatístico do Alentejo em 2001.

Quadro 6 – Dados dos Centros de Saúde e suas Extensões

Centros de Saúde e suas Extensões em 2000 no concelho de Arraiolos

Centros de Saúde		Extensões do Centro de Saúde	Camas de Internamento	Consultas Médicas	Internamentos	Dias de Internamento	Pessoal de Serviço		
Com Internamento	Sem internamento						Total	Médico	Enfermagem
0	1	8	0	27675*	0	0	37	7	8

Fonte: INE (Anuário Estatístico Alentejo 2001)

No concelho de Arraiolos, as consultas efectuadas, no Centro de Saúde prendem-se, sobretudo, com consultas de Medicina Geral e Familiar e Clínica Geral, consultas de Planeamento Familiar, de Saúde Infantil/Juvenil, de Saúde Escolar e de Materno/Obstetrícia. As consultas de outras especialidades não se registam, pelo facto do Centro de Saúde, não oferecer este serviço. As consultas existentes encontram-se direccionadas para duas grandes áreas: uma virada para a Medicina Curativa de Clínica Geral e Familiar e a segunda área direccionada para a Promoção da Saúde.

Outras consultas diferenciadas são efectuadas pelo especialista em Saúde Pública, que assume no concelho o papel de Autoridade Sanitária. São essencialmente consultas onde é

averiguada a capacidade física dos indivíduos para exercer determinada actividade, confirmar a legitimidade de um atestado médico sempre que solicitado, atestar a Robustez Física e Psíquica, proceder à verificação de doenças de declaração obrigatória, verificar as condições da água do abastecimento público, entre outras.

Quanto ao serviço de enfermagem, para além das actividades dependentes e interdependentes decorrentes do trabalho efectuado no Serviço de Apoio Permanente, nos Programas da Direcção Geral da Saúde e na prestação de cuidados de enfermagem em ambulatório, desenvolve outro tipo de cuidados mais vocacionados para a prevenção da doença e promoção da saúde, onde privilegiam a vacinação, a visita domiciliária em projectos como o de “Intervenção Precoce a Famílias com Crianças em Risco” e o do Apoio Domiciliário Integrado. A este nível encontra-se em reestruturação o acordo em vigor, que vai ser baseado na nova legislação vigente. No âmbito dos cuidados continuados e dentro deste projecto existe um enfermeiro responsável pela avaliação de todos os utentes sinalizados pela Segurança Social, médicos de família ou outra instituição, que esteja em situação de dependência física e/ ou social.

Tem ainda um projecto de apoio aos utentes e famílias disfuncionais, integrado no projecto Rede Social, que é o Núcleo de Apoio à Família e à Comunidade (NAFC) e um Gabinete de Saúde e Bem-Estar, que se trata de um projecto em parceria com o Agrupamento de Escolas de Arraiolos onde se abordam temas que sejam tidos como uma necessidade pelos parceiros do projecto.

O investimento privado deixa ainda à disposição do concelho duas clínicas médicas, dois postos de colheita de análises clínicas e duas farmácias.

Tendo em conta o envelhecimento populacional do concelho de Arraiolos, importa aqui também salientar o trabalho desenvolvido pelas equipas de Cuidados Continuados Integrados de Arraiolos. Existem duas equipas no concelho, porque os acordos tripartidos foram estabelecidos com duas instituições promotoras de cuidados domiciliários a nível concelhio: a Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos e a Santa Casa da Misericórdia do Vimieiro. Os representantes da saúde e da segurança social são comuns às duas equipas, mudando apenas os representantes da instituição. As equipas têm “sede” no Centro de Saúde de Arraiolos, reúnem com uma periodicidade semanal para a equipa de Arraiolos e mensal para a do Vimieiro, de forma a se proporcionar um acompanhamento da situação e a se avaliar

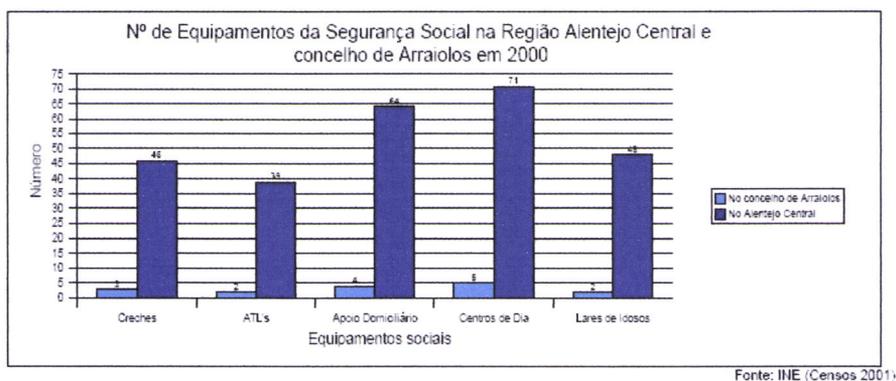
a prestação dos cuidados aos utentes do serviço, definindo o modelo de intervenção tendo em conta as necessidades e os recursos disponíveis, bem como avaliar novos casos referenciados. Esta equipa é depois responsável pela implementação do plano definido e pela coordenação dos prestadores de cuidados formais e informais.

A estas equipas de cuidados integrados compete ainda proceder à avaliação dos resultados globais, à elaboração de relatórios de progressos semestrais, à introdução de alterações, tendo em conta a evolução da situação de dependência, bem como proceder à elaboração de um relatório anual de actividades a enviar ao grupo sub-regional de cuidados continuados.

1.5.3.2 – Equipamentos e Serviços Sociais no Concelho de Arraiolos

As mudanças que ocorrem na nossa sociedade, designadamente, as alterações na estrutura familiar e nos laços de solidariedade exigem respostas para as necessidades das famílias, sendo o desenvolvimento de serviços dirigidos às crianças e aos idosos, os mais prementes em termos de necessidade. Em relação aos equipamentos sociais existentes no concelho, tutelados pela Segurança Social, encontramos 3 estabelecimentos de Creche, 2 estabelecimentos de Tempos Livres, 4 estabelecimentos com apoio domiciliário, 5 Centros de dia e 2 Lares de Idosos.

Gráfico 7 – Equipamentos da Segurança Social no Concelho de Arraiolos



Nas respostas para a Infância existe ainda a Intervenção Precoce, que foi desenvolvida através de um serviço que promove o apoio integrado, centrado na criança e na família mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social. São destinatários desta, as crianças até aos 6 anos de idade,

especialmente dos 0 aos 3 anos, com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento.

Tendo em conta a população do concelho ser maioritariamente idosa dá-se preferencial atenção à análise dos equipamentos e respostas sociais em relação a esta população do concelho.

Quadro 7 – Respostas Sociais a Idosos no Concelho de Arraiolos

Respostas Sociais a idosos do concelho de Arraiolos, por freguesia, em 2003

	Lar de Idosos	Centro de Dia	Centro de Convívio	Apoio domiciliário (idosos)
Arraiolos	1	1	3	1
Igrejinha	0	1	1	1
São Pedro da Gafanhoeira	0	1	0	0
Sabugueiro	0	1	1	0
Santa Justa	0	0	1	1
São Gregório	0	1	0	0
Vimieiro	1	1	0	1

Fonte: CMA

De acordo com o Relatório de Caracterização e Diagnóstico efectuado pelo Centro de Estudos de Organização do Território, no Concelho de Arraiolos a rede de equipamentos sociais de resposta a idosos é constituída por dois lares de idosos, 6 Centros de Dia, 6 Centros de Convívio e 4 entidades que prestam serviços de apoio domiciliário, para uma população de 1971 idosos (Censos 2001).

A maioria dos espaços que dão resposta à terceira idade no concelho de Arraiolos foram criados e iniciaram as suas actividades, maioritariamente, no período 1985-1999, não se verificando, desde essa data, a criação de novas respostas sociais.

Quanto à população abrangida por estas valências e segundo os dados recolhidos junto das entidades gestoras, foi apurado o número de 574 utentes, representando cerca de 29% do total de idosos existentes no concelho. Destes idosos, verifica-se que, 14.6% encontram resposta social em espaço de Lar para idosos, 23% em Apoio domiciliário, 43.4% em espaço de Centro de Convívio e 19% em espaço de Centro de Dia. É de salientar que existe uma lista de espera para espaço de Lar para Idosos de cerca de 201 idosos, o que representa cerca de 10.1% do total da população com mais de 65 anos do concelho de Arraiolos.

Quadro 8 - Equipamentos, Utentes e Listas de Espera para os Idosos no Concelho de Arraiolos

Número de Equipamentos, Utentes e Listas de Espera, de resposta aos idosos, no concelho de Arraiolos, por freguesia, em 2003

	Lares			Centro de Dia			Centro de Convívio			Apoio domiciliário (idosos)		
	Número	Utentes diários	Lista de espera	Número	Utentes diários	Lista de espera	Número	Utentes diários	Lista de espera	Número	Utentes diários	Lista de espera
Arraiolos	1	30	18	1	18	0	3	167	0	1	77	0
Igrejinha	0	0	0	1	18	0	1	12	0	1	10	0
São Pedro da Galanhoeira	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0
Sabugueiro	0	0	0	1	16	0	1	40	0	0	0	0
Santa Justa	0	0	0	0	0	0	1	30	0	1	14	0
São Gregório	0	0	0	1	15	0	0	0	0	0	0	0
Vimeiro	1	54	183	1	34	0	0	0	0	1	31	0
Tota	2	84	201	6	109	0	6	249	0	4	132	0

Fonte: CMA

A gravidade da situação dos indivíduos constitui a principal condição para acesso às respostas sociais, atribuindo-se ainda ponderação aos critérios geográficos, ao ser-se associado/ membro e aos critérios de ordem familiar e económica.

Deve-se também salientar o facto de ser desenvolvido no concelho um Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social por parte da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos.

Relativamente ao Apoio Domiciliário Integrado, este constitui uma das respostas da política de Cuidados Continuados que se destina, maioritariamente, às pessoas idosas, às pessoas em situação terminal que necessitam de cuidados paliativos, às pessoas com doença crónica com tendência para evoluir para situação de incapacidade, aos doentes com demência e às pessoas com situações transitórias de dependência a quem são prestados os cuidados no domicílio. Tratam-se de serviços baseados num modelo de intervenção integrada, que prevê diferentes tipos de serviços para a prestação simultânea de cuidados de saúde e de apoio social, articulados de acordo com as diferentes necessidades dos seus utilizadores, privilegiando a proximidade e qualidade dos cuidados, com base na inter e transdisciplinaridade profissional, promovendo o trabalho em parceria e a articulação com os recursos da comunidade.

1.5.3.3 – *Outros Recursos*

Outros recursos existentes e extremamente importantes para o concelho de Arraiolos são:

- **Banco de Ajudas Técnicas:** Através do despacho nº 24/ 2005 (2ª série) do Diário da

República de 3 de Janeiro de 2005, o Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança criou o PROGRIDE, com o objectivo de promover a inclusão social em áreas marginalizadas e degradadas e o combate ao isolamento, à desertificação e à exclusão, marginalidade e pobreza persistentes, estando o território do concelho de Arraiolos contemplado neste documento como um território prioritário em termos de intervenção social. Através de um diagnóstico de necessidades do concelho foi projectada uma parceria de desenvolvimento e dentro do Progride, criado o projecto PARTICIPAR (Inovação para a Inclusão em Arraiolos), onde está inserido o Banco de Ajudas Técnicas.

O objectivo do Banco de Ajudas Técnicas é apoiar pessoas com grandes e pequenas dependências. Este visa adquirir e disponibilizar equipamentos para a população mais carenciada do concelho de Arraiolos. As ajudas técnicas são todo o tipo de produtos e equipamentos indispensáveis à autonomia e integração de pessoas com deficiência (permanente ou temporária) e destinam-se a compensar a deficiência e a compensar as suas consequências, permitindo uma melhor participação na vida escolar, profissional e social, possibilitando mais privacidade, conforto e autonomia nas actividades de vida diárias.

As ajudas técnicas podem ser requeridas e atribuídas à população residente no concelho de Arraiolos que seja portador de deficiência ou careça, temporária ou definitivamente, de ajudas técnicas, por motivos de perda física ou psicológica.

O Banco de ajudas Técnicas também inclui obras de melhoria de acessibilidade em edifícios, nomeadamente: construção de rampas de acesso; adaptação de dispositivos de suporte à cadeira de rodas em escadas e outros mecanismos facilitadores da locomoção de cidadãos.

- **Rede Social – (CLASA):** A Rede Social surgiu no concelho, desde 2002, da qual fazem parte 33 parceiros, abarcando todas as entidades que intervêm no domínio do social, a nível concelhio.

Assenta no princípio do desenvolvimento de base territorial, cujo modelo de intervenção privilegia a dinamização de parcerias sociais, através do trabalho interinstitucional, em convergência de esforços, com vista à rentabilização dos recursos existentes e à sua qualificação.

- **NAFC:** Integrado no CLASA foi constituído o NAFC, do qual fazem parte a Câmara Municipal de Arraiolos, Serviço Local do Centro Distrital da Solidariedade e Segurança Social de Évora, Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, Coordenação do Ensino Recorrente de Arraiolos, Centro de Emprego de Évora e Centro de Saúde de Arraiolos. Este Núcleo tem como objectivo analisar as diferentes situações e agregados familiares com problemáticas ao nível social, que são sinalizadas às diversas instituições, de forma a serem articuladas e integradas as respostas, bem como tornar possível o trabalho em rede que conduza a uma maior rentabilização dos recursos existentes. Para tornar mais claro o trabalho do Núcleo, em termos sucintos, apresentam-se as acções desenvolvidas pelo mesmo, nomeadamente: atendimento integrado; visitas domiciliárias; análise e reflexão das situações apresentadas, numa lógica de diálogo entre diferentes saberes e práticas disciplinares, com vista a buscar respostas integradas; encaminhamentos possíveis e articulação com outros serviços/instituições.

- **Programa Municipal de Reabilitação de Habitações para Estratos Socialmente Desfavorecidos:** designado vulgarmente por programa SOLARH. É um programa criado através do Decreto-Lei n.º7/99 de 8 de Janeiro, gerido pelo INH, o qual se destina a proporcionar às famílias mais carenciadas a facilidade de realizarem obras de conservação e de beneficiação, através da atribuição de apoio financeiro, sob a forma de empréstimo sem juros, a conceder pelo INH, para: habitação própria permanente de indivíduos ou agregados familiares; habitações devolutas de que sejam proprietários os municípios, as instituições particulares de solidariedade social, as pessoas colectivas de utilidade pública administrativa que prosseguem fins assistenciais e as cooperativas de habitação e construção; habitações devolutas de que sejam proprietários pessoas singulares. A Câmara Municipal presta atendimento à população ao nível deste programa, cabendo à autarquia a recepção das candidaturas que, depois de verificar a regularidade e legibilidade das mesmas, remete os processos os processos para o INH, cabendo a este organismo a aprovação das candidaturas e a concessão dos empréstimos.

2 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para Polit e Hungler (1996:13) a metodologia científica consiste num “conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas” de modo a contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos gerais sobre o fenómeno em estudo. Bell (1997:190) refere que a metodologia “...procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados”.

Perante estes autores, pode-se afirmar que ao tentar abordar uma realidade social será o fenómeno a observar que define os métodos. Estes organizam as práticas de investigação de uma forma crítica.

Lessard-Hébert, Goyete e Boutin definem metodologia como “...um conjunto de directrizes que orientam a investigação científica” (1994:15). A investigação consiste num “processo sistemático e intencionalmente orientado e ajustado tendo em vista inovar ou aumentar o conhecimento num dado domínio” (Ketele & Roegiers, 1999:104).

Relacionado com o processo de investigação está a metodologia, que pode ser definida como a “arte de aprender a descobrir a analisar os pressupostos e processos lógicos implícitos da investigação, de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los” (Almeida & Pinto, 1995:24).

A escolha metodológica num trabalho científico é uma actividade essencial, pois pode condicionar o sucesso ou insucesso da pesquisa.

Ao longo deste trabalho, a opção metodológica, baseou-se numa série de premissas fundamentais, nomeadamente validade, pertinência, benefício maior que o custo e valor sinérgico.

A validade encontra-se relacionada com o rigor dado ao enfoque metodológico aplicado, com utilização de técnicas validadas.

A pertinência, buscou-se na selecção dos procedimentos metodológicos mais adequados para a concretização de um trabalho que visa identificar e caracterizar os serviços de saúde existentes a nível do concelho de Arraiolos, detectar as suas necessidades e identificar os elementos favorecedores para o desenvolvimento de um modelo de rede de

Serviços Comunitários de Proximidade a implementar.

Entres as diversas opções existentes seleccionou-se as que, com um mínimo de esforço e custo, possibilitassem obter os dados necessários.

Relativamente ao valor sinérgico, por se tratar de um processo de apoio e assessoria à implementação de um modelo de rede, que não deve ser realizado mediante um enfoque metodológico unidimensional, foi necessária e realizada uma combinação da técnica qualitativa com a observação directa dos recursos existentes.

2.1 – Métodos

Os métodos de pesquisa constituem “formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados” (Quivy & Campenhoudt, 2003:25). De acordo com Almeida e Pinto (1995) os diversos métodos organizam criticamente as práticas de investigação. A função do método, consiste fundamentalmente em operar a selecção das técnicas de pesquisa a aplicar por referência ao objecto e à teoria que o constrói, em determinar-lhes os limites e as condições úteis do exercício, em relacionar e integrar os resultados obtidos. Assim, e de acordo com os mesmos autores, a metodologia será, a organização crítica das práticas de investigação.

Bell considera que “a abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter” (Bell, 1997:20).

Porque se pretende compreender, analisar e interpretar realidades e dificuldades tal como são vivenciadas, a opção para o estudo recai sobre o paradigma qualitativo. Segundo Guerra (2002: 49) “a maioria das análises das dinâmicas de acção baseiam-se em metodologias qualitativas, na medida em que o centro da atenção pretende identificar a lógica de actuação de actores, individuais e colectivos, as suas imagens mútuas, os seus conflitos e meios de acção.”

Quem utiliza a abordagem qualitativa “está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los” (Fortin, 1999: 22) Esta ideia é ainda reforçada por Polit e Hungler (1996) quando referem que a

pesquisa qualitativa pode ser considerada holística, preocupada com os indivíduos e seu ambiente, com todas as suas complexidades.

2.2 – Tipo de Estudo

Tendo subjacente o objecto de estudo e os objectivos da pesquisa, realizar-se-á um estudo descritivo e exploratório, porque visa estudar as necessidades de uma comunidade, tendo em atenção os serviços existentes e descobrir a existência de associações de variáveis de modo a obter uma informação mais completa e precisa (Gil, 1995); (Polit & Hungler, 1996) e (Carmo & Ferreira, 1998).

Segundo Gil (1999) as pesquisas descritivas são aquelas que visam as características de um grupo, o nível de atendimento de uma comunidade, levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população ou, permitem mesmo descobrir a existência de associação sobre variáveis, possibilitando a obtenção de informações mais completas e mais precisas sobre o fenómeno em estudo. O mesmo autor refere ainda que “...as pesquisas descritivas são, (...), as que habitualmente realizam os pesquisadores preocupados com a actuação prática”.

Adopta-se este tipo de estudo quando se descreve “um determinado objecto na sua estrutura e funcionamento” (Carmo & Ferreira, 1998:47). Guerra (2002) reforça ainda que na análise estratégica a prioridade é dada ao terreno e à estruturação de um campo de acção sempre contingente e particular ao desenvolvimento de modelos descritivos que colam esse terreno às suas particularidades e contigências.

Os estudos descritivos e exploratórios, permitem uma maior familiaridade com o problema, para além de narrarem uma situação, compreendem as atitudes, crenças e valores dos sujeitos. É nessa base, que se optou por um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa.

Consideramos que o facto do investigador ter proximidade efectiva com os pesquisados, permitiu estabelecer relações e interacções mútuas que favorecem a recolha de informação e são garantia de qualidade, desde que este facto esteja sempre presente no espírito do pesquisador, de forma a não se perder a objectividade.

2.3 – Técnicas de Recolha de Dados

As técnicas de investigação “são conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa” (Almeida & Pinto, 1995:85).

A recolha de dados, irá sustentar-se no que alguns autores, como Burgess (2001), apelidam de “estratégias múltiplas”, socorrendo-nos das técnicas de “observação – participante e participante – observador”, da entrevista semi-estruturada e da pesquisa bibliográfica.

2.3.1 – Técnicas Documentais: Pesquisa Bibliográfica

As técnicas documentais constituem “um método de recolha de dados e de verificação de dados: visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação” (Albarrelo et al., 1997:30), visam deste modo a pesquisa da “literatura científica relativa ao objecto de estudo e cuja finalidade é a exploração da literatura em vista da elaboração de uma problemática teórica” (Ketele & Roegiers, 1999:38).

No entanto é essencial uma selecção criteriosa das leituras, pois “qualquer que seja o tipo e a amplitude do trabalho, um investigador dispõe sempre de um tempo de leitura limitado” (Quivy & Campenhoudt, 2003:51).

A fase da leitura deve ser selectiva e criteriosa tendo por base a área de estudo e o objecto de pesquisa. Essa fase pode-se prolongar pela fase de recolha de dados e apenas as obras relevantes devem ser mencionadas (Bell, 1997).

Importa ter também, em relação a esta técnica cuidado, pelo facto de muitos dos documentos seleccionados terem outra finalidade que não a produção de teoria e/ ou ciência.

Para a consecução deste trabalho, procedeu-se à identificação, revisão, compilação e análise de documentos, de fontes de informação e dados disponíveis.

Procedeu-se também à caracterização quantitativa de eixos considerados necessários para a abordagem do tema em questão, tais como: demografia do concelho de Arraiolos; projecções populacionais e análise da distribuição dos recursos de saúde e sociais pelo

território.

2.3.2 - Observação

Acredita-se, tal como Gil, que a “observação constitui um elemento fundamental para a pesquisa.” (Gil, 1989: 104). O mesmo autor faz ainda referência à vantagem da observação em relação a outras técnicas, “as de que os factos são percebidos directamente, sem qualquer intermediação, a subjectividade, que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida” (Gil, 1989: 105).

Vários autores consideram, a observação participante como uma técnica através da qual se chega à informação pretendida. Concorde Costa, quando diz que “ os principais procedimentos são a presença prolongada no contexto social em estudo e o contacto directo, em primeira-mão, com pessoas, as situações e os acontecimentos” (Costa, 1986: 137).

Também Gil admite que na observação participante, o “observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo”, trata-se da “participação real do observador na vida da comunidade, do grupo” (Gil, 1989: 107).

A observação participante implica em trabalho de campo um grau de envolvimento real do observador na situação observada, o que lhe dá a possibilidade de compreender melhor a situação, ter acesso a informação e permitir uma observação em profundidade. No entanto o investigador terá que fazer um esforço para não perder a objectividade, na medida em que participa emocionalmente.

No caso que se pretende estudar, e porque o investigador pertence ao conjunto de técnicos envolvidos nas diferentes parcerias em que a saúde está envolvida, a observação participante pode assumir uma forma natural. Tendo facilidade em se movimentar no “terreno” há a possibilidade de permanecer mais atento ao contexto organizacional que se pretende observar e desenvolver esforços no sentido de registar informações relevantes sem fazer perguntas, obtendo respostas no fluxo das várias conversas informais.

Os dados obtidos através da observação participante são de extrema utilidade, quer para uma melhor percepção do fenómeno em estudo quer no contributo fornecido para a análise da informação obtida.

2.3.3 – Entrevista

Independentemente do procedimento de recolha de dados, o instrumento de recolha desses dados deve ser fiável e válido, pois é “uma ferramenta que lhe permite recolher a informação, mas é importante que seleccione a ferramenta mais apropriada” (Bell, 1997:88).

Tendo subjacente estas premissas optei pela entrevista. De acordo com Gil pode definir-se “entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objectivo da obtenção de dados que interessam à investigação.” (Gil, 1989: 113).

Neste trabalho propôs-se a utilização da entrevista semi-estruturada. De acordo com Polit e Hungler (1996:167), esta metodologia “oferece ao pesquisador certa flexibilidade na colheita de informações sobre os sujeitos da pesquisa e as entrevistas semi-estruturadas tendem a ser como conversas, por natureza”.

Este tipo de entrevista pode tornar-se muito útil, mas deve ser bem conduzida, pois “é importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é de importância para ele, em vez de falar sobre o que é importante para o entrevistador, mas com o emprego de uma estrutura flexível, que garanta que todos os tópicos considerados cruciais serão abordados, eliminará alguns problemas das entrevistas sem qualquer estrutura”. (Bell, 1997: 121). Esta técnica é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (Gil, 1989). A entrevista semi-estruturada será a mais adequada para ajudar a conseguir atingir os objectivos propostos, na medida em que tem a vantagem de se poder estabelecer previamente uma matriz, facilitando, por conseguinte, a posterior análise dos dados.

Como qualquer técnica de investigação social, a entrevista necessita de cuidados na sua elaboração, aplicação e no tratamento e análise dos dados. De acordo com Bell (1997), seja qual for o procedimento de recolha de dados, este deve ser examinado de forma crítica, e verificada a sua validade e fiabilidade. Estes procedimentos poderão ser efectuados através da apreciação da matriz da entrevista por um painel de especialistas. Esta permite fazer uma recolha de informação uniforme, o que é essencial para o sucesso da pesquisa.

De acordo com as indicações supracitadas, foi criada uma matriz de entrevista (Anexo

D), que foi sujeita à apreciação de dois especialistas na temática, nomeadamente, um professor do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora, *expert* na área de métodos e uma professora *expert* na área da Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora, que aprovaram a mesma sem qualquer objecção ou proposta de alteração.

Na fase final da entrevista, foi posteriormente feita uma caracterização dos entrevistados, apresentando-lhes quatro questões fechadas relativas ao sexo, idade, habilitações académicas e tempo de serviço no concelho de Arraiolos.

Após a cedência de autorização pelos técnicos a inquirir, as entrevistas foram realizadas e gravadas em suporte informático, modelo MP3, com autorização prévia dos entrevistados.

2.4 – Unidade de Análise / População

A unidade de análise consiste numa “coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios” (Fortin, 1999:202), sendo a população em que o pesquisador está interessado. Polit e Hungler distinguem ainda uma população como “... aqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador” (1996:143). Os critérios de elegibilidade são as características que delimitam a população em causa.

A selecção da população teve por base a preocupação de que a mesma reunisse as condições necessárias ao desenvolvimento do estudo. Do universo identificado, seleccionou-se uma amostra não probabilística intencional, que recaiu sobre pessoas consideradas informantes-chave estratégicos, representativos da população. Como refere Burgess (2001:59), “... na amostragem intencional os informantes podem ser seleccionados para o estudo de acordo com um certo número de critérios estabelecidos pelo investigador, tais como o seu estatuto ... ou experiência prévia que lhes confere um nível especial de conhecimentos”. Ou seja, na “...investigação de terreno os informantes são seleccionados pelo seu conhecimento de um contexto particular que pode complementar as observações do investigador...” (Burgess, 2001: 89). No caso presente, procurámos que os informantes tivessem, não só, as características precedentes, mas também, fossem pessoas que conhecessem as necessidades de

saúde existentes na população concelhia.

Nesta linha de acção, a selecção recaiu sobre o Concelho de Arraiolos e nas suas capacidades instaladas, nomeadamente sobre os técnicos que nas instituições comunitárias desenvolvem um trabalho que abrange a maior parte da população do concelho de Arraiolos e que por isso são conhecedoras da mesma.

Foi neste âmbito inquirida a técnica responsável pelo Projecto de Intervenção Precoce de Arraiolos, que é simultaneamente responsável pelo NAFC; a técnica responsável pela Rede Social, que tem na sua representação máxima a Câmara Municipal de Arraiolos; a responsável pela Equipa Local de Cuidados Continuados, que é simultaneamente a enfermeira responsável pelo Centro de Saúde de Arraiolos; a responsável pela Equipa de Apoio Domiciliário de Arraiolos e a responsável pelo Apoio Domiciliário do Vimieiro (instituições que desenvolvem Apoio Domiciliário Integrado); a técnica da Segurança Social de Arraiolos; a técnica responsável pela Associação de Desenvolvimento Local Monte A.C.E.; a directora do Centro de Saúde de Arraiolos; a técnica responsável pelo Centro Social e Paroquial de Arraiolos (único Lar existente em Arraiolos); as responsáveis pelo Gabinete de Saúde e Bem-Estar da Escola Cunha Rivara, que é uma enfermeira do Centro de Saúde e duas professoras do Agrupamento de Escolas de Arraiolos e a técnica do serviço social da Sub-Região de Saúde de Évora.

Para o efeito, foi solicitada autorização (Anexo II) aos técnicos e respectivas instituições envolvidas, tendo-se obtido uma resposta oral positiva de todas as partes, á excepção da responsável pelo Núcleo Local de Inserção do Rendimento Social de Inserção, que verbalmente referiu não ser a pessoa indicada e que o técnico correcto seria o responsável da Segurança Social de Arraiolos, já inquirido também para este estudo.

Na investigação qualitativa o número de sujeitos está relacionado com o que se pretende saber e com a finalidade da investigação, pelo que deverão ser seleccionados os casos de maior riqueza de informação. A saturação dos dados é o ponto a partir do qual a aquisição de nova informação se torna mínima (Bogdan & Biklen 1999).

O seguinte quadro apresenta de forma resumida os técnicos entrevistados neste estudo.

Quadro nº 9 – Caracterização dos Entrevistados

Categorias	Género	Idade	Habilitações Académicas	Local de Trabalho	Tempo que trabalha no Concelho de Arraiolos
Entrevistados					
E1	Feminino	36	- Licenciatura Enfermagem	Centro de Saúde de Arraiolos	3 Anos
E2	Feminino	43	- Licenciatura em Economia - Mestrado em Planeamento Regional e Urbano	Monte A.C.E.	10 Anos
E3	Feminino	33	- Licenciatura em Sociologia - Mestrado em Sociologia	Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos A.P.	8 Anos
E4	Feminino	38	Licenciatura em Serviço Social	Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos	11 Anos
E5	Feminino	48	Licenciatura em Serviço Social	Santa Casa da Misericórdia do Vimieiro	17 Anos
E6 Professora A	Feminino	47	Licenciatura em Biologia e Geologia	Escola E,B 2/ 3 Cunha Rivara de Arraiolos	10 Anos
E6 Professora B	Feminino	47	Licenciatura em Geologia	Escola E,B 2/ 3 Cunha Rivara de Arraiolos	10 Anos
E7	Feminino	50	- Licenciatura em Medicina	Centro de Saúde de Arraiolos	26 Anos
E8	Feminino	38	- 12º Ano de Escolaridade	Centro Social e Paroquial de Arraiolos	16 Anos
E9	Feminino	36	- Licenciatura em Serviço Social	Segurança Social de Arraiolos	3 Anos
E10	Feminino	42	- Licenciatura em Serviço Social - Pós-Graduação em Cuidados Paliativos	Sub-Região de Saúde de Évora	12 Anos
E11	Feminino	45	Licenciatura em Sociologia	Câmara Municipal de Arraiolos	8 Anos
E12	Feminino	38	- Curso Geral de Enfermagem - Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem – Saúde na Comunidade/vertente Saúde do Idoso - Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde	Centro de Saúde de Arraiolos	10 Anos

Fonte: Entrevistas (2007)

Da análise do quadro dos técnicos entrevistados, pode-se facilmente perceber que todos os entrevistados são mulheres. Estas, apresentam idades compreendidas entre os 33 e os 50

anos e á excepção de um entrevistado todos possuem como habilitações literárias, pelo menos uma licenciatura na sua área laboral, estando esta em vários casos complementada com outras formações superiores, nomeadamente, pós-graduação ou mestrado.

Relativamente ao tempo de trabalho no concelho de Arraiolos, pode-se observar que varia entre os 3 e os 26 anos, sendo a média de 11,5 anos. Este facto demonstra que os técnicos inquiridos estão integrados na comunidade local e são conhecedores da mesma, o que é essencial para o estudo em questão.

2.5 - Técnicas de Análise e Tratamento dos Dados

De acordo com Flores, a análise dos dados “é um conjunto de manipulações, transformações, operações, reflexões e comprovações realizadas a partir dos dados com o objectivo de extrair significado relevante em relação a um problema de investigação” (Flores, 1994: 33).

Este processo será conduzido com a convicção de que “a finalidade da investigação é compreender e interpretar a realidade tal como ela é entendida pelos sujeitos participantes.”. (Flores, 1994: 25). De acordo com o mesmo autor, as tarefas de recolha e análise de dados em investigação qualitativa devem ser realizadas pela mesma pessoa.

Para a análise dos dados, a opção considerada coerente e adequada ao estudo e à metodologia apresentada, é a aplicação de técnicas de análise de conteúdo.

Bardin define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1997:42). Procura conhecer o que está por detrás daquilo que é dito, ou seja, as realidades que se situam para além das mensagens.

Elegeu-se a análise de conteúdo para o tratamento e interpretação das entrevistas pois, parece ser actualmente uma das técnicas mais utilizadas em investigação, nomeadamente nos estudos qualitativos.

De acordo com Vala (1989) a finalidade da análise de conteúdo é a inferência, sobre as

mensagens efectuadas, após os procedimentos de inventariação e sistematização das suas características.

Segundo Bardin (1997), na análise de conteúdo consideram-se três fases:

-Pré-análise;

-Exploração do material;

-Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase da pré-análise é considerada pela autora como a fase da organização, que tem como objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais e promover o desenvolvimento de sucessivas operações num plano de análise.

Nesta fase procede-se também à constituição do corpus, que é o conjunto dos documentos sujeitos a tratamento analítico. De acordo com a autora, as entrevistas realizadas serão transcritas na íntegra, bem como outras anotações, e constituirão o corpus de análise do estudo, garantindo o cumprimento dos princípios de exaustividade, homogeneidade e pertinência, apontados como regras na constituição do corpus.

A leitura dos documentos e sua escolha, a formulação de objectivos, a referenciação de índices e a elaboração de indicadores são momentos indispensáveis para a preparação do material em análise.

Relativamente a este facto, Vala, refere que “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o corpus de análise é constituído por todo esse material ” (Vala, 1989: 109).

A fase de exploração consiste na aplicação das decisões tomadas na fase que a antecedeu. Trata-se de uma fase longa e fastidiosa, quer se opte por procedimentos aplicados manualmente ou de operações efectuadas informaticamente.

Bardin (1997), defende que uma análise de conteúdo pressupõe nesta fase a definição de unidades de registo, de contexto e eventualmente de enumeração. O mesmo autor defende que o critério de recorte na análise de conteúdo é de ordem semântica, ou seja, considera o tema como unidade de registo. Para Vala (1989: 114) a unidade de registo é “o segmento determinado do conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria”.

A unidade de contexto é na perspectiva de Vala “o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo ” (Vala, 1989: 114). A opinião de Bardin (1997) tem subjacente a mesma filosofia, referindo que a unidade de

contexto permite codificar a unidade de registo, cuja dimensão deve ser superior à desta, sendo tal facto de extrema importância para a compreensão da significação exacta da unidade de registo. Será considerada como unidade de contexto a entrevista.

A análise qualitativa não implica, porém, a inexistência de quantificação. Para Vala a unidade de enumeração é “a unidade em função da qual se procede à quantificação” (Vala, 1989: 115).

O procedimento seguinte é a codificação. A partir do momento em que se constitui o “corpus”, urge tratar esse material, ou seja, codificá-lo.

Para Bardin (1997) a codificação corresponde a uma transformação sistemática dos dados brutos dos textos e à agregação em unidades de registo, permitindo uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.

No decorrer da análise de conteúdo a categorização poderá simplificar, facilitando a apreensão e possivelmente a explicação dos fenómenos, daí que seja imprescindível proceder à determinação de categorias que, de acordo com o autor, pode ser feita à priori ou à posteriori. Ainda segundo este autor a categorização é uma tarefa presente no nosso quotidiano, de maneira a simplificar, estabilizar, identificar, ordenar e atribuir um sentido ao meio ambiente que nos rodeia.

Para Carmo e Ferreira (1998) as categorias devem ser exaustivas, exclusivas, objectivas e pertinentes.

Vala (1989) considera que a análise de conteúdo é uma técnica que pode incidir sobre material não estruturado. O mesmo autor preconiza que a análise de conteúdo “é uma técnica de tratamento de informação... trata-se de desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise... ela poderá mostrar, por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar” (Vala, 1989:104).

Deste modo permite investigar em profundidade a complexidade do trabalho desenvolvido a nível concelhio e as necessidades existentes.

A análise e discussão dos dados será feita tendo como referência o quadro teórico construído para a investigação e comporta a descrição e a compreensão do fenómeno que

constitui o objecto de estudo.

A análise dos dados segundo Bogdan e Biklen (1999:205) é “o processo de busca e de organização sistemático de transcrição de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou”.

Estando cientes de que “o conjunto do material compilado no campo não é, em si mesmo, um conjunto de dados, mas é, sim, uma fonte de dados... mesmo as transcrições das entrevistas não o são. Tudo isto constitui material documental a partir do qual os dados serão construídos graças aos meios formais que a análise proporciona “ (Lessard – Hébert et al., 1994: 107).

Após terem sido efectuadas as entrevistas, foi transcrito todo o seu conteúdo. Procedeu-se à enumeração das mesmas, para ser possível iniciar a análise e interpretação dos dados e perceber quando era atingida a saturação do campo.

Como já foi mencionado, o instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista, que foram gravadas em suporte informático, modelo MP3, e que seguem no Anexo III.

Depois de gravadas e após audição integral das mesmas, procedeu-se à sua transcrição (Anexo III).

A leitura detalhada das entrevistas ajudou a clarificar as diferentes partes que compõem o “*corpus*” de análise, considerando os objectivos do estudo.

Feita a categorização temática, entrevista a entrevista, sobressaíram as áreas temáticas previamente definidas e respectivas categorias, algumas definidas à *priori*. Tendo por base o suporte teórico e a metodologia que se propôs seguir, procedeu-se à (re) análise e interpretação dos discursos de onde emergiram as subcategorias.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa informático N-Vivo 7, de onde emergiram os relatórios das categorizações realizadas em cada entrevista e por subcategoria individualizada, onde constam todas as respostas sinónimas ou semelhantes agregadas (Anexo III).

Desta forma e com base nos objectivos do estudo foi elaborada uma grelha de análise inicial onde se pode ver a relação entre os temas que constituem as áreas temáticas e as respectivas categorias e subcategorias.

No início de cada sub - capítulo da análise e discussão dos dados, e no início da análise de cada categoria isolada foram elaboradas grelhas de análise, onde se pode verificar a relação entre os temas que constituem as áreas temáticas, as respectivas categorias e sub – categorias, bem como as entrevistas onde foi feita a referência e a frequência com que foram citadas.

Na análise e discussão dos dados, não serão apresentadas todas as declarações citadas por subcategoria para uma melhor rentabilização do trabalho em termos de espaço, pelo que serão citadas as declarações mais relevantes.

Na apresentação dos dados são utilizados símbolos ou códigos linguísticos, cujo significado se passa a referir:

- ▶ ... - excerto da transcrição original considerada irrelevante para a análise;
- ▶ Palavra entre () – palavra ou frase de ligação que confere significado à declaração;
- ▶ E x – código da entrevista.

Os nomes próprios utilizados nas entrevistas foram revertidos para o anonimato.

3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Para uma análise da problemática em estudo e com base nos objectivos delineados foi criada uma grelha de análise onde se pode ver a relação entre os temas que constituem as unidades de análise e as respectivas categorias e subcategorias, que constam no quadro seguinte. As respectivas categorias e subcategorias, foram posteriormente sujeitas a uma análise e discussão, documentando com dados empíricos as construções teóricas mais significativas.

Quadro 10 - Grelha de Análise Resumida

Área Temática	Categorias	Subcategorias
Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos	Missão Institucional	- Acção Social - Cuidados de Saúde -Outros
	Recursos Comunitários	-Recursos Institucionais -Resultados Esperados -Pontos Fortes Concelhios
	Articulação entre Recursos	-Trabalho com Parcerias Formalizadas -Trabalho em Rede -Acordos -Problemas Existentes
Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos	Respostas Comunitárias	-Respostas Sociais -Respostas de Saúde -Outras
	Cooperação entre Respostas	-Encaminhamento -Articulação
Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pela Instituição	Planeamento dos Cuidados	-Actores Envolvidos -Acção Colectiva -Metodologia participativa
	Relacionamento com as Famílias	-Colaboração -Passividade -Sinalização
	Rede de Cuidadores Informais	-Vizinhança -Outros

(Continua)

(Continuação)		
Área Temática	Categorias	Subcategorias
Carências de Respostas Existentes No Concelho de Arraiolos	Fragilidades	-Problemas Físicos e Mentais -Duplo Envelhecimento -Encaminhamento para Especialistas
	Obstáculos	-Carência de Recursos -Isolamento/ Desertificação - Acessibilidades/ Território -Funcionamento dos Serviços
	Grupos da População Afectados	- Baixos Rendimentos Económicos - Baixos Níveis de Escolaridade
Tendências e Desafios Actuais	Boas Práticas	- Sinergia de Cuidados -Cuidados Continuados - Promoção/ Educação para a Saúde - Enfoque nas Pessoas - Envelhecimento Activo
	Estratégias Futuras	- Sustentabilidade do Sistema - Fortalecimento dos Cuidados Continuados - Melhoria dos Sistemas de Informação - Eficiência na Gestão de Recursos - Reforço do Trabalho de Campo
Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade	Perfis dos Utilizadores	-População Jovem -População Idosa -Qualidade de Vida -Igualdade de Oportunidades
	Perfis dos Serviços	- Fortalecimento dos Recursos - Melhoria Económica - Cuidados Paliativos - Alteração do Funcionamento dos Serviços

Fonte: Entrevistas (2007)

3.1 - Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos

Quadro 11 – Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
	Missão Institucional	Acção Social	E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11	10
		Cuidados de Saúde	E1, E2, E10, E12	6
		Outros	E2	1
Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos	Recursos Comunitários	Recursos Institucionais	E2, E4, E6, E7, E9, E10, E11	12
		Resultados Esperados	E1, E2, E3, E10, E11, E12	9
		Pontos Fortes Concelhios	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	23
	Articulação entre Recursos	Trabalho com Parcerias Formalizadas	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	27
		Trabalho em Rede	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	25
		Acordos	E4, E8	9
		Problemas Existentes	E2, E4, E5, E6, E8, E10, E11	19

Fonte: Entrevistas (2007)

A primeira área temática analisada refere-se aos recursos comunitários existentes no concelho de Arraiolos e nesta foram criadas três categorias, conforme se pode verificar no quadro 11. As categorias criadas foram: Missão Institucional, Recursos Comunitários e Articulação entre Recursos.

Na Categoria Missão Institucional constam três subcategorias referentes a Acção Social, Cuidados de Saúde e Outros.

Da categoria Recursos Comunitários fazem parte três subcategorias, designadamente: Recursos Institucionais, Resultados Esperados e Pontos Fortes Concelhios.

Na categoria Articulação entre Recursos, foram trabalhadas quatro subcategorias,

nomeadamente: Trabalho com Parcerias Formalizadas, Trabalho em Rede, Acordos e Problemas Existentes.

No quadro 11 pode também ser feita consulta das entrevistas onde foi feita menção das subcategorias, assim como o número de referências feitas às mesmas.

Missão Institucional

Quadro 12 – Missão Institucional

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos	Missão Institucional	Acção Social	E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11	10
		Cuidados de Saúde	E1, E2, E10, E12	6
		Outros	E2	1

Fonte: Entrevistas (2007)

A missão das instituições entendida como um instrumento ou ferramenta de gestão, tem de ser percebida na óptica da sua aplicabilidade às organizações e ganhos relacionados com a consecução da mesma.

As missões das organizações de saúde têm sido construídas com a preocupação de que possam explicitar sem ambiguidade, conceitos que deixem claro a sua singularidade e o seu compromisso com a sociedade: esta organização existe para oferecer tais produtos, com tais características, para tais clientes e visando alcançar tais resultados. Este é o enunciado da missão. Ela pode ser formulada tanto para a organização como um todo, como pode ser formulada para cada departamento ou serviço. Num Centro de Saúde pode-se trabalhar a missão geral ou a de cada equipa, tais como a do adulto, a saúde da mulher, a da sala de vacinação. As missões das "partes" devem manter uma relação de coerência e complementaridade com a missão do "todo", no caso, a organização.

Nas subcategorias foi feita referência à **Acção Social** e à dinâmica das redes sociais enquanto missão e/ ou finalidade essenciais para o trabalho das instituições a nível do

concelho de Arraiolos.

Neste âmbito e perante uma crescente alteração de competências na área da acção social as instituições concelhias têm vindo a dar uma particular atenção às questões de âmbito social, prestando um conjunto de serviços e de iniciativas à população com o objectivo de apoiar os cidadãos, na melhoria das suas capacidades e na resolução das suas necessidades. No trabalho das instituições inquiridas tem havido uma preocupação em privilegiar a componente social em todo o processo de desenvolvimento concelhio, como se pode verificar nas citações apresentadas em baixo:

“Para dizer, que começámos numa área em que a vertente económica era a mais preponderante, mas depois começámos a trabalhar em áreas diferentes, nomeadamente na área social.” (E2)

“A meu ver e antes de mais, apoiar pessoas carenciadas, sejam elas crianças, adultos, idosos, carenciados.” (E3)

“A missão da Misericórdia é responder socialmente às necessidades da população da freguesia e do concelho onde está implementada e contribuir para o desenvolvimento social da mesma.” (E5)

“ dar as respostas que são preconizadas pela Segurança Social aqui no concelho de Arraiolos. Quer no âmbito das prestações que contemplam o regime contributivo, como das que contemplam o regime não contributivo. daquelas que fazem parte do regime não contributivo, neste caso são as respostas que são dadas pelo Rendimento Social de Inserção e outras respostas no âmbito da Acção Social, quer pela relação de apoios económicos em situações pontuais e em situações de carência.” (E9)

A missão relacionada com a acção social é pois importante e “os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, qualquer que seja o nível de prestação de cuidados onde exerce as suas funções, deverá pois identificar os recursos existentes na comunidade, que respondam às necessidades dos indivíduos na continuidade dos cuidados, na interdisciplinaridade, na articulação de cuidados e no desenvolvimento de programas e/ ou projectos que promovam a saúde na comunidade, onde a acção social tem um peso preponderante” (Nunes, 2005: 21).

Na subcategoria **Cuidados de Saúde** foram agrupados os discursos que referiam a prestação de cuidados de saúde como uma finalidade e/ ou missão de instituições do concelho de Arraiolos.

Relativamente à missão institucional associada aos Cuidados de Saúde é de salientar o papel do Centro de Saúde enquanto instituição responsável pela prevenção primária e

simultaneamente responsável por actividades de prevenção e educação para a saúde a nível concelhio, como se pode observar:

“O Centro de Saúde que tem como principal função a prestação de cuidados de saúde à população.” (E1)

“... a prevenção primária muito trabalhada no âmbito da educação para a saúde junto das escolas, junto da comunidade em geral, de alguns grupos de risco que se podem caracterizar mais numas zonas do que noutras.” (E10)

“É essencialmente essa a missão, mais de promoção e prevenção de saúde.” (E10)

“A missão do Centro de Saúde será definir estratégias no sentido de obter ganhos em saúde a nível de todas as fases do ciclo vital do indivíduo.” (E12)

“Os Centros de Saúde constituem pólos organizados de meios próximos das populações e os seus elementos (profissionais, tecnologia, instalações, etc.) constituem recursos de saúde ao serviço dos cidadãos da área geodemográfica envolvente. Constituem assim privilegiados pólos com recursos para intervir localmente (com as pessoas, famílias e comunidades) nas problemáticas da saúde/ doença, nas suas determinantes e nos seus interfaces sectoriais” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2006: 3).

O concelho de Arraiolos é um dos cinco projectos-piloto para a implementação de estratégias locais de saúde, onde serviços de saúde e outros parceiros sociais irão trabalhar em parceria e em rede, visando a obtenção de ganhos em saúde (Conferência Nacional sobre Estratégias de Saúde, 2007).

Foi também feita referência a **Outras** dinâmicas e/ ou finalidades do trabalho concelhio numa Associação de Desenvolvimento Local, relacionado com a perspectiva económica e também com a formação profissional, duas vertentes essenciais para complementar necessidades populacionais:

“E então, o Monte começou a crescer no que diz respeito à sua área de intervenção e desenvolveu não só as questões mais ligadas com a perspectiva económica e da economia rural que é o caso do Leader, mas começou a desenvolver também actividades na área das competências e formação profissional ...” (E2)

As Associações de Desenvolvimento Locais, pelas suas características, podem pois desempenhar um papel chave, dado que a sua autonomia e constituição com base na

comunidade aproximam o nível de decisão do local, fortalecem a participação da comunidade e dos vários actores envolvidos na criação de riqueza, potenciando todo o desenvolvimento local.

Recursos Comunitários

Quadro 13 – Recursos Comunitários

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Recursos Comunitários	Recursos Comunitários	Recursos	E2, E4, E6, E7, E9,	12
		Institucionais	E10, E11	
		Resultados Esperados	E1, E2, E3, E10, E11, E12	9
Existentes no Concelho de Arraiolos		Pontos Fortes Concelhios	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	23

Fonte: Entrevistas (2007)

Numa comunidade local como o concelho de Arraiolos, que de acordo, com a Portaria nº 1467-A/2001 é considerado um concelho que sofre de problemas de interioridade com todas as consequências que daí advêm necessita de um planeamento estratégico onde todos os recursos comunitários são fundamentais e devem estar em harmonia para que haja a possibilidade de um desenvolvimento sustentado.

Nesta subcategoria são referidos os **Recursos Institucionais** mais significativos existentes a nível do concelho de Arraiolos, que desempenham um papel fundamental para dar resposta às necessidades da comunidade.

Os profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros, devem ter um conhecimento aprofundado dos mesmos, pois e tal como é referido no Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 80, alínea c), estes têm o dever de “colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”

“Em Arraiolos trabalhamos com as Escolas; com os Jardins-de-Infância; trabalhamos com os Serviços de Apoio Domiciliário das 2 Misericórdias;” (E10)

“...trabalhamos com a Câmara e com a Segurança Social e tentamos envolver nalgumas actividades Juntas de Freguesia e os outros organismos que existem localmente. Os recursos são vários.” (E10)

“Há parceiros que são mais activos, designadamente a Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, o Centro de Saúde ,...” (E11)

“O caso, por exemplo, isto sem nenhuma preocupação em designar por ordem qual é primeira ou segunda, mas por exemplo, o Agrupamento de Escolas, a Misericórdia do Vimieiro, as Associações Sociais e Recreativas (...), e mesmo com as Juntas de Freguesia também,” (E2)

“A Misericórdia também quando precisamos. Os Bombeiros são espectaculares. Do Centro de Saúde só podemos dizer melhor. Do Monte.” (E6)

Neste sentido, relativamente aos recursos institucionais, deverá enaltecer-se segundo Bento (2006: 13) ”o contributo inestimável das entidades particulares de solidariedade social (IPSS), designadamente as Misericórdias, bem como todas as entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que ao longo dos anos têm prestado cuidados de saúde complementares ou continuados a utentes do Sistema Nacional de Saúde.”

Relativamente aos **Resultados Esperados** do trabalho realizado pelas instituições concelhias, foi feita uma forte referência ao trabalho desenvolvido a nível dos Cuidados de Saúde Primários, tal como podemos verificar nas citações apresentadas:

“Neste trabalho que desenvolvemos aqui eu espero que possamos actuar e trabalhar ao nível dos três tipos de prevenção, portanto, prevenção primária, secundária e terciária e temos várias actividades dentro destes vários nveis.” (E1)

“Eu trabalho nos Cuidados de Saúde Primários. Essencialmente, é o controle e manutenção de tratamentos e vigilância de pessoas em situação de doença, ...” (E10)

“Garantir ganhos em saúde a nível do indivíduo e da família inseridos numa comunidade.” (E12)

De facto, os Centros de Saúde têm como objectivo a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica. A resposta às necessidades de saúde abrange as vertentes de promoção e vigilância da saúde e também a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, assim como o desenvolvimento de actividades dirigidas às situações de maior risco e vulnerabilidade. “Os profissionais, designadamente os enfermeiros, prestam cuidados personalizados e globais aos indivíduos e famílias ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até à morte, em diferentes contextos (domicilio, escolas, locais de trabalho, instituições de apoio social, etc.) e aos diferentes níveis: promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2006: 3).

Também a melhoria da qualidade de vida como consequência da satisfação das

necessidades do indivíduo, foi referenciada:

“ ...sendo um poder que está próximo dos cidadãos tenta responder às necessidades locais e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos cidadãos a vários níveis.” (E11)

“E consideramos o nosso objectivo, que é melhorar a qualidade de vida do utente, satisfazer as suas necessidades.” (E3)

O facto de se falar em qualidade e nomeadamente em qualidade de vida, faz denotar a preocupação existente sobre os aspectos que promovem o bem-estar do ser humano, o que é um aspecto extremamente positivo e de louvar a nível do concelho de Arraiolos.

Esta categoria refere também os **Pontos Fortes Concelhios** e as oportunidades que existem no concelho, de onde ressaltam dois pontos fundamentais: o trabalho em rede de parcerias estabelecido e o meio ambiente envolvente do concelho.

Trabalho em Rede de Parcerias

O desenvolvimento local deve suportar-se em soluções comunitárias para as necessidades do terreno, sendo o trabalho em rede de parcerias um método privilegiado para esse facto. Conceição e Ramos, citados por Diniz (2005: 22), referem “como principais mais valias das parcerias: ganhos em saúde, eficiência de meios e satisfação dos colaboradores.”

Tal como podemos observar no concelho de Arraiolos, estas premissas estão bem identificadas como sendo essenciais para se atingirem os resultados esperados:

“Um dos pontos fortes em termos desta área, ..., é as relações boas que existem em termos institucionais, o trabalho em rede e o trabalho em parceria e ..., entre técnicos.” (E11)

“Tem mesmo a ver com as parcerias, não há hipótese. Aqui os pontos fortes é que existe uma conjuntura em que os técnicos se articulam muito bem.” (E12)

“Para mim, o grande ponto forte no concelho tem a ver com o trabalho em parceria com as diversas instituições e a abertura que existe para esse tipo de trabalho.” (E12)

Denota-se nestes discursos a existência de uma cultura organizacional facilitadora de parceria, em que “os valores do serviço e outros aspectos ligados à cultura organizacional (abertura à mudança, flexibilidade) são fundamentais para o estabelecimento da parceria.” (Diniz, 2005: 25)

Segundo Duarte (2007: 13) “os modernos sistemas de saúde envolvem um quadro

intricado de profissionais. É essencial que as organizações reconheçam os benefícios de boas práticas de trabalho em equipa. A aproximação proactiva à construção de uma equipa é importante e facilitadora da cooperação e colaboração.”

Espaços Envolventes:

Num contexto nacional e internacional em que o turismo tem cada vez mais expressão, há que serem considerados todos os potenciais e património do concelho, pois este detém valores que interessa preservar e abordar numa perspectiva operacional, tal como podemos observar nas citações apresentadas:

“Estamos em zonas bonitas, zonas agradáveis, onde a tranquilidade ainda existe, em que as pessoas ainda saem à rua sem a preocupação de serem assaltadas, em que as pessoas têm uma mobilidade (pelo menos aqui na freguesia do Vimieiro) fácil, sem problemas de segurança de maior.” (E5)

“Do ponto de vista da qualidade urbana, temos um centro urbano muito pequenino e isso valoriza.” (E2)

“...a vila foi recuperada e tem um cartão de visita todo simpático.” (E2)

Articulação entre Recursos

Quadro 14 – Articulação entre Recursos

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos	Articulação entre Recursos	Trabalho com Parcerias Formalizadas	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	27
		Trabalho em Rede	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	25
		Acordos	E4, E8	9
		Problemas Existentes	E2, E4, E5, E6, E8, E10, E11	19

Fonte: Entrevistas (2007)

No concelho de Arraiolos existe uma ferramenta territorial de desenvolvimento privilegiada para conceber e operacionalizar no terreno as políticas de prestação de cuidados:

o trabalho em rede e em parceria. Este facto assume uma importância crescente, pois “os centros de saúde, pela sua proximidade ao cidadão e pelas intervenções na comunidade no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, constituem elos centrais na mobilização de toda a comunidade em torno do Plano Nacional de Saúde. Esta mobilização implica a organização dos serviços de saúde e parceiros locais em rede” (Conferência Nacional sobre Estratégias de Saúde, 2007).

O Trabalho com Parcerias Formalizadas foi o mais referido no trabalho desenvolvido que assenta o princípio do desenvolvimento de base territorial, num modelo de intervenção que privilegia a dinamização de parcerias sociais, através do trabalho interinstitucional, com convergência de esforços, com vista à rentabilização dos recursos existentes e à sua qualificação.

O conceito de parceria, entrou definitivamente no âmbito do trabalho comunitário e também, no concelho de Arraiolos emergiu como um aspecto positivo e de promoção de um trabalho efectivo. Aspectos como: partilha, objectivos comuns, interactividade, sinergia e comunicação eficaz, são indubitavelmente importantes e estão associados ao conceito de parceria.

“É sempre parcerias.” (E9)

O trabalho em parceria com todas as suas vantagens subjacentes é indubitavelmente um método de trabalho reconhecido e apoiado também a nível mundial. A parceria intersectorial é um dos paradigmas chave do *Health for all* da OMS e de alguns relatórios da União Europeia (Squire, 2005). A parceria com as pessoas idosas é uma das ideias chave das directivas para o apoio integrado a idosos, com a chancela da ONU. No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, somos particularmente sensíveis à noção de parceria associada a uma visão interpessoal, em que os intervenientes são o enfermeiro e o utente/ família, sem esquecer os restantes profissionais que possam colaborar na consecução dos objectivos a atingir.

“Parcerias formais que nós tenhamos é sempre em primeiríssimo lugar o Centro de Saúde, por causa da questão do Apoio Domiciliário Integrado. Funcionamos em parceria com a Câmara, com a Segurança Social, com a Junta de Freguesia, com os Bombeiros.” (E3)

“Temos parcerias com várias instituições e com várias organizações. Aqui no concelho trabalhamos em parceria com a Câmara Municipal de Arraiolos, com o Posto de Saúde e com o Centro de Saúde, com a Associação Monte, com a Junta de Freguesia do Vimieiro. Trabalhamos em parceria com o Centro de Emprego.” (E5)

As citações apresentadas revelam a existência de parcerias entre diversos recursos comunitários. Segundo Diniz (2005: 20) “o conceito de parceria tem vindo a ser utilizado em várias áreas do conhecimento e de intervenção, com particular relevância para o Serviço Social, a Educação ou a Enfermagem. O âmbito das parcerias, tende no entanto, a ultrapassar estas fronteiras artificiais, já que é cada vez mais comum (e benéfico) a inter-relação entre estas áreas”.

“Existem várias parcerias,..., pela complexidade das famílias com que trabalho existem várias parcerias com as instituições locais.” (E4)

Para a obtenção de respostas integradas, é pois necessária uma “ negociação entre duas ou mais partes, utilizando as capacidades de cada uma delas, tendo em vista um trabalho vantajoso, no seu interesse comum, que deverá ser o interesse do grupo social.” (Diniz, 2005: 21)

“Mas eu acho que a grande aposta neste momento é recorrer aos parceiros da comunidade para conseguir obter esses ganhos em saúde, que é a nossa principal missão.” (E12)

Este é também um facto assumido por Conceição e Ramos citados por Diniz (2005: 22), quando referem como “principais mais valias das parcerias: ganhos em saúde, eficiência de meios e satisfação dos colaboradores.” Para Squire (2005: 205) parceria “significa respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde.”

“Isto reflecte também um trabalho em parceria, um esforço entre instituições, entre serviços e entre ministérios. Realmente estão aqui várias entidades envolvidas.” (E4)

Segundo Gomes citado por Diniz (2005: 21) “é um processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes/ famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum.”

“Por exemplo, nós temos um caso de um senhor que sofreu uma amputação em que beneficiava e tinha de estar mesmo em reabilitação e conseguiu-se em Serpa: esteve lá, já teve alta e agora está no domicílio, tem apoio da parceria da Santa Casa da Misericórdia, do Centro de Saúde.” (E7)

Trabalhar em parceria implica pois que haja uma partilha de poder e recursos, pois sem uma partilha de poder não poderemos falar de parceria (Squire, 2005).

“Se não fosse essa parceria eu acho que era muito complicado.” (E7)

“É, a ideia é essa e só tem interesse se for parceria. Se não for não tem interesse nenhum.” (E6)

Outra das principais formas de trabalho apresentadas é a organização do **Trabalho em Rede**, facto que permite explorar todo o potencial dos recursos locais. Neste tipo de trabalho, os profissionais de saúde ou outros articulam a sua intervenção com outros profissionais de diversos recursos em complementaridade com os diversos parceiros sociais articulados em rede de forma a dar resposta adequada à população de acordo com o risco.

“Desenvolve-se aqui um trabalho integrado com os vários recursos, o que só traz vantagens para os utentes. E funciona muito bem.” (E1)

“Nós em Arraiolos tentamos trabalhar com todas as instituições que podem ter alguma intervenção, seja ela de que carácter for no meio. Ao nível da infância, ao nível da terceira idade, ao nível dos tempos livres, a todos os níveis, porque e isto tendo em vista a definição da OMS de saúde (a bendita), que a saúde é um bem que é transversal a todos, é uma responsabilidade de todos. E como tal todos devemos estar implicados no nosso próprio processo de mudança, com comportamentos que visem uma saúde, pelo menos que atingimos um estado de saúde bom e tentar mantê-lo.” (E10)

“Não é uma coisa forçada, nem é protocolada, porque a maior parte destas parcerias nem estão protocoladas, são naturais, cresceram, é uma rede que se criou, uma rede social que se criou de uma forma espontânea.” (E12)

“Independentemente de ser uma parceria formal, e só assim (eu penso) é que conseguimos fazer alguma coisa. E até mesmo fora do concelho.” (E3)

O trabalho de articulação em rede utilizado como método de trabalho a nível do concelho permite aos técnicos tecerem uma rede de suporte extremamente importante.

Neste tipo de trabalho existe uma ligação entre as várias profissões, definida por alguns autores como “interprofissionalidade”. O conceito de “interprofissionalidade subentende uma rede tecida com os recursos e as especificidades de cada um, sugere a construção de uma malha de intervenções profissionais suportada pelas competências testemunhadas na acção e, neste sentido, parece constituir igualmente uma via na concretização de um cuidado integrado

e integrador” (Toletti, Tojal, Nabais & Sotto-Mayor, 2005: 64).

As parcerias e o trabalho em rede encontram-se directamente relacionados, sendo as parcerias boas estratégias para o trabalho em rede contribuindo para alargar os horizontes da intervenção. “Estes procuram convergências, acordam metas, contribuem para a monitorização e realização dessas metas, trocam informação e constroem conhecimento” (Conferência Nacional sobre Estratégias de Saúde, 2007).

Também a nível do Concelho de Arraiolos, foi feita referência à existência de **Acordos de cooperação nas instituições concelhias:**

“E foi assim que surgiu o NAFAC, que é um acordo atípico com a Segurança Social.” (E4)

“A Intervenção Precoce, surgiu em 2003 (é recente) e o acordo foi assinado o ano passado, em 2006, é que temos acordo com a Segurança Social.” (E4)

*“ (...), só com a Segurança Social porque somos **comparticipados** pela Segurança Social.” (E8)*

*“Temos o **apoio** da Câmara de 2^a a 6^a para os utentes de Centro de Dia e não tínhamos transporte ao sábado e ao domingo. A partir do mês passado começamos a ter transporte ao sábado e ao domingo, que é o Táxi, mas também foi um **subsídio** que foi **cedido** pela Câmara para se pagar esse transporte para os utentes, porque eles não conseguiam dar resposta com os transportes deles.” (E8)*

Estes acordos complementam e reforçam a capacidade da rede e são decerto um exemplo da potencialidade existente a nível local. Segundo a Direcção – Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (2004: 5) “transversalmente, tem vindo a ser promovida e incentivada a celebração de acordos de cooperação com as instituições particulares de solidariedade social, no sentido da expansão, diversificação e quantificação da rede social de serviços e equipa.”

Estes acordos, pressupõem a existência de políticas sociais integradas não só entre o público e o privado, mas também entre o Estado e a Sociedade Civil. Em termos operativos, estes acordos constituem uma forma de intervenção estratégica que conjuga o que se quer atingir, os meios necessários, os efeitos a alcançar e os registos temporais considerados a nível da população concelhia.

Os Problemas Existentes que foram apresentados neste trabalho de articulação assentam sobretudo em dificuldades por falta de hábitos de participação e de partilha entre

instituições que cultivam ainda uma cultura marcada pelo isolamento e pelo fechamento em si próprias, num contexto de um certo individualismo institucional que ainda é o nosso.

Os problemas foram subdivididos em três temas: na população idosa, nas crianças e jovens e no próprio funcionamento dos serviços.

Nos Idosos

Na população idosa, os principais problemas prendem-se com o modo de funcionamento do único Lar existente em Arraiolos, que possui uma cultura organizacional muito fechada trabalhando com um modelo de gestão um pouco ultrapassado, onde predomina a existência de níveis hierárquicos, decisões centralizadas, gestão por processos burocratizados, lógica de poupança em vez de investimento:

“...não temos uma boa relação com o Lar, com o Centro Social e Paroquial; ...” (E10)

“A Segurança Social também já deu a entender que não achava muito bem. Mas o Director continua a achar que é assim. Porque para dar entrada (como á tanta procura) aos de fora directamente que possam estar mais dependentes (às vezes até podem estar, não digo o contrário), os que estão em Centro de Dia vão estar á espera 2, 3, 4, 5, 6 anos. Por enquanto mantemos esta política assim.” (E8)

“De resto, trabalhamos isoladamente.” (E8)

Nas Crianças e Jovens

Nas crianças e nos jovens, os principais problemas apontados, prendem-se com a existência de processos de colaboração entre organizações complexos e burocratizados, insuficiente adequação das respostas com as necessidades e dificuldades na mobilização dos professores para as questões relacionadas com promoção da saúde dos jovens, tal como se pode verificar nas citações apresentadas:

*“Neste trabalho é importante as parcerias, mas às vezes temos **dificuldade em chegar aos serviços para onde enviamos as nossas crianças e obter um feedback**, o que para nós era importante. Esse é um entrave, mas nós tentamos e por vezes temos dificuldades: por exemplo em falar com o Pediatra da consulta de desenvolvimento que nos dê para além do que a família nos disse um feedback.” (E4)*

“Criam-se as respostas, que depois são desajustadas das necessidades. Não há preocupação de articular essas coisas. Eu vejo, por exemplo, na altura das férias, os miúdos andam por aqui a passear, a brincar, vão para o jardim, ...” (E5)

*“Embora esteja a funcionar melhor, mas o que nós tentávamos também melhorar e dinamizar (sempre tentámos) é tentar **sensibilizar todos os professores da escola, nomeadamente os Directores de Turma, de que existe aqui um Gabinete de Saúde e Bem-Estar.**” (E6)*

Relativamente ao trabalho desenvolvido nas escolas, Denam et al. citado por Bacatum (2005: 13) refere que “a formação inicial dos professores sobre as questões de promoção da saúde é escassa o que pode dificultar a adesão dos professores à integração curricular da promoção da saúde”, facto que pode constituir uma das explicações para este facto.

Funcionamento dos Serviços

Ao nível do funcionamento dos serviços, os problemas prendem-se com a envolvente política e necessidades de protagonismo, problemas funcionais na Rede Social (que se encontram em vias de avaliação) e insuficiente conhecimento de determinadas dinâmicas e necessidades institucionais:

“O problema por vezes é que o que move as coisas são as questões políticas, são qual é que é a camisola que vai sobressair no fim disto tudo e esses são efectivamente problemas complicados de ultrapassar. É um meio pequeno, há ciúmes entre instituições, há necessidade de mostrar alguns protagonismos e às vezes isto é difícil de ultrapassar.

Eu acho que não há nada que não se resolva se agente quiser, depende é da forma como as pessoas estão nas coisas.” (E10)

“Tem havido alguns problemas no próprio funcionamento da Rede, mas neste momento estamos a proceder á sua avaliação de modo a podermos verificar os desvios, os constrangimentos para poder melhorar o seu funcionamento.” (E11)

“Mas, a nossa relação com o Centro de Saúde, que é ainda uma relação tímida, se calhar haveriam ainda outras áreas que nós poderíamos trabalhar e nós não sabemos ainda bem.” (E2)

1ª Área Temática: Recursos Comunitários Existentes no Concelho de Arraiolos – Pontos a Salientar

No concelho de Arraiolos, das situações analisadas sobressai a existência de um conjunto de organizações, com missões bem definidas de onde se espera a resolução das necessidades populacionais, e onde os seus técnicos desenvolvem um trabalho articulado, com experiências de trabalho em parceria e em rede.

As situações analisadas sugerem que o objectivo central das parcerias e do trabalho em rede possa produzir “ganhos em saúde” e contribuir para a satisfação das necessidades da população abrangida. As vantagens deste tipo de trabalho são evidentes: facilita a comunicação, fomenta a participação, promove o recurso a soluções inovadoras e garante de uma forma geral, o sucesso da implementação de projectos.

(Continua)

(Continuação)

Porém, também existem dificuldades e o trabalho supracitado não se encontra totalmente implantado a nível concelhio, tendo sido identificados problemas, sobretudo a três níveis: para a população idosa, para as crianças e jovens e no próprio funcionamento dos serviços.

3.2 - Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos

Quadro 15 – Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos	Respostas Comunitárias	Respostas Sociais	E3, E4, E5, E8, E9, E10, E11	32
		Respostas de Saúde	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12	27
		Outras	E2, E11	7
	Cooperação entre Respostas	Encaminhamento	E1, E4, E5, E6, E9, E10, E12	30
		Articulação	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E11, E12	27

Fonte: Entrevistas (2007)

A segunda área temática denomina-se e encontra-se relacionada com as respostas comunitárias existentes a nível do concelho de Arraiolos.

Nesta foram criadas duas categorias, sendo a primeira: Respostas Comunitárias. Nesta categoria foram criadas três subcategorias: Respostas Sociais, Respostas de Saúde e Outras.

A segunda categoria relaciona-se com a Cooperação existente entre Respostas, na qual foram criadas duas subcategorias: Encaminhamento e Articulação.

Respostas Comunitárias

Quadro 16 – Respostas Comunitárias

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos	Respostas Comunitárias	Respostas Sociais	E3, E4, E5, E8, E9, E10, E11	32
		Respostas de Saúde	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12	27
		Outras	E2, E11	7

Fonte: Entrevistas (2007)

As respostas às problemáticas da saúde das pessoas/ famílias não se esgotam exclusivamente nos diferentes pólos de recursos de saúde existentes (Centros de Saúde, Hospitais, etc.). Por isso, e tendo como foco as necessárias respostas às pessoas, é determinante o funcionamento integrado e articulado das diferentes instituições de uma determinada área geodemográfica.

No Concelho de Arraiolos, as **Respostas Sociais** existentes desenvolvem-se também integradas com as necessidades no âmbito da saúde e destas podemos salientar a existência de:

“Na área social há Creche, Jardim-de-Infância, Lar de Idosos, Apoio Domiciliário, Centro de Dia.” (E5)

“A Rede Social aqui no concelho de Arraiolos foi criada no ano de 2002, durante 2 anos teve um período de vigência que foi de implementação onde foi desenvolvido algum trabalho, designadamente alguns documentos que são necessários e que são exigidos pelo próprio programa, que foi o pré - diagnóstico, o diagnóstico social, o plano de desenvolvimento social e um plano de acção, documentos estes que tiveram a participação activa não vamos dizer da população, mas de representantes das instituições.” (E11)

Relativamente á Rede Social, esta, foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro. É um programa que promove o desenvolvimento social local e que pretende constituir redes de apoio social, envolvendo toda a comunidade de forma a resolver, eficaz e eficientemente, os problemas sociais de cada localidade. Pretende-se criar parcerias efectivas entre várias entidades, nomeadamente, autarquias, entidades públicas

e privadas sem fins lucrativos, de modo a criar novas formas de conjugação de esforços, garantindo uma maior eficácia das respostas sociais.

Segundo Capra (s. d.) “redes sociais são redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder”. São também consideradas como uma medida de política social que reconhece e incentiva a actuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social e na promoção do desenvolvimento local. As redes sociais são capazes de expressar ideias políticas e económicas inovadoras com o surgimento de novos valores, pensamentos e atitudes. Proporciona a informação a ser partilhada por todos, sem canais reservados e fornecendo a formação de uma cultura de participação, graças ao desenvolvimento de tecnologias de comunicação, à globalização, à evolução da cidadania, à evolução do conhecimento científico sobre a vida, entre outras. As redes unem os indivíduos organizando-os de forma igualitária e democrática em relação aos objectivos que eles possuem em comum.

Outras respostas sociais existentes passam por:

“(...) alguns programas de apoio às melhorias habitacionais, “ (E11)

“Também temos promovido algumas, e é também sempre em articulação com outras instituições do concelho designadamente e voltamos outra vez à Santa Casa da Misericórdia e Centro de Saúde à higienização de algumas casas, não só de idosos.” (E11)

“Depois temos também o Cartão Social do Município, embora a adesão não tenha sido aquela que se pretendia.” (E11)

“Há um outro espaço..., que foi criado no âmbito da Rede Social..., continua a ser um espaço de encontro de técnicos, que é o Núcleo de Apoio à Família e à Comunidade.” (E11)

De facto, no concelho de Arraiolos todos se mostram conscientes das alterações para uma sociedade moderna, e desejam fornecer respostas para a obtenção de um novo século mais justo e solidário. Para isto importa desenvolver políticas e estratégias de intervenção social assentes na complementaridade, conjugação de esforços e parcerias que potenciem o desenvolvimento económico-social do concelho. Sendo as autarquias, o poder mais próximo das comunidades, a Câmara Municipal de Arraiolos também se vem afirmando progressivamente e assumindo um papel de relevo na resolução dos problemas concretos das

populações, na medida em que, as autarquias locais se constituem como espaços privilegiados da expressão das necessidades e aspiração dos cidadãos, sendo por essa razão quem melhor conhece os recursos endógenos, as carências e as especificidades de cada comunidade (Câmara Municipal de Arraiolos, 2007).

Numa outra perspectiva, segundo Nunes, Tojal, Ferreira, Paiva e Rodrigues (2007: 55) “em termos genéricos, o apoio social poder-se-á considerar como a informação que leva os indivíduos a acreditarem que são estimados, amados, que são parte de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.”

Em termos de **Respostas de Saúde**, os serviços desenvolvem diversos projectos na comunidade, sendo alguns estimulados pelo Plano Nacional de Saúde e outros desenvolvidos por necessidades locais. Há uma imensa riqueza de intervenções na comunidade, em que é necessário investir, bem como promover e divulgar. (Conferência Nacional sobre Estratégias de Saúde, 2007)

Na área da saúde, “ ... se todos entendemos que o foco de atenção dos profissionais é o cidadão e a relevância dos contextos em que está inserido, se desenvolve e se relaciona (família e comunidade); e se intervimos continuamente ao longo do seu ciclo vital nas suas problemáticas de saúde/ doença e nas suas determinantes, então, há três vertentes que com clareza, emergem ao nível da intervenção dos profissionais: a vertente dos cuidados pessoais, globais; a vertente das variáveis de saúde pública e a vertente da componente intersectorial.” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2006: 3)

A nível do concelho de Arraiolos, várias são as respostas apresentadas, que se encontram disponíveis para a população local:

“Existem os programas obrigatórios da Direcção Geral de Saúde e a esses nós temos obrigatoriamente de dar resposta: da Saúde Infantil, à Saúde Materna, Planeamento Familiar, Vacinação. Todas essas estão abrangidas.

Depois existem de facto algumas respostas que nós desenvolvemos por necessidade.

Uma delas tem mesmo a ver com os Cuidados Continuados, porque é um concelho extremamente envelhecido, com níveis de dependência brutais e isso era uma necessidade emergente. O Centro de Saúde tem que dar resposta a essas situações.” (E12)

Temos agora uma valência que estamos a tentar protocolar, mas que para já está apenas ligada aos Cuidados Continuados de uma forma quase que obrigatória, porque os nossos utentes em Cuidados Continuados precisam muito de Cuidados Paliativos, que tem a ver com a questão dos Cuidados Paliativos.” (E12)

“Na saúde é uma área mais pequena, porque na área da saúde a única valência que nós temos que se cruza é o Apoio Domiciliário Integrado.” (E5)

“...As Ajudas Técnicas é outro recurso importantíssimo para o concelho, uma vez que temos uma população com fracos recursos financeiros, população que dificilmente teriam possibilidade de comprar os equipamentos.” (E1)

Das respostas que fora desenvolvidas por necessidades locais, salientam-se em maior número para doentes crónicos e/ ou dependentes. Segundo Duarte (2007: 12) “ a necessidade de organizar a continuidade dos cuidados é especialmente importante quando os mesmos são direccionados para pessoas portadoras de doenças crónicas e ou complexas que requerem o recurso a diversos profissionais os quais podem assumir diferentes objectivos.”

Outra resposta tem a ver com os jovens, e “(...) tem muito a ver com a alteração de estilos de vida, principalmente das crianças e jovens e acabámos por criar o **Gabinete de Saúde e Bem-Estar na Escola**, (...). Tirando os programas da Direcção Geral da Saúde e temos esses todos contemplados, temos a história dos Cuidados Continuados, o Gabinete de Saúde e Bem-Estar, temos a **Equipa de Intervenção Precoce que trabalha crianças até aos 6 anos e familiares e as famílias em risco.** (E12)

A existência e o desenvolvimento de um Gabinete de Saúde e Bem-Estar em funcionamento na Escola é decerto uma resposta fundamental, facto também defendido por Bacatum, (2005: 13) quando refere que “ o estabelecimento de parceria entre a Educação e a Saúde, e entre a escola e a comunidade local é importante para a operacionalização, sucesso e credibilidade da promoção da saúde na escola.”

Relativamente aos jovens, na vivência dos seus problemas, estes recusam os conselhos dos pais e valorizam, de boa vontade, os dos amigos. Ambicionam ser adulto, vivendo mais um período de revolta. Torna-se, portanto, imperioso intervir e mobilizar outros recursos, tais como família, escola, associações juvenis, entre outros, para que se encontre uma resposta adequada e atempada. É necessário que os enfermeiros não só falem com os jovens, com as suas famílias, como também estabeleçam protocolos com as escolas e trabalhem lado a lado com os professores, estimulando a participação criativa dos alunos e providenciando os encaminhamentos tidos como necessários. Sabemos que os adolescentes interagem melhor com os seus pares e em grupo, pelo que esse contexto deve ser privilegiado. A partilha de

experiências fornece-lhes o sedimento necessário para as identificações sucessivas, minimiza as angústias vivenciadas e ajuda-os a resolver situações difíceis que não estão, nem podem estar, previstas. Desejavelmente a intervenção do enfermeiro deve ser pró-activa (Silva, 2007).

Outras respostas na área da saúde, passam pela existência de técnicos especialistas, nomeadamente:

“ (...) temos recursos e nota-se a diferença: temos Psicólogo no concelho, temos Terapeuta da Fala no concelho.” (E4)

“Lá consegui que em Setembro viesse uma Nutricionista, mas vem 1 vez por semana.” (E7)

“A Intervenção Precoce é outra mais valia que já estava implementada, que tem o seu rendimento/apoio para as crianças em vários campos. Tem um Fisioterapeuta, mas é só para a Intervenção Precoce,” (E7)

Estas respostas, no Concelho de Arraiolos, podem ser dinamizadas, uma vez que este concelho pertence actualmente às Estratégias Locais de Saúde, que pretendem acrescentar valor ao que já é feito, promovendo e apoiando a iniciativa local dos serviços de saúde. Para tal, procuram reforçar as redes de comunicação dos profissionais de saúde, com os seus parceiros da comunidade, criando e facilitando espaços e instrumentos para tal. Por outro lado, apostam na monitorização das metas, e na sua divulgação, para manter o ânimo e mobilizar recursos (Conferência Nacional sobre Estratégias de Saúde, 2007).

A relevância e a eficácia de uma acção territorial radica na possibilidade de se mobilizarem **Outras** respostas comunitárias existentes e que podem ser alternativas e localmente significativas, para mais facilmente terem acesso as populações.

As respostas referidas nesta subcategoria passam por:

“E depois tem uma outra política que é em medidas concretas, designadamente lotes que são vendidos a baixos custos.” (E11)

“Embora a Câmara tenha um espaço que é a UNIVA, que trata das questões do desemprego, emprego, formação.” (E11)

“Estávamos a falar da questão da mobilidade, e o Monte é a segunda vez que adquire equipamentos móveis, renovando a sua frota. Não é uma frota muito grande, são duas carrinhas. (...) Tornar acessível um conjunto de acções a pessoas que por via da sua fraca mobilidade em geral: entre freguesias, no espaço do intra concelho (todos os concelhos à volta têm esse problema), não se vissem arredadas da participação nos projectos, por via da falta dessa fraca mobilidade.” (E2)

“E que está também ligada com o Voluntariado. (...) Esta questão da linha, na prática nós estamos a fazer uma cópia de um conjunto de serviços que já é feito em algumas freguesias.(...). A única ambição que temos é que ela não fique concentrada numa única localidade, que possa resolver problemas ao nível do concelho. A Linha Telefónica é para organizar pedidos e para que eventualmente outras solicitações possam ser feitas, sem que isso tenha um preço (pelo menos nesta fase), a quem utiliza a Linha.” (E2)

Cooperação entre Respostas

Quadro 17 – Cooperação entre Respostas

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Respostas Comunitárias	Cooperação entre Respostas	Encaminhamento	E1, E4, E5, E6, E9, E10, E12	30
		Articulação	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E11, E12	27
Existentes no Concelho de Arraiolos				

Fonte: Entrevistas (2007)

A cooperação de acordo com Squire (2005: 205), tem um significado diferente consoante o contexto em que é utilizado, no entanto, no âmbito da promoção de saúde é entendido como “trabalhar em conjunto para o mesmo fim”. É importante estimular ao nível da saúde a interacção entre os vários parceiros, promovendo uma cultura de cooperação estratégica em saúde. É ao nível destas interacções dos serviços de saúde, com os seus parceiros estratégicos da comunidade que se conseguem estratégias de acção mais efectivas.

A resposta que com mais frequência foi referida na cooperação entre respostas foi a realização de **Encaminhamento** dos utentes para outras instituições quando no concelho de Arraiolos não há capacidade de resposta:

“Por exemplo, se é detectada uma alteração da visão numa criança ela é encaminhada para os técnicos, é feito em exame detalhado e depois é encaminhada para o médico de família ou para o especialista se for preciso.” (E1)

“O mais comum, quando são questões relacionadas com a Saúde Sexual, os alunos são encaminhados para o IPJ – Instituto Português da Juventude onde têm uma consulta para adolescentes, pois se estes fossem para o Centro de Saúde muitos não iam, pelo medo de se saber. Os outros problemas são

encaminhados para o Centro de Saúde, para o médico de família, uma vez que o gabinete faz parte de uma parceria com o Centro de Saúde.” (E1)

“Onde isso acontece mais é essencialmente ao nível das mulheres maltratadas.

Nós não temos no concelho de Arraiolos, nem nunca poderia ser assim, ter por exemplo, uma casa abrigo e nós imediatamente entramos em contacto com as casas abrigo.

Mas quem fala disto, fala na hipótese de um Exame Complementar de Diagnóstico, fala-se de uma formação que o jovem queira tirar e que não haja hipótese dentro do concelho da área de residência. (...)” (E10)

“Existem, neste momento, a Rede de Cuidados Continuados, a Rede Nacional, existem unidades espalhadas pelo país e nós podemos encaminhar. (...)

Portanto, sempre que isso acontece, o que nós fazemos é fazermos a avaliação da situação e encaminhamos para a Equipa Regional de Cuidados Continuados para que eles vejam junto das vagas que existem a nível da região primeiro e depois se não houver a nível do país a hipótese de fazer o encaminhamento dessas pessoas.

Neste momento, os casos que nós temos tido aqui em Arraiolos, têm tido resposta quase sempre no Alentejo. (...)” (E12)

“... na Intervenção Precoce é preciso uma consulta de especialidade para uma criança e nós normalmente fazemos a marcação dessa consulta, quando pudemos através da Equipa Distrital ou através do Hospital. Nós fazemos a marcação e sempre que possível acompanhamos a família e a criança. Outras vezes quando os pais se disponibilizam e porque têm recursos para o fazer, são eles que fazem essas diligências. Sempre que possível temos encaminhamentos. ...” (E4)

“Os encaminhamentos são sempre feitos à medida que nós verificamos com as pessoas as suas necessidades. Por exemplo num utente, começa-se a perceber que é preciso uma resposta em termos de Apoio Domiciliário: nós encaminhamos para as instituições, vemos quais são as instituições que estão a dar resposta e fazemos o encaminhamento da pessoa. Normalmente acompanhamos a pessoa, não nos substituímos a ela. Tentamos que ela esteja sempre envolvida no seu processo. Mas sempre que ela precisar de ajuda nós vamos estar lá. (...)” (E4)

O encaminhamento constitui, sem margem de dúvida, uma forma de assistência para casos devidamente identificados e a necessitar de respostas específicas. Este permite a combinação de esforços e recursos para dotar os serviços de uma melhor capacidade de resposta.

A necessidade e a experiência de **Articulação** entre as diferentes áreas de intervenção e entidades responsáveis, foi outro dos aspectos referido e indispensável para uma acção concertada nos domínios da saúde.

A existência de articulação entre respostas com a realização de um trabalho integrado entre as instituições do concelho e de fora destes foi um aspecto evidenciado, e é importante ser desenvolvido em diversas situações tais como nas decisões de promoção da

saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços (Lei nº 104/ 98 - Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 90, alínea c).

A transversalidade, que se requer como princípio estratégico de acção, implica um conhecimento das várias dimensões dos problemas sociais e uma capacidade de articulação global das diferentes instituições. Com efeito, "... pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. " (Decreto-Lei nº 101/ 2006)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005: 20) " a concessão de um acesso equitativo e a mistura apropriada de serviços são vitais."

"Nós temos um utente que tem o perfil a, b, c; temos um utente que tem estes problemas, estas características, então vamos ver que tipo de recursos é que podemos juntar para melhorar a qualidade de vida deste utente." (E3)

Foi também reconhecida a importância da existência de uma rede de ligação onde existe um envolvimento activo dos diversos parceiros neste processo e é fundamental que a interligação entre os profissionais seja uma realidade no terreno, pois "é importante estimular a interacção entre os vários parceiros, promovendo uma cultura de cooperação estratégica em Saúde. É ao nível destas interacções dos serviços de saúde com os seus parceiros estratégicos da comunidade que se partilha informação, que se transforma em conhecimento, que, por sua vez, se traduz em estratégias de acção mais efectivas." (Conferência Nacional sobre Estratégias de Saúde, 2007)

"Não sei se tem só a ver com os técnicos, provavelmente também tem a ver com a gestão das instituições, mas de facto no terreno articulamo-nos muito bem. E era como eu dizia há pouco, num concelho com tão poucos recursos, cada um poder aproveitar os recursos que tem na comunidade para potenciar os nossos esforços é meio caminho para fazer algum trabalho com algum sucesso." (E12)

"Se é sinalizada uma família que mora no Monte "X" e tem lá 3 crianças, nós temos que ver se já estão vacinadas. Procura-se a mãe para perguntar isso e a mãe não aparece. Diz a enfermeira: "mas eu vou lá a casa e vou ver, levo as vacinas comigo e se não tiverem faço logo." (E4)

“Ainda hoje às 4 horas era preciso uma intervenção na casa de uma utente e apenas com um telefonema ao fim de 5 minutos conseguimos juntar na casa da utente a enfermeira e as ajudantes do apoio domiciliário.” (E1)

A articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são condições imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde, que constam nas leis que gerem o código das profissões, mas que devem ser mais que legislação e serem práticas correntes de trabalho. Com efeito, como elemento da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde, nos termos da alínea b) do Artigo 91 do Código Deontológico do Enfermeiro. O nº 3 do Artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro refere ainda que os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde.

Com efeito, os enfermeiros cuidam dos clientes e relacionam-se com todos os intervenientes no processo de cuidados de saúde. Há que apostar na efectiva integração dos cuidados, considerando a junção das responsabilidades inculcadas a cada uma das profissões em causa.

2ª Área Temática: Respostas Comunitárias Existentes no Concelho de Arraiolos – Pontos a Salientar

No concelho de Arraiolos, das situações analisadas sobressai a existência de um conjunto de respostas, predominantemente da área social e da área da saúde, cujos contributos de ambas as áreas são uma mais valia para o trabalho desenvolvido no concelho.

Estas respostas existentes no concelho cooperam entre si ou com outras organizações de fora do concelho, sendo a forma mais referida de cooperação o encaminhamento, seguido de processos de articulação.

3.3 - Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pela Instituição

Quadro 18 – Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pelos Recursos e Respostas Concelhias

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Reconhecimento dos Utentes abrangidos pela Instituição	Planeamento dos Cuidados	Actores Envolvidos	E1, E4, E6, E7, E10, E12	20
		Ação Colectiva	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12	18
		Metodologia participativa	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E10, E11	23
	Relacionamento com as Famílias	Colaboração	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12	22
		Passividade	E1, E3, E5, E6, E10, E12,	21
		Sinalização	E3, E4, E8, E10	6
	Rede de Cuidadores Informais	Vizinhança	E3, E5, E12	5
		Outros	E1, E3, E7, E12	4

Fonte: Entrevistas (2007)

A terceira área temática, denomina-se e encontra-se relacionada com o Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pelas Instituições do Concelho.

Nesta, foram criadas três categorias: Planeamento dos Cuidados, Relacionamento com as Famílias e Rede de Cuidadores Informais.

A categoria Planeamento dos Cuidados, foi dividida em três subcategorias: Actores Envolvidos, Ação Colectiva e Metodologia Participativa.

A categoria Relacionamento com as Famílias, possui três subcategorias, que são respectivamente a Sinalização, Colaboração e Passividade.

A categoria Rede de Cuidadores Informais foi dividida em duas subcategorias: Vizinhança e Outras.

Planeamento dos Cuidados

Quadro 19 – Planeamento dos Cuidados

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Reconhecimento dos Utentes abrangidos pela Instituição	Planeamento dos Cuidados	Actores Envolvidos	E1, E4, E6, E7, E10, E12	20
		Acção Colectiva	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12	18
		Metodologia participativa	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E10, E11	23

Fonte: Entrevistas (2007)

O planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face a uma realidade. Supõe que a realidade não é imutável e que se pode agir sobre esta, no sentido de uma transformação orientada por objectivos. Assim entendido, o planeamento é um esforço colectivo em que intervêm vários sujeitos envolvidos na realidade que se visa transformar.

No caso da saúde, o planeamento não poderá ficar reservado ao cuidado de alguns técnicos ou serviço especializado do sector, mas terá de envolver todos os serviços e a respectiva pessoa.

Nesta categoria foram analisadas três dimensões da mesma ou subcategorias: Actores Envolvidos, Acção Colectiva e Metodologia Participativa.

Relativamente ao planeamento dos cuidados e sua subcategoria relacionada com os Actores Envolvidos foram destacados dois tipos de actores, do conjunto de todos aqueles que agem no interior do sistema de acção: os actores individuais e os actores colectivos.

É crucial que todos os actores, incluindo os que representam a população, tenham lugar e se façam representar em todos os processos e estruturas criadas, pois a capacitação dos técnicos e o *empowerment* das populações com as quais se trabalha é essencial para que se desenvolvam estruturas sustentadas de trabalho.

O sistema de saúde existe em prol do bem-estar da sociedade em geral e do cidadão, de onde todos fazemos parte, pelo que, os actores são um elemento fundamental para

a melhoria da saúde, que não deve ser vista como um fim, mas como um recurso para a vida. “Neste sentido, torna-se essencial envolver o cidadão, torná-lo mais participativo e responsável, na promoção da sua própria saúde” (Pereiro et al., 2006: 8).

No concelho de Arraiolos foi notória a importância dada à participação dos utentes e dos seus familiares neste processo:

“ ...Não faz sentido, porque é assim, um problema só é problema quando é validado com o utente ou com a família. Aquilo que é para nós equipa um problema, pode não ser para eles.” (E12)

“Normalmente nunca há só um indivíduo, há sempre uma família por trás.” (E10)

A participação destes actores é também defendida por Young & Flower citados por Diniz (2005: 23) quando refere que “pacientes e cuidadores devem criar uma parceria, procurando que o paciente mantenha o sentido de controlo sobre o seu corpo e sua vida, estabelecendo uma base de conhecimento e aumentando a sua participação.”

Será pois essencial a participação dos familiares nos cuidados, a responsabilidade dos mesmos nessa participação, e o incremento dessa participação num conjunto de interactividade com os profissionais. Estes profissionais formam depois conjuntos de actores colectivos, devidamente organizados e reconhecidos no âmbito concelhio:

“É sempre uma intervenção concelhia.” (E4)

“Desde logo, foram mobilizados recursos de entre vários serviços. Os principais actores, digamos assim, que estão envolvidos. Todos eles têm um papel importante, ...” (E4)

“E como são conhecidas por todos e como todos conhecemos qual foi o plano de vida estabelecido para aquela família, em qualquer momento se o técnico mais responsável por aquela família está de férias, o utente não fica sem resposta, está lá outro que de certeza absoluta sabe o que há-de fazer.” (E10)

Os actores envolvidos, são então os utentes e seus cuidadores, que devem desenvolver “prioridades num plano de tratamento que incorpore a compreensão do paciente e desejo de aceitar o plano; ambos têm em conta as contribuições, necessidades e comportamentos; cuidadores ajudam os pacientes a reconhecer a fazer uso dos recursos e os cuidadores ajudam os pacientes a relatar os seus objectivos a longo prazo e a alcançar os

objectivos do tratamento a curto prazo do tratamento” (Young & Flower citados por Diniz, 2005: 25).

A Acção Colectiva (outra das subcategorias evidenciadas) assume-se como uma necessidade para a decisão e organização dos sistemas humanos e diversos testemunhos demonstram a importância dada às intervenções decididas no conjunto dos actores envolvidos:

*“E depois criou-se um hábito de trabalho, das pessoas de **decidirem as coisas todas em conjunto.**” (E10)*

*“**Procura abordar questões de uma forma mais transversal, multidisciplinar, tentando articular o trabalho.**” (E2)*

De facto, a evolução das organizações e dos seus processos de decisão, tem vindo a desenrolar-se de acordo com o ambiente em que se inserem. Segundo Candeias (2005: 54) “actualmente a emergência do conhecimento como factor de sobrevivência, leva a que muitas organizações reestruturem as suas formas de trabalho, tornando-as mais flexíveis, assumindo a tomada de decisão como partilhada e baseada na evidência disponível.”

Os testemunhos apresentados vêm também realçar que as intervenções na saúde, requerem um conhecimento profundo da situação, com uma abordagem desta muitas vezes no ambiente do utente e com o envolvimento de outras áreas que condicionam a saúde da população:

*“É feita uma **abordagem no domicílio do utente para ver quais são as necessidades.** Essas necessidades depois são transmitidas á equipa regional e tenta-se ver em que lugar é que essa pessoa possa ser internada, porque vagas não é logo ali de um dia para o outro.” (E7)*

*“Aí o papel da equipa é depois ir fazer a **visitação domiciliária para identificar de facto o nível de dependência e as características da situação,** para depois delinear o plano de intervenção para aquela pessoa e família. Porque depois não se trabalha só o utente. Aqueles que têm família, se não temos de ir á rede de vizinhança e á rede de prestadores de cuidados informais ver quem é que existe.” (E12)*

“Enquanto que a Rede pensa respostas a nível mais estrutural, mais macro. Este grupo pensa as respostas a nível do indivíduo, da família, do agregado. A um nível micro. Vai ao indivíduo e á família.” (E11)

Através de uma acção colectiva, delinea-se assim o plano de intervenção. Segundo Silva (2004: 26) “as acções desenvolvimentalistas que apelam à convergência de diferentes instituições e actores sociais estão a ganhar cada vez mais o seu sentido pleno, na medida em que só assim é possível ultrapassar de um estado de letargia, de inércia local e de mera subsídio - dependência individualista de certas organizações locais, para uma nova era de mudança sustentada, fundada num “aprender a ser” cidadão.”

Outra das subcategorias, refere o uso de uma **Metodologia Participativa** no planeamento dos cuidados, sendo esta utilizada para a definição de objectivos, dos meios e dos modos de serem concretizados.

Diversos discursos demonstraram a participação colectiva, como uma prática habitualmente realizada no concelho de Arraiolos. Bronwlea citado por Gomes (2002: 57) define participação “como a possibilidade do indivíduo estar mais ou menos envolvido num processo de tomada de decisão ou numa acção.”

“Nós frequentemente temos reuniões, onde nos sentamos todos à mesa e todos decidimos os casos todos.” (E10)

“O que quer dizer que há uma maximização de recursos, porque também há uma distribuição de acordo com as maiores necessidades das pessoas, dos técnicos que mais ficam ligados aos casos.” (E10)

“E normalmente há sempre diálogo, não é preciso grandes problemáticas para que se resolva a situação.” (E7)

Uma metodologia de participação activa pressupõe o direito de fazer escolhas e tomar decisões. Só se podem perspectivar benefícios num ambiente de melhoria contínua se todos os actores individuais e colectivos participarem activamente e assumirem a sua responsabilidade, sob pena de se inviabilizarem as oportunidades para alcançar a eficácia e a eficiência dos resultados esperados. Cahill, citado por Gomes (2002: 57) refere que “os conceitos de envolvimento e de colaboração são percursores do conceito de participação, que por sua vez é precursor de parceria”, factos que se têm comprovado existirem no trabalho desenvolvido a nível concelhio.

Relacionamento com as Famílias

Quadro 20 – Relacionamento com as Famílias

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Reconhecimento dos Utentes abrangidos pela Instituição	Relacionamento com as Famílias	Colaboração	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12	22
		Passividade	E1, E3, E5, E6, E10, E12,	21
		Sinalização	E3, E4, E8, E10	6

Fonte: Entrevistas (2007)

Vários estudos (Cantor, 1989; Grand, 1989; Le Disert, 1989) mostram a importância das redes informais e demonstram que a rede familiar continua a ser a mais espontânea e, naturalmente, aquela a que as pessoas estão mais ligadas (Gil, 1999). Esta rede, além de se encontrar mais próxima das pessoas, conhece melhor as suas necessidades e limitações, daí ser fundamental no apoio da pessoa com necessidades. A rede é intensa, embora não deixe de ser influenciada pelo tipo de família, proximidade da residência, número de descendentes, existência de filhas, de entre outros factores.

O suporte familiar em conjunto com a rede social formal e informal constituída por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, rede de amigos e voluntários, desempenham um papel importante, pois constituem factores facilitadores no controlo de situações problemáticas. (Santos citado por Barreiros, 2006: 41)

Nos depoimentos apresentados é notória a ênfase dada á **Colaboração** dos familiares nos cuidados. A noção de colaboração é utilizada para descrever associações entre pessoas. Segundo Diniz (2005: 23) “colaboração pode ser considerado o envolvimento conjunto em actividades que impliquem tomada de decisão, exigindo esforço cooperativo.”

Também Bento (2006: 13) salienta “que na prestação de cuidados de saúde em geral, a família e a comunidade têm constituído e deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados.”

“No Apoio Domiciliário Integrado sempre que há família pede-se o máximo de colaboração à família. Não temos uma experiência muito complicada.” (E5)

“Ainda não tivemos nenhuma família que nos tivesse fechado a porta, e eu acho que isto é uma boa avaliação.” (E10)

Relativamente à família, “a sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito.” (Bento, 2006: 13)

“Mas, efectivamente da parte da família a experiência que nós temos é que têm vindo a colaborar substancialmente mais.” (E3)

“Mas ainda ajudam e curiosamente eu acho que estão neste momento a querer voltar a cuidar dos familiares. Está-se a assistir de uma forma muito lenta, mas não está a assistir-se a uma opção que acontecia há uns anos atrás que era querer empurrá-los para o Hospital, para os Lares.” (E12)

No concelho de Arraiolos existe de facto uma colaboração estreita da família, que segundo os técnicos está a ficar cada vez mais significativa, o que vai de encontro ao que refere Pimentel, (2005: 65) quando admite que “nas sociedades rurais, há uma tendência para procurar soluções, no caso particular dos idosos que perdem a sua autonomia, no interior das suas redes de solidariedade primárias, onde se assiste ainda a um sentimento de obrigação generalizado para com os membros das redes familiares e de parentesco”.

Contrariamente ao supracitado, outra subcategoria, revela que também existe **Passividade** por parte dos familiares. De facto, os achados obtidos evidenciam que muitos idosos não têm apoio por parte da família, sobretudo porque esta não existe ou não se encontra próxima do mesmo, o que leva à existência de alguma solidão. Segundo Berger (1995: 387) a solidão, “é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias.”

As respostas obtidas que elucidam a inexistência ou ausência da família, são essencialmente:

“Nós temos algumas utentes que não têm familiares directos e os familiares que têm já são de 2 ou 3º

grau e é complicado. (...)” (E3)

“a nível de todas as valências o que é complicado é que a maioria das pessoas nem sequer tem família aqui.” (E5)

Outra dificuldade referida passa pela passividade dos pais em relação aos filhos em áreas relacionadas com a prevenção e promoção da saúde. Segundo Bacatum (2005: 13) “a parceria entre a escola e a família é crucial. É do consenso geral que a escola é mais eficiente se as relações entre pais/ encarregados de educação forem eficazes através da participação activa destes nas actividades escolares”, pelo que o facto de existir passividade não contribui para a eficiência escolar pretendida.

As respostas obtidas que elucidam esta dificuldade, passam por:

“Junto dos pais isso é sempre mais complicado e continua a ser complicado. Claro que vamos sempre tentando.” (E6)

“A única coisa que está aqui efectivamente a falhar é e são os encarregados de educação.” (E6)

“Os pais ainda não estão receptivos para temas relacionados com a prevenção e promoção da saúde.” (E1)

A **Sinalização** é outra subcategoria, que aborda outra função existente nas famílias do Concelho de Arraiolos, e que passa por estas serem sinalizadoras dos utentes para as respostas comunitárias.

Cada família, independentemente da sua estrutura, tem determinadas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar respostas às necessidades familiares e às necessidades dos seus membros, em termos individuais e às expectativas da sociedade, pelo que é de extrema importância esta função de sinalização.

Os relatos obtidos, confirmam esta ideia:

“Mas, andar sempre à volta da sinalização por parte da família e dos familiares.” (E3)

“Temos crianças sinalizadas, graças a Deus, já pela própria família.” (E4)

“Naqueles casos, são situações identificadas pelos pais ou porque algum médico alertou para o facto.” (E4)

“Porque solicitações ..., ainda na 2ª feira esteve aqui um casal. Têm os pais no Centro de Dia do Sabugueiro, mas acham que só o Centro de Dia já não lhes basta e queriam Lar, mas queriam entrada directa.” (E8)

Rede de Cuidadores Informais

Quadro 21 – Rede de Cuidadores Informais

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Reconhecimento dos Utentes abrangidos pela Instituição	Rede de Cuidadores Informais	Vizinhança	E3, E5, E12	5
		Outros	E1, E3, E7, E12	4

Fonte: Entrevistas (2007)

É de salientar que as redes de cuidadores informais constituídas na maior parte das vezes pelos amigos e vizinhos, embora menos estudadas que as da família, parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio ao idosos e/ou à pessoa dependente, nomeadamente em situações de ausência de familiares. A existência deste tipo de relações sociais é benéfica porque contribui para um sentido de integração social e evita o isolamento.

A rede de **Vizinhança**, foi a mais referida como essencial para a rede de cuidados de saúde a nível concelhio.

A relação com os vizinhos é diferente da relação entre familiares porque resulta de um processo de escolha baseado na partilha de interesses comuns e de relações de confiança. Os amigos/ vizinhos constituem assim, uma importante parte das redes de apoio, incluindo desde o apoio emocional ao apoio instrumental. Segundo Augusto e Carvalho citados por Barreiros (2006) num país como o nosso, onde a escassez de recursos e a ausência de medidas conducentes à garantia da qualidade de cuidados domiciliários são uma realidade, as redes de apoio informal surgem no panorama da realidade após a alta, como estruturas a valorizar.

“Os vizinhos, aqui a rede de vizinhança ainda é muito importante. Muitas vezes os sinais de alerta vêm por parte dos vizinhos.” (E12)

“Têm a vantagem ainda da rede de vizinhança. Essa é ainda uma das vantagens.” (E12)

“Conseguimos ainda ter boas relações de vizinhança, conseguimos utilizar relações de vizinhança, como relações de solidariedade.” (E5)

A relação entre vizinhos difere da relação existente com os amigos e baseia-se sobretudo na proximidade. Noutra visão relacionada com o possível apoio proveniente da vizinhança, Paúl (1997: 115) refere que “é uma relação predominantemente instrumental em coisas como compras, olhar pela casa, situações de emergência, e dando um sentido geral de segurança, originado pela proximidade, embora não seja raro os vizinhos tornarem-se amigos.”

Apesar de tudo é muitas vezes observada uma atitude defensiva por parte dos vizinhos, quando a situação de dependência é demasiado pesada, mas que ainda assim se revelam como um dos recursos mais importantes no apoio e na assistência destes indivíduos dependentes, contribuindo para o seu bem estar e para a promoção da sua independência.

Outros achados obtidos evidenciam que todas as outras pessoas que possam contribuir na prestação de cuidados também são importantes e assim considerados junto dos prestadores de cuidados formais. São exemplos disso:

“Mas, no meio rural as pessoas conhecem-se e há espírito de inter - ajuda.” (E1)

“E que tipo de prestadores ou que tipo de relações é que esse utente tem, que nos possam ajudar, para que o nosso serviço seja melhorado.” (E3)

“Se foi um Acidente Vascular Cerebral ou se foi um acidente ou outras situações que possam levar a necessidades de cuidados mais próximos do utente em que só o cuidador não é possível e tem de ter também ajuda de terceiros.” (E7)

Esta é decerto uma atitude correcta e pró activa, também descrita pela EFN, que citada pela Ordem dos Enfermeiros (2005: 19) apela para que todas as organizações reconheçam “o papel de pessoas próximas que prestam cuidados, bem como se apercebam da importante contribuição prestada pelos mesmos, já que vão ao encontro dos três desafios fundamentais identificados pela União Europeia, a acessibilidade, sustentabilidade, qualidade e a força de trabalho, bem como asseguram os cuidados de saúde à família, aos amigos e entes queridos do doente.”

3ª Área Temática: Reconhecimento dos Utentes Abrangidos pela Instituição – Pontos a Salientar

No concelho de Arraiolos, das situações analisadas sobressai a existência de um intensivo planeamento dos cuidados com envolvimento de todos os actores possíveis a nível individual e colectivo, com uma tomada de decisão partilhada e uma metodologia de trabalho participativa. São considerados principais actores, os utentes, os profissionais de saúde, os gestores e outros responsáveis por instituições prestadoras de cuidados de saúde e a restante sociedade civil.

Num contexto em que os recursos são limitados, importa que o trabalho do Estado, da sociedade civil e do sector privado se faça com todos, evitando os desperdícios e a duplicação de esforços, com o envolvimento de todos os parceiros. Nesta óptica foi também salientado o relacionamento com as famílias e com outros cuidadores informais, tal como a vizinhança e amigos.

3.4 - Carências de Respostas Existentes no Concelho de Arraiolos

Quadro 22 – Carências de Respostas Existentes no Concelho de Arraiolos

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Carências de Respostas existentes no Concelho de Arraiolos	Fragilidades	Problemas Físicos e Mentais	E1, E4, E6, E7, E10, E11, E12	20
		Duplo Envelhecimento	E1, E2, E3, E4, E5, E10, E12	13
		Encaminhamento para Especialistas	E1, E4, E10, E11	7
	Obstáculos	Carência de Recursos	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12	50
		Isolamento/ Desertificação	E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E12	23
				(Continua)

(Continuação)				
Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
	Obstáculos	Acessibilidades/ Território	E1, E2, E5, E6, E7, E9, E11, E12	17
		Funcionamento dos Serviços	E3, E4, E5, E6, E7, E8, E12	17
	Grupos da População Afectados	Baixos Rendimentos Económicos	E2, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	24
		Baixos Níveis de Escolaridade	E2, E4, E5, E10, E11	7

Fonte: Entrevistas (2007)

Em relação á quarta área temática: Carências de Respostas Existentes no Concelho de Arraiolos, foram elaboradas três categorias (Pontos Críticos, Obstáculos e Grupos da População Afectados) de onde posteriormente emergiram as respectivas subcategorias correspondentes, como se pode observar no quadro assinalado em baixo.

Na categoria Pontos Críticos, foram criadas três subcategorias, nomeadamente: Problemas Físicos e Mentais, Duplo Envelhecimento e Encaminhamento para Especialistas.

Relativamente à categoria Obstáculos, foram assinaladas quatro subcategorias, relativamente: Recursos, Isolamento/ Desertificação, Acessibilidades/ Território e Funcionamento dos Serviços.

Respeitante à categoria Grupos da População Afectados, emergiram duas subcategorias: Baixos Rendimentos Económicos e Baixos Níveis de Escolaridade.

Fragilidades

Quadro 23 – Fragilidades

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Carências de Respostas existentes no Concelho de Arraiolos	Fragilidades	Problemas Físicos e Mentais	E1, E4, E6, E7, E10, E11, E12	20
		Duplo Envelhecimento	E1, E2, E3, E4, E5, E10, E12	13
		Encaminhamento para Especialistas	E1, E4, E10, E11	7

Fonte: Entrevistas (2007)

Esta categoria evidencia algumas fragilidades existentes no concelho de Arraiolos, aos quais os técnicos não estão alheios, mas sim receptivos e motivados para com elas trabalhar.

Na subcategoria referente aos **Problemas Físicos e Mentais**, foi principalmente referida a existência de problemas relacionados com a doença crónica e também com alguns distúrbios juvenis, o que vai de encontro ao que refere Pereira et al. (2006: 8) quando refere que “as transformações demográficas, sociais e familiares da sociedade têm vindo a acusar o aumento da população idosa com perda de autonomia, bem como o aparecimento de situações problemáticas no âmbito da saúde mental, o aparecimento marcante de doenças crónicas e o aumento de indivíduos com dependência física o que deixa transparecer, cada vez mais, as elevadas taxas de população dependente do país.”

A doença crónica, foi um dos principais problemas referidos, muito citado ao nível da demência:

“Porque ainda por cima, Arraiolos de acordo com algumas avaliações feitas é um meio onde existe quase todo o tipo de paleta de doença mental que está descrita nos compêndios. Não se fazia ideia que houvesse tanta doença mental naquele concelho, mas é um facto. Não sei porquê, mas existe.” (E10)

“A nível de demência está a aumentar. Não é só no concelho. Naquela formação dos cuidados paliativos falámos de algumas coisas e uma delas teve exactamente a ver com o número de casos de dependência que estão a surgir por demência e isso é ainda mais complicado.” (E12)

De facto, segundo Karlin e Fuller (2007: 32) “ a doença mental numa fase tardia da vida constitui um problema sério de saúde pública. Além das consequências emocionais e sociais apreciáveis, a doença mental numa fase tardia da vida conduz a um aumento da incapacidade, a piores resultados de saúde, a um aumento do risco de mortalidade, a uma maior utilização dos serviços de saúde, a um aumento do risco de mortalidade, a uma maior utilização dos serviços de saúde e a uma redução da aderência ao tratamento.”

“Depois a questão dos utentes com doença em fase terminal. Era aquilo que eu dizia á pouco. Eu acho que neste momento é um grupo considerável, nós temos muita gente com doenças neoplásicas, com demências, ...” (E12)

De facto a doença neoplásica, também supracitada, constitui outro dos grandes desafios, sendo esta a responsável e uma das principais causas de morte em Portugal e o seu

impacto económico e social para doentes e familiares está longe de ser calculável. Segundo Monteiro e Terras (2005: 41) “ com a idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem, em simultâneo, várias patologias degenerativas e de evolução prolongada, que se potenciam entre si, originando a instalação progressiva de alguma dependência de carácter físico, mental ou social.”

Relativamente aos jovens, os principais problemas apontados prendem-se com o aparecimento de algumas doenças crónicas (Hipertensão Arterial e a Diabetes) e também com distúrbios alimentares:

“Olhe a obesidade, tem sido um caso que tem aparecido cada vez mais.

E os distúrbios alimentares, por muita comida ou falta de comida.

Nalguns casos têm aparecido miúdas com distúrbios alimentares, não são anorexicas, mas estamos a caminhar para lá.

São miúdas que têm já problemas com a imagem, que não fazem/ praticam uma alimentação equilibrada, que não comem pura e simplesmente. Cortam radicalmente e não querem comer.” (E6)

“A Obesidade é uma doença que nos preocupa muito e que pode ser prevenida, sendo a escola um dos locais ideais para se darem os exemplos correctos.” (E1)

“Nalgumas situações destas de actividade laboratorial deparei-me já com uns 3 ou 4 casos de hipertensão em adolescentes.” (E6)

*“Os Diabetes também já vão aparecendo: **Diabetes Tipo II** em miúdos e adolescentes.” (E6)*

A identificação destes problemas, constitui um facto adquirido pois no concelho de Arraiolos, no âmbito das Estratégias Locais de Saúde, procura-se uma diminuição da obesidade infantil, no primeiro ciclo de ensino, sendo que nesta região se verifica que há 36,6% de crianças obesas entre os 5 e os 6 anos e 24,7% entre os 9 e os 10 anos (Conferência Nacional sobre Estratégias Locais de Saúde, 2007).

O concelho de Arraiolos, sofre também de problemas de **Duplo Envelhecimento**, que segundo Canas da Silva (2007: 3) constitui “a mais significativa alteração populacional da História da Humanidade que está em curso, uma vez que pela primeira vez o número de idosos (idade >= 65 anos) é superior ao dos jovens (idade <= 15 anos).”

O concelho enfrenta grandes dificuldades em assegurar um quadro de renovação geracional, que é marcado por um cenário de duplo envelhecimento demográfico tal como acontece no restante território nacional onde “o efeito cumulativo da diminuição da

mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população” (Decreto-Lei n.º 101/2006).

“... porque Arraiolos é um concelho extremamente envelhecido.” (E10)

“Depois, temos o envelhecimento da população, que associado ao aumento da esperança de vida, faz com que tenhamos uma grande percentagem de utentes velhos.” (E1)

“... acaba sempre por ser complicado, porque a gente num meio rural com um índice de envelhecimento muito alto, ...” (E12)

“É muito envelhecido. Ele já é muito envelhecido, tem poucos jovens, se os jovens que aqui estão não se conseguem inserir, abandonam precocemente a escola. Então alguma coisa está mesmo mal e é uma área que aos poucos e poucos temos também trabalhado.” (E2)

O envelhecimento da população está enquadrado nas novas problemáticas de saúde que decorrem das profundas e permanentes mudanças sociais. Segundo Monteiro e Terras (2005: 40) “ a população portuguesa continua a envelhecer, cada vez mais, devido ao facto de cada vez, nascerem menos crianças (envelhecimento na base) e haver cada vez mais idosos, em virtude do aumento da esperança de vida (envelhecimento no topo). Estamos perante um duplo envelhecimento.”

De facto, este ponto é crítico no concelho de Arraiolos, mas também o é em outros locais e constitui uma realidade que está a afectar as políticas sociais em geral e as da saúde em particular (Rocha, 2007). Também Silva, Moreira e Borges (2007: 73) referem que “o envelhecimento demográfico das populações decorre de uma extraordinária conquista da nossa civilização, mas apresenta também consequências que lhe são adversas, decorrentes do próprio processo de envelhecimento inerente a todo o ser humano.”

Outra subcategoria evidencia a dificuldade no **Encaminhamento para Especialistas** como um problema para a prestação de cuidados concelhia. De facto, é referida a dificuldade no encaminhamento dentro do Sistema Nacional de Saúde, o que evidencia uma ausência de estratégias de integração de recursos e de articulação de contextos de cuidados:

“Outro problema é a dificuldade em encaminhar utentes para consultas de especialidade, como a Medicina Interna ou a Cirurgia.” (E1)

“Esta é uma das áreas em que eu acho que tem de haver uma aposta forte, porque realmente nós

temos muita deficiência mental absolutamente abandonada. Porque o regime da saúde mental é um regime aberto ao nível do internamento e depois também ao nível da consulta externa, como sabe, está tudo centralizado numa sede do distrito, em Évora e é muito complicado.” (E10)

“Porque ao nível da saúde, voltamos a um ponto fraco que é não só ao nível concelhio mas também a nível distrital, que é o tempo da resposta, a qualidade da resposta e a quantidade da resposta, por exemplo, ao nível da Psiquiatria, Psicologia. Quando estou a falar aqui falo de desde a mais tenra idade até ao mais idoso. Consultas de especialidade aí é que ao nível da saúde falha.” (E11)

“Sentimos às vezes em algumas consultas de especialidade, a dificuldade em marcar, a dificuldade em adequar com alguns serviços fora do concelho, embora nós tenhamos boas relações e consigamos sempre por uma via ou outra. Às vezes não é logo uma via linear.” (E4)

É evidente que estes factos constituem fragilidades na área da saúde, o que demonstra que não existe ainda uma rede de saúde com troca correcta e imediata de informação entre Hospital e Centro de Saúde e vice-versa. Este facto, traduz-se depois num aumentado tempo de espera para a obtenção de consultas, com dificuldade na acessibilidade aos serviços e com prejuízo da qualidade do mesmo.

Obstáculos

Quadro 24 – Obstáculos

Área Temática	Categoria	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Carências de Respostas existentes no Concelho de Arraiolos	Obstáculos	Carência de Recursos	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12	50
		Isolamento/ Desertificação	E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E12	23
		Acessibilidades/ Território	E1, E2, E5, E6, E7, E9, E11, E12	17
		Funcionamento dos Serviços	E3, E4, E5, E6, E7, E8, E12	17

Fonte: Entrevistas (2007)

Vários são os obstáculos que marcam presença no caminho que tem que ser percorrido. Mas esses obstáculos podem e devem ser vistos como desafios senão mesmo, quando há essa possibilidade, oportunidades para intervenções institucionais conjugadas. Porém, para isso será necessário compreendê-los para depois poderem ser superados.

Na primeira e mais referenciada subcategoria são referidos factores relacionados com a **Carência de Recursos** humanos e físicos em diversas áreas na prestação de cuidados. O problema dos recursos está muito relacionado com o facto do concelho de Arraiolos fazer parte de uma região desfavorecida, pouco desenvolvida e com problemas de interioridade, que não possui uma densidade populacional institucional capaz de providenciar os bens públicos necessários para a comunidade, tal como podemos observar nas citações apresentadas:

“Os principais problemas com que nós nos deparamos, por vezes são nos recursos que temos. Nós às vezes cozinhámos muita coisa no bom sentido, ou seja, tentamos fazer o mais possível com os recursos que temos, mas por vezes eles também são escassos.” (E4)

“Depois a nível de necessidades mais específicas, é que nos falham algumas coisas, mas isso tem a ver com o facto de a saúde enquanto for pautado por rácios, enquanto os técnicos forem colocados por rácios (isto é na saúde e é em todo o lado), quem vive no interior paga um preço caro.” (E10)

“Os recursos têm vindo a diminuir ao longo dos anos, tanto a nível humano, como em recursos físicos.” (E7)

Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos que dão apoio aos serviços de saúde no concelho de Arraiolos, temos disponíveis:

“Depois recursos humanos que nos dão algum apoio, neste momento, temos para além da técnica do Serviço Social da ARS, 1 Nutricionista e 1 Psicóloga. Os outros temos de ir buscá-los à comunidade. Geralmente à conta das parcerias que estabelecemos com outros órgãos e com outras entidades da comunidade. Se não forem esses recursos, se não forem essas parcerias, a gente não consegue fazer a maior parte das coisas, porque os recursos humanos são muito poucos....” (E12)

De facto, no Concelho de Arraiolos, os recursos são escassos e existem necessidades sentidas, como foi evidenciado para este estudo:

“Nós precisaríamos de ter alguns recursos humanos que são de extrema importância, desde o Fisiatra.” (E10)

“E, também acho que a falta de médicos.” (E1)

“Há um posto de saúde onde vem médico, eu nem sei se nesta altura vem todos os dias e está uns bocadinhos aqui. E o Centro de Saúde tem pouca gente e está sempre a esticar o pessoal. É sempre pouco.” (E5)

Recursos Físicos

A nível dos recursos físicos, as situações apontadas como de maior carência para o Concelho de Arraiolos, prendem-se com os edifícios, sejam eles particulares ou públicos.

Nos edifícios particulares, ou seja nas habitações próprias das pessoas as dificuldades passam pela existência de casas degradadas e com a presença de inúmeras barreiras arquitectónicas, o que felizmente, em algumas situações têm sido resolvidas graças á vontade de todos os actores envolvidos no trabalho comunitário deste concelho. Outro problema, é o facto de não existir habitação social.

“Outro dos pontos fracos é a habitação, não há habitação social. Muitas das casas que há para alugar estão em muito mau estado. E depois se formos falar na casa dos idosos, então ainda é pior, porque barreiras arquitectónicas é a toda a hora. Também sei que á vontade da parte das pessoas e tem havido alguma facilidade a alterações que levem á possibilidade das pessoas viverem no seu domicílio.” (E10)

Relativamente a edifícios públicos, os obstáculos prendem-se sobretudo a nível do Centro de Saúde, que fica situado num edifício antigo e que por esse facto necessita periodicamente de reajustamentos e melhoramentos e passa também pela falta de Lares para uma população envelhecida como é a deste concelho.

“Em meios físicos, é assim, o Centro de Saúde tem um edifício antigo, que não é mau e comparando com outros, até nem está mal. E agora tentámos ver, melhorá-lo porque havia infiltrações e as coisas não estavam bem, pelo menos enquanto aqui estamos, para que as coisas possam funcionar melhor. Mas, temos falta de gabinetes próprios, por exemplo, para saúde infantil próprio, para planeamento próprio. É evidente que os gabinetes que temos, um está adaptado também para saúde infantil e planeamento, mas se um colega quiser fazer já não pode, porque está lá o colega a fazer consulta.” (E7)

“As integrações em Lar também. Não há Lares suficientes aqui.” (E9)

Encontrou-se um outro obstáculo, relacionado com a existência de **Isolamento e Desertificação**, uma vez que o contexto ambiental em que a pessoa está inserida pode influenciar o estado de saúde das pessoas e a sua satisfação de vida. Nas entrevistas foram os idosos, os indivíduos mais citados como os mais afectados por este isolamento, que pode ser causado pela ausência de estruturas de suporte, pela carência de prestadores de cuidados ou muitas vezes por opção pessoal:

“Porque infelizmente ainda temos muitos idosos sozinhos em casa. Passam o dia, passa a noite,

passam dias e passam noites. O isolamento é realmente terrível.” (E3)

“... mas mesmo na vila para além dos montes (que isso existe), mas mesmo na vila temos situações que eles estão completamente sozinhos.” (E12)

Segundo Silva (2007: 67) “vista numa perspectiva global, cremos poder afirmar que a solidão representa, actualmente, um dos problemas mais frequentes da nossa sociedade.” A este respeito Berger (1995: 387) refere que a solidão “é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias.”

De facto, na actualidade muitas pessoas idosas vivem sós e a solidão é um dos aspectos susceptíveis de interferir de modo mais significativo com a saúde e a segurança das pessoas de idade avançada. No concelho de Arraiolos este é um facto adquirido e os técnicos compreendem a importância de um acompanhamento regular a estas pessoas:

“Por enquanto ainda nos deslocamos a todas as freguesias, mas se pensarmos bem a ida do médico e dos enfermeiros a todas as freguesias não se justifica para a pouca população que existe em algumas freguesias. Por exemplo, a Aldeia da Serra que tem cem e poucos habitantes.” (E1)

“Apesar de se tentar, que não haja uma desertificação das extensões, neste caso das aldeias com menos habitantes: com 140 e 190 habitantes. Tentar ver se elas se mantêm para que as pessoas que lá estão não fiquem piores, mais isoladas, sobre todos os aspectos: comunicação, socio-económica, escola, de tudo.” (E7)

Segundo Silva (2007: 66) “o nosso país está cheio de idosos que vivem isolados em quartos, em casas tão ou mais velhas que eles próprios, dependentes na maior parte das vezes da caridade da vizinhança que lhes acode quando adoecem, no entanto, preferem permanecer nestas condições num local onde se perpetuam lembranças e a própria vida.”

Consequência para a Prestação de Cuidados

Esta desertificação acarreta consequências não só para as pessoas, mas também foi feita referência às consequências para os serviços, que pela não existência de um número populacional considerável, impede o aumento dos técnicos que no concelho trabalham.

“Nós não temos nada disso e não temos porque somos um concelho pequeno, não atingimos o número de utentes necessário, aliás de residentes necessário a ter uma diversidade técnica que nos permitisse trabalhar mais.” (E10)

As **Acessibilidades** e o **Território** existente no Concelho de Arraiolos, constituíram outro dos obstáculos referidos para a população aos serviços de saúde e até mesmo a outros serviços que muitas vezes só estão localizados na sede de concelho ou na sede de distrito foi também um obstáculo referenciado para a população do concelho de Arraiolos.

Relativamente às acessibilidades várias são as dificuldades encontradas e que estão relacionadas com o próprio território do concelho, que é muito abrangente em termos de área territorial, mas onde (como já foi referido) a densidade populacional é muito baixa, o que provoca constrangimentos aos técnicos relacionados com as deslocações e constrangimentos na população, que não possui uma rede de transportes que cubra todo o concelho.

“Temos outro problema também aqui se coloca por vezes, que é as questões do isolamento em termos da acessibilidade de transporte.” (E11)

“Temos um concelho com quase 700 Km², com uma densidade populacional baixinha de 11 habitantes por Km². Portanto passamos muito tempo de carro. Muito tempo na estrada. E isso, o tempo que passamos na estrada, diminui o tempo que estamos com os utentes e com a família.” (E12)

“Nas problemáticas em geral o que noto é que há muitos problemas de acessibilidade entre as freguesias. Muitos problemas de acessibilidades, ...” (E9)

De facto, esta assimetria territorial referida para o concelho de Arraiolos é referida na sociedade portuguesa como comum no interior rural do país, onde predomina a ausência de infra-estruturas de desenvolvimento público e onde tende a predominar o isolamento, a falta de acessibilidades e uma consequente desertificação demográfica relacionada com essa falta de investimento no interior do país.

O Funcionamento dos Serviços, ou seja, a forma de organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e dos serviços concelhios surge também como impeditivo e foi um obstáculo identificado para a prestação de cuidados eficazes no concelho, tal como podemos verificar nas citações apresentadas:

“Os Cuidados de Saúde Primários ainda são o parente pobre da saúde. Ainda está tudo muito virado para o Hospital e acabamos por ter poucos recursos.” (E12)

“Depois como o número de enfermeiros e de médicos não aumenta, mas o número de programas e das respostas a que somos obrigados a dar em prazos de tempo concretos a nível da Direcção Geral de Saúde e do Ministério cada vez é maior, acabamos por ter dificuldade em gerir esse tempo.” E12

Esta é de facto uma dificuldade referida também por Acker citado por Toletti et al. (2005: 64) quando refere que “o “tempo” é altamente cronometrado: trabalhar sobre o essencial face às necessidades dos pacientes – mesmo que o tempo do cliente e do cuidador não coincidam – e, rapidamente face às exigências institucionais de assegurar a fluidez de um sistema que aposta simultaneamente em curtas hospitalizações e contenção nos cuidados extra-hospitalares.”

Outras dificuldades sentidas no concelho passam pela forma como os superiores hierárquicos, aqui citados a vários níveis, gerem os recursos e respectivas respostas para a população:

“Eu penso que a questão da admissão nos lares é uma questão complicada porque eu vejo que provavelmente há pessoas que estão em lares que provavelmente tinham condições para estar em casa.” (E3)

“Porque até ver, se não mudarem de ideias a Direcção, não têm entrada directamente de fora para o Lar, têm de passar pelo Centro de Dia.” E8

“... Há essa dificuldade de articular as coisas. Não consigo compreender porque é que se investe e depois não há resultados suficientemente palpáveis para os investimentos. Faltam as articulações todas, faltam os ajustes e as adaptações para as necessidades que as pessoas têm de facto.” (E5)

“E depois esta política toda do fecha ali, abre no outro sítio, fecha agora, depois já abre, também não tem sido muito favorável à confiança dos clientes. As pessoas sentem-se muito inseguras com estas coisas todas.” (E5)

“... os indivíduos só fazem disparates de um lado e de outro, porque não ouvem as pessoas, não atendem as pessoas que estão no terreno. Dispensaram a opinião de toda a gente e acham que podem decidir e decidem mal. Decidem mal e são arrogantes e não admitem na maior parte das vezes que erraram ...” (E6)

Segundo Candeias (2005: 56) “uma das grandes dificuldades na implementação de mudanças na saúde centra-se no facto de existir uma elevada assimetria de informação, ..., assim como da estrutura hierárquica vertical, centralizadora e fechada das organizações de saúde.”

Grupos da População Afectados

Quadro 25 – Grupos da População Afectados

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Carências de Respostas existentes no Concelho de Arraiolos	Grupos da População Afectados	Baixos Rendimentos Económicos	E2, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	24
		Baixos Níveis de Escolaridade	E2, E4, E5, E10, E11	7

Fonte: Entrevistas (2007)

A categoria Grupos da População Afectados retrata as características da população que ao nível do concelho de Arraiolos, são vistas pelos técnicos como desfavorecidas e que passam pela carência de rendimentos económicos e de escolaridade.

A existência de **Baixos Rendimentos Económicos**, encontra-se directamente relacionado com o desemprego existente, que atinge um número significativo da população activa concelha.

Em Portugal, o início do século XXI foi marcado pela crescente taxa de desemprego e o concelho de Arraiolos não é excepção. Segundo Nunes et al. (2007: 52) “o desemprego pela sua dimensão quantitativa e pelas implicações na saúde, constitui um dos mais importantes temas da actualidade, conforme relatam os meios de comunicação social e o Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) demonstram e confirmam”.

Segundo os mesmos autores citando Vaz Serra (2007: 52) “o desemprego é considerado uma fatalidade quando atinge uma pessoa. Quando o desempregado se depara com esta situação é obrigado a confrontar-se com a modificação do estatuto social, com uma redução dos seus rendimentos, com a alteração da relação com os outros, com um sentimento de fracasso, de isolamento e de perda do sentido para a vida.”

“ É uma freguesia que regista um nível de desemprego considerável, principalmente desemprego feminino.” (E5)

“os recursos económicos das famílias são muito baixos. E sempre que é necessário uma participação da família para algum tipo de resposta é sempre um ponto negativo.” (E12)

“Depois o resto, aquilo que se nota, de quem recorre mais é o típico do casal com 2/ 3 filhos em que regra geral só um dos elementos é que trabalha. Há sempre a situação de desemprego associada e depois á a insuficiência de rendimentos.” (E9)

A tipologia familiar mais referida revela a existência de famílias com apenas um rendimento mensal e que não consegue gerir a sua vida apenas com os rendimentos auferidos. Existe má gestão de rendimentos.

A perda de rendimentos não reflecte, por si só, os problemas principais decorrentes da perda de trabalho. Trata-se de um processo de perda de bem-estar económico, mas sobretudo, de degradação social e identitária, que influencia outras situações diárias, como podemos verificar nos discursos apresentados:

“O facto de poderem participar ou não em visitas de estudo, alguns não podem. Estes podem porque podem pagar e cada vez mais as visitas de estudo vão ser pagas e saem do bolso dos alunos e do bolso dos professores, obviamente.” (E6)

“Que atendendo a já não terem a sua profissão: uns por terem sido reformados antes da altura devido à sua doença crónica e que ficaram com reformas muito reduzidas, as quais têm de dar para comer, para pagar a renda, têm de comprar medicamentos e os medicamentos para doenças crónicas são caros. Os idosos que têm as suas reformas, à luz do antigamente e que ainda é menor do que o outro. A população desfavorecida para mim é mesmo o adulto reformado precocemente devido à sua doença crónica e o idoso que já está reformado há anos e continua com aquela reforma com que ficou. Também é um concelho onde não há (não é só aqui) emprego, qualquer tipo de emprego. Não há.” (E7)

Outra subcategoria revela a existência de **Baixos Níveis de Escolaridade** no Concelho de Arraiolos, o que constitui um factor de desfavorecimento a quem pelos mais variados motivos sofre também deste problema.

Apesar de nos últimos 30 anos se ter registado uma progressiva expansão do sistema educativo e do alargamento da escolaridade obrigatória, ainda se verificam inúmeros problemas, relacionados com a escolarização em Portugal e o concelho de Arraiolos não é excepção.

Este é de facto um problema, que abrange sobretudo dois grandes grupos a nível do concelho de Arraiolos, que pela fraca escolaridade se tornam pouco qualificados: a população feminina e os jovens, sendo esta uma situação muito agravada pela necessidade de rendimentos económicos, pelo que se abandona a escola pela necessidade de entrada no mercado de trabalho.

A entrada precoce na vida activa com baixos níveis de escolaridade constitui uma

realidade, visível e neste estudo referenciada:

“Eu acho que as mulheres do concelho de Arraiolos são desfavorecidas. Normalmente têm baixas habilitações literárias,” (E10)

“As grandes taxas de abandono estão intimamente relacionadas com os baixos recursos económicos e a necessidade que as pessoas têm de se integrar precocemente no mercado de trabalho.” (E5)

“Mas que há muitas possibilidades e que não pode a escola e o agrupamento terem como apanágio um conjunto de jovens que precocemente (se calhar uma grande percentagem deles) chega ao 9º ano e abandona para ir trabalhar na construção civil.” (E2)

Esta é de facto uma situação reconhecida e “apesar dos esforços que têm vindo a ser efectuados, continua a verificar-se demasiadas situações em que os jovens deixam o sistema de ensino com um nível de escolaridade baixo e sem qualquer tipo de formação, partindo para o mercado de trabalho em posição de desvantagem e, por consequência, correm o risco de dar continuidade a uma geração de trabalhadores pouco qualificados, existentes no mercado português” (PNAI 2006-2008).

4ª Área Temática: Carências de Respostas Existentes no Concelho de Arraiolos – Pontos a Salientar

Das situações analisadas sobressai a existência de alguns pontos críticos ao nível do Concelho de Arraiolos, que se encontram relacionados com o aparecimento de problemas físicos e mentais, com a existência de uma população duplamente envelhecida e com a dificuldade de encaminhamento desta população para consultas de especialidade.

Apesar das melhorias significativas no bem – estar das crianças, estas são ainda um grupo vulnerável a situações de pobreza e, simultaneamente, à transmissão intergeracional dessa situação. Também nos idosos se verificam situações extremamente vulneráveis com idosos a sobreviverem de pensões com valores muito baixos, situação que se agrava num território envelhecido, seja pelo isolamento, seja pelo défice de condições que neste território adiam a construção de condições de vida melhoradas.

Outro tipo de situações, como seja, a perda de autonomia, isolamento social, más condições habitacionais e difícil acesso a serviços de saúde ou de apoio social reforça as vulnerabilidades destas pessoas.

(Continua)

(Continuação)

Um dos factores essenciais para uma vida plena é o acesso á educação e à participação no mercado de trabalho. A educação escolar constitui um dos pilares estruturantes dos indivíduos, porém, a escola tende a reproduzir no seu funcionamento as desigualdades económicas e sociais que a envolvem, sendo reflexo de níveis mais elevados de insucesso e abandono escolar junto das crianças e jovens originárias de grupos sociais mais desfavorecidos. Também o público feminino tem poucas habilitações literárias, o que condiciona a existência de desemprego feminino.

3.5 - Tendências e Desafios Actuais

Quadro 26 – Tendências e Desafios Actuais

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Tendências e Desafios Actuais	Boas Práticas	Sinergia de Cuidados	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12	37
		Cuidados Continuados	E3, E5, E7, E10, E11, E12	20
		Promoção/ Educação para a Saúde	E1, E4, E6, E7, E10, E11, E12	19
		Enfoque nas Pessoas	E1, E3, E4, E5, E7, E10, E11, E12	17
		Envelhecimento Activo	E2, E5	4
	Estratégias Futuras	Sustentabilidade do Sistema	E1, E2, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	37
		Fortalecimento dos Cuidados Continuados	E3, E5, E7, E9, E10, E12	16
		Melhoria dos Sistemas de Informação	E1, E2, E5, E6, E7, E11	14
		Eficiência na Gestão de Recursos	E2, E4, E5, E7, E9, E10, E12	11
		Reforço do Trabalho de Campo	E10, E11, E12	8

Fonte: Entrevistas (2007)

Relativamente à quinta área temática, relacionada com as Tendências e Desafios Actuais, foram criadas duas categorias, nomeadamente: Boas Práticas e Estratégias Futuras.

Na categoria Boas Práticas, foram desenvolvidas cinco subcategorias: Sinergia de Cuidados, Cuidados Continuados, Promoção/ Educação para a Saúde, Enfoque nas Pessoas e Envelhecimento Activo.

Na categoria Estratégias Futuras, foram criadas também cinco categorias, denominadas de Sustentabilidade do Sistema, Fortalecimento dos Cuidados Continuados, Melhoria dos Sistemas de Informação, Eficiência na Gestão de Recursos e Reforço do Trabalho de Campo.

Boas Práticas

Quadro 27 – Boas Práticas

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Tendências e Desafios Actuais	Boas Práticas	Sinergia de Cuidados	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12	37
		Cuidados Continuados	E3, E5, E7, E10, E11, E12	20
		Promoção/ Educação para a Saúde	E1, E4, E6, E7, E10, E11, E12	19
		Enfoque nas Pessoas	E1, E3, E4, E5, E7, E10, E11, E12	17
		Envelhecimento Activo	E2, E5	4

Fonte: Entrevistas (2007)

Esta categoria evidencia as boas práticas desenvolvidas no trabalho que é realizado no concelho de Arraiolos, e que já demonstraram serem atitudes e actividades que devem continuar a serem desenvolvidas no futuro.

A Sinergia de Cuidados constitui a mais referida pelos entrevistados das boas práticas realizadas no Concelho de Arraiolos.

As organizações de utilidade pública que prestam serviços empenhadas no bem comum de âmbito local têm por vezes dificuldades acrescidas para solucionar muitos dos

problemas com que diariamente são confrontadas (lidar com a dispersão de informação, carência de meios de intervenção, a dependência de uma população idosa e um tecido económico muito condicionado para crescer), pelo que têm de encontrar sinergias com outras organizações. Podem e devem encontrar formas de cooperação, colaboração e co-responsabilização que lhes permitam, em conjunto, superar essas mesmas dificuldades, criando estruturas de âmbito territorial mais alargado. É assim que surgem e se consolidam parcerias institucionais que se têm revelado de elevadíssima valia. Para a consecução deste trabalho, é essencial o trabalho dos técnicos, facto que no Concelho de Arraiolos foi valorizado pelos informantes-estratégicos:

“Em teoria, todos sabemos que só em conjunto é que alguma coisa se consegue fazer, mas depois da teoria à prática percorre-se um longo caminho. E vejo que em Arraiolos, consegue-se graças aos técnicos que temos, que esta articulação seja feita de uma forma muito satisfatória.” (E3)

“Quer dizer, existe uma tentativa e até agora bem conseguida de se fazer um trabalho interdisciplinar, já não falo no multidisciplinar, porque é a fase da perfeição e ainda lá não chegámos.” (E4)

“Temos em algumas situações por vezes críticas que não conseguimos resolver ou que temos de fazer uma “ginástica” muito grande em termos da disponibilização dos recursos que as diferentes instituições têm para resolver situações dessa questão da mobilidade.” (E11)

“Estamos todos a trabalhar para o mesmo: uns de uma maneira, outros de outra, cada um no seu campo, mas sem ser isolados. Quando é necessário estamos todos a dar um pouco do que faz falta e isso é uma das mais valias que há no concelho.” (E7)

“Com este corpo técnico que agora trabalha em Arraiolos cada vez maior, penso que sim.” (E11)

As pessoas são o bem mais precioso que temos, mas quando estas são portadoras duma riqueza de conhecimentos e valores constantemente actualizados e duma vontade própria em querer saber mais tornam-se imprescindíveis para a construção de um bom trabalho.

Segundo Crespo (2004: 37) “ a formação e teimosia dos agentes é fundamental para intervirem e actuarem de forma cada vez mais cuidada e melhor, na medida em que os objectivos a atingir são complexos, parte das vezes difíceis de alcançar, pois a população - alvo, objecto dos serviços são geralmente pessoas problemáticas e fragilizadas, inseridas num contexto sócio familiar extremamente mutável e incerto, ..., aspecto este, que se agudiza com a escassez de recursos e de técnicos, ...”.

Os **Cuidados Continuados** constituem outra das boas práticas referidas para o concelho de Arraiolos. Estes incluem-se no Sistema Nacional de Saúde e no Sistema de Segurança Social e compreendem: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; a provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis. Destes fazem parte os Cuidados Continuados Integrados, que na legislação portuguesa são definidos como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global das pessoas com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade e que necessitem de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração (Rede de Cuidados de Saúde: Decreto-Lei nº 281/ 203 de 8 de Novembro; Decreto-Lei 101/ 2006 de 6 de Junho).

Nesta rede, várias são as equipas que de uma forma coordenada trabalham para o utente. De entre as várias equipas que assegura o trabalho da rede, a que tem mais evidência de trabalho a nível do concelho de Arraiolos, é a equipa de cuidados continuados integrados, que é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de cuidados domiciliários.

Esta equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito do Centro de Saúde, conjugado com os serviços comunitários. Presta cuidados domiciliários de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas ser programadas, regulares e com base nas necessidades (Decreto-Lei 101/ 2006 de 6 de Junho).

Estes cuidados prestados no concelho de Arraiolos baseiam-se no pressuposto que os indivíduos dependentes de terceira pessoas, independentemente da sua faixa etária, devem manter-se no seu meio familiar e o apoio que carecem deve estar organizado na comunidade e ser uma prioridade dos serviços de saúde.

“Eu também acho que embora, isto no âmbito dos Cuidados Continuados e em Arraiolos eu posso exibir esse troféu, eu acho que os Cuidados Continuados o objectivo é ter as pessoas em casa.” (E10)

“Se não fosse a Rede de Cuidados Continuados a intervir eles não tinham completamente ninguém.” (E12)

Os destinatários da rede de cuidados continuados são e tal como refere Pereiro et al. (2006: 9) “indivíduos que, quando atingidos pela velhice ou por alguma doença viram perdida a sua autonomia, encontrando-se em situação de dependência.” Uma pessoa

dependente é aquela que necessita de terceiros para satisfazer as suas necessidades humanas básicas e actualmente as “ as altas médicas precoces vêm determinar a necessidade de cuidados de saúde no domicílio, numa perspectiva de continuidade dos cuidados. Face a esta situação, existe uma grande preocupação em promover o aumento da autonomia dos doentes em situação de dependência” (Pereiro et al., 2006: 8).

Neste momento com a implementação da Rede de Cuidados Continuados a nível nacional, existe outro suporte para apoiar os utentes com necessidades específicas, facto que no Concelho de Arraiolos também é referido como estratégia de acção, apesar de as vagas existentes ainda serem limitadas para as necessidades.

“Para já, também temos os Cuidados Continuados, que no concelho já há muito tempo se tem debruçado e dado respostas aos utentes com essas necessidades.

E agora ainda para mais com a rede implementada, tentamos dar resposta o melhor que se consiga, uma vez que não é só a nível do concelho que os utentes podem ter apoio, mas também através da equipa regional onde é colocada a situação do utente para um possível internamento, de curto, médio ou longo prazo ou até de reabilitação de acordo com as necessidades que o utente possa ter em causa.” (E7)

“Neste momento temos uma unidade de 20 camas de convalescença em Serpa, temos uma unidade de convalescença de 5 camas no Hospital da Misericórdia de Évora, temos uma unidade de 10 camas de média duração e Reabilitação na Unidade da Santa Casa da Misericórdia de Évora, temos outra na Santa Casa da Misericórdia de Mora e temos outra ainda também de 10 camas de longa duração na Santa Casa da Misericórdia de Mora. Isto para a região Alentejo.

Em progressão de massas, vai ver que há gente em Serpa que é de Arraiolos, vai ver que há gente que é de Elvas que vai estar em Serpa, vai ver que há em Mora eventualmente pessoas que são de Évora, portanto, e temos um doente de Serpa por exemplo que reside neste momento numa unidade em Estombar, portanto, no Algarve.” (E10)

O interesse na **Promoção/ Educação da Saúde** citada pelos técnicos inquiridos, relaciona-se com a ênfase positiva dada á qualidade de vida. Segundo Benett e Murphy citados por Bacatum (2005: 11) “a promoção da saúde é a aceitação que os contextos e os comportamentos se interligam e que são determinantes da saúde.”

A promoção e a protecção da saúde e a prevenção da doença na comunidade educativa, foi decerto a situação mais enfatizada. Segundo Weare citado por Bacatum (2005: 12) “a promoção da saúde em meio escolar, tem que compreender a globalidade da vida escolar, tendo em conta as normas, os valores e a saúde dos professores, alunos e funcionários.”

“Ao nível da educação também, ao nível dos jardins-de-infância que também fazem parte da educação. Penso que já temos um conjunto de prestação de respostas significativas e de qualidade.” (E11)

“E nós queremos mesmo aproximar o Centro de Saúde dos alunos, e quebrar um pouco aquela barreira do ir ao médico só quando está doente e fazer a prevenção. Dinamizar a ideia de prevenção e isso acho que conseguimos perfeitamente e optimamente.” (E6)

“Atendendo que vem uma vez por semana, o que é que nós pensámos: começar pelos pequeninos, que serão os adultos do amanhã, onde temos de começar logo desde pequenos na prevenção.” (E7)

O tempo que as crianças permanecem na escola ou nos jardins-de-infância é extremamente importante para a aquisição de conhecimentos e competências. É nestes locais, que um elevado número de situações são vivenciadas no que respeita á descoberta pessoal e à construção da identidade, adquirindo-se competências essenciais à idade adulta para uma escolha e uma tomada de decisão correcta no que respeita á saúde, às oportunidades, às incertezas e a outras situações. A promoção da saúde na escola é definida pela OMS como o processo que capacita para o bem-estar, tendo em conta a saúde individual e colectiva, a tomada de decisão, o auto-controlo, o *empowerment*, a prevenção de causas de morte e de doenças incapacitantes, a criação de condições que conduzam à saúde e a promoção de comportamentos saudáveis.

Um dos conceitos que se pode sobrepor é o de *Empowerment*, neste caso a nível individual que enfatiza a ideia de investimento de poder, para poder agir e intervir de forma a mudar. Segundo Gibson, citado por Diniz (2005: 23) este é definido como “um processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas.”

A educação para a saúde tendo como destinatários os cuidadores informais é outro assunto a não descurar e o papel dos profissionais neste processo também foi enfatizado, uma vez que, são estes os responsáveis pelo desenvolvimento da educação. Para isso será necessário termos profissionais formados para uma boa tomada de decisão e transmissão de conhecimentos.

“Apostar muito na formação dos profissionais para depois eles poderem formar os prestadores de cuidados informais. Para mantermos uma rede efectiva de continuidade de cuidados, porque nós vamos lá 1 vez, ou 2 vezes por dia ou 3 vezes por dia, mas são os prestadores de cuidados informais

que estão a tempo inteiro.

Mas para os profissionais poderem formar ou informar esses cuidadores, mas têm de ter formação.” (E12)

Segundo Duarte (2007: 14) “cuidar de doentes e família na comunidade requer uma base de conhecimentos que engloba os aspectos físicos, psicossociais e espirituais dos cuidados, bem como e um leque de competências adicionais de ordem relacional, capacidade de adaptação a estruturas ainda recentes e a assunção de um mandato social o que parece encontrar na formação do enfermeiro o alvo privilegiado.”

As pessoas são a razão de existir do sistema de saúde e outra das subcategorias refere o **Enfoque nas Pessoas**, como uma boa prática, pois o utente é o centro dos cuidados, sendo todas as actividades planeadas e desenvolvidas em prol deste:

“Basicamente, o que nós achamos é o seguinte: em primeiro lugar, em primeira análise, em segunda análise, em terceira análise é o utente.” (E3)

De facto esta é uma prática deveras pertinente, onde e tal como refere Toletti et al. (2005: 63) “... o desafio, na óptica do cidadão, é o fazer prevalecer uma lógica verdadeiramente centrada na pessoa cuidada”, o que foi referido pelos técnicos do concelho de Arraiolos:

“em Arraiolos tem acontecido uma coisa muito interessante que é a Equipa Local ter uma atitude muito pró activa em relação aos seus doentes.” (E10)

“Porém, mas se nós lá não fossemos, ainda que para poucos habitantes, estas pessoas não tinham possibilidade de vir ao Centro de Saúde” (E1)

“Aquela história que a gente lê na teoria de que eles são o centro e existe um modelo teórico que é o modelo de Cantor em que está o utente na família e depois está num primeiro anel e de facto aquilo faz sentido. e a gente pensa que é só na teoria não é. Se eles não se sentirem cúmplices no processo, a maior parte das coisas não tem o impacto que deveria ter.” (E12)

A participação do utente e do cuidador são aspectos reconhecidos como essenciais na prática de cuidados pois é de vital importância para a negociação dos cuidados. Segundo Spiers citado por Duarte (2007: 13) “negociar cuidados é um processo complexo de ajustar princípios de confiança, legitimidade, autoridade, autonomia, competência e vulnerabilidade.”

A nível nacional, também a Lei de Bases da Saúde – Lei nº 48/ 90, de 24 de

Agosto, refere que os cidadãos enquanto utentes devem ter um papel activo na promoção da sua própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres. Esta aponta claramente para o papel activo do utente. Hesbeen, citado por Gomes (2002: 71) refere também que “uma parceria nos cuidados, pressupõe elaborar com a pessoa cuidada um projecto de cuidados, identificando o horizonte no qual ela quer progredir. Pressupõe um processo de negociação em que a autonomia da pessoa tem de ser respeitada acima de tudo.”

A subcategoria **Envelhecimento Activo** refere as actividades que apoiam a consecução de um envolvimento activo para os idosos do concelho. Este paradigma do envelhecimento activo foi adoptado pela OMS no final dos anos 90, como sendo o processo de optimização das condições de saúde, participação, segurança e qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo.

Mensagens como a do envelhecimento activo são muito relevantes, e é de facto de louvar esta visão fornecida pelos informantes estratégicos neste estudo.

Segundo a Direcção – Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, (2004: 4) “o envelhecimento activo requer por isso uma conjugação de duas vertentes de intervenção – uma da responsabilidade de cada um de nós, na manutenção de estilos de vida saudáveis a nível físico e mental, e outra, da responsabilidade colectiva e articulada dos sectores responsáveis pelas políticas sociais públicas”, facto que pode ser constatado nas citações apresentadas:

“As iniciativas que nós temos tomado, dentro também deste projecto, que é uma área relativamente nova, mas que nós temos achado que é importante, que é a questão de valorizar (porque há pessoas que estão completamente afastadas da vida activa, mas que têm 50 anos ou 60 e estão fisicamente bem) a terceira idade que é jovem.” (E2)

“E dentro deste projecto desenvolvemos com a população a Escola Sénior (não é Universidade), é mais um conjunto de actividades, tal como as crianças têm actividades extra-curriculares. Estas pessoas (não sei não sou médica), de certeza absoluta que se mantiverem activas do ponto de vista físico e mental, porque têm solicitações, porque lhe aparecem um conjunto de actividades que conseguem ser ainda um desafio: mexer na informática, fazer desporto (que nunca fizeram), a hidroginástica (que nunca tinham vestido um fato-de-banho). Tudo isto, de certeza, que minimiza, parece-me a mim, embora não tenha provas científicas do que estou a dizer, que só lhes fará bem.” (E2)

Tem-se vindo pois a privilegiar estratégias, designadamente através de uma rede de serviços e equipamentos sociais que, actuando numa lógica de proximidade, concorrem

para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida. Trata-se portanto de um desafio, que apela à responsabilidade colectiva e individual, de forma a entender o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo da vida e perante o qual têm que existir atitudes preventivas que promovam a funcionalidade.

Estratégias Futuras

Quadro 28 – Estratégias Futuras

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Tendências e Desafios Actuais	Estratégias Futuras	Sustentabilidade do Sistema	E1, E2, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	37
		Fortalecimento dos Cuidados Continuados	E3, E5, E7, E9, E10, E12	16
		Melhoria dos Sistemas de Informação	E1, E2, E5, E6, E7, E11	14
		Eficiência na Gestão de Recursos	E2, E4, E5, E7, E9, E10, E12	11
		Reforço do Trabalho de Campo	E10, E11, E12	8

Fonte: Entrevistas (2007)

As mudanças futuras fazem parte de qualquer dinâmica de desenvolvimento, possibilitando através de pequenos ou grandes desafios respostas aos novos anseios de criatividade e inovação. No contexto actual são inúmeras as mudanças que confrontam o nosso dia-a-dia, cada vez mais assistimos a novas formas de organizar o trabalho, novos modelos de formação e intervenção, novas necessidades de conhecimento.

Cada vez mais, a qualidade da prestação assume uma importância vital no desempenho dos cuidados de saúde, sendo resultante de uma acção concertada a nível multidisciplinar, factor de complexidade acrescida para o implementar de novas estratégias. No essencial trata-se de introduzir mecanismos de eficiência e de qualidade com concretização de alterações a nível estrutural e organizacional que sejam capazes de responder às necessidades.

Relativamente ao futuro, é referida a importância da **Sustentabilidade do Sistema**, a necessidade de um planeamento integrado, onde a saúde, o social, económico e ambiental actuam em harmonia com os princípios de desenvolvimento sustentado, que tem de ser trabalhado e mantido sob pena de perda de ganhos obtidos nesta rede.

“ ...Acima de tudo é tentar que algumas das coisas que hoje funcionam pontualmente possam funcionar independentemente dos projectos, que é sempre o maior desafio: a sustentabilidade das coisas.” (E2)

Neste sentido, as organizações devem procurar diversas soluções que proporcionem o equilíbrio das dimensões da qualidade propostas para garantir a sustentabilidade. Segundo Pereira (2004: 29) “a Qualidade é o resultado de diversas preocupações e respectivas acções que conduzem à conjugação das seguintes dimensões: Q Técnica, Q Organizacional, Q na Humanização do Serviço ao Utente/ Cidadão, Q Ambiental, Q na Segurança, Q Social e Q Financeira, ou seja, sustentabilidade.”

No concelho de Arraiolos, denota-se que existe já por parte dos técnicos uma preocupação nesta área e já com algumas actividades pensadas e desenvolvidas, tal como podemos observar:

“Se calhar a estratégia passa por associarmos municípios, se calhar passa em vez de haver uma candidatura de 5 Lares para 10 camas, passa por haver 5 entidades que se juntam para criar um Lar de 20 camas para dar resposta a várias freguesias.

Se calhar temos de mudar as estratégias e o pensamento. Em vez de pensarmos só na nossa casa temos de pensar nos vizinhos todos, porque isolados dificilmente.” (E10)

“A área do Voluntariado, que ainda está muito verde, mas que eu acho que são áreas que podem e devem ficar.” (E2)

“Isto tem de girar tudo numa lógica de mercado. Por muito que custe às pessoas e nas instituições isto é muito complicado, as pessoas custam muito a compreender, que os serviços têm de girar muito também numa lógica de mercado. Numa linha de oferta/ procura e qualidade, mas é verdade.” (E5)

O Fortalecimento dos Cuidados Continuados, foi outra dos desafios propostos para o futuro. Os Cuidados Continuados não podem ser apenas um serviço de retaguarda dos hospitais, mas devem ser uma resposta única a cada doente único. “Os Cuidados Continuados são cuidados de saúde que visam interferir no sofrimento dos doentes, mas não se devem ver estes cuidados somente como cuidados de saúde, mas também como cuidados sociais” (Bento, 2006: 12). Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de

dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar (Decreto-Lei nº 101/ 2006).

Segundo Bento (2006: 12) “Os cuidados continuados destinam-se a colmatar uma lacuna, no que se refere à escassez de respostas adequadas que satisfaçam necessidades de cuidados decorrentes de situações de dependência, resultantes de doença de evolução prolongada, que se estima virem a aumentar nas próximas décadas.”

Para isto tem de se envolver toda a comunidade, tem de se “... dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social” (Decreto-Lei nº 101/ 2006).

Para os técnicos do concelho de Arraiolos, o fortalecimento da Rede passa muito pela formação e pela criação de respostas específicas para pessoas portadoras de demências:

*“E isso faz com que os profissionais tenham a necessidade de fazer a formação na área dos **pallativos** que era um **handycap** que nós tínhamos.” (E12)*

*“Estão identificadas algumas **necessidades de formação a nível das famílias e dos prestadores de cuidados informais** e eu acho que esta rede e as equipas de coordenação local têm essa obrigação de forma a garantir a **continuidade dos cuidados**.” (E12)*

*“e também este ano a Unidade de Missão a proposta que tem é **criar respostas para a área das demências e de Alzheimer e da saúde mental**. Eu acho que essa é paralelamente ao **Apoio Domiciliário**, o que eu acho que é o mais importante.” (E10)*

As demências são decerto doenças bastante específicas, com necessidades de intervenção adequadas onde “ é necessária uma abordagem interdisciplinar, abrangente para o tratamento da Doença Alzheimer e sabemos que a implementação destas técnicas demonstrou que a institucionalização pode ser adiada, mesmo que seja por alguns dias, mas esses poucos dias podem significar muito para o doente e para a família” (*AAGP Position Statement*)

Outra subcategoria refere a importância da **Melhoria dos Sistemas de Informação** a nível concelhio num sistema de suporte á rede de cuidados de saúde.

O sistema de informação em Saúde deve proporcionar o armazenamento, a transferência e a partilha de informação e de dados comparáveis e que permitam sustentar a política, a gestão, o planeamento e a vigilância da saúde. Em Portugal vive-se numa era em que a informatização dos sistemas de informação estão a evoluir rapidamente na saúde e verificamos actualmente que, a nível clínico/ médico, as inovações tecnológicas e terapêuticas são inúmeras, tendo algumas sido referidas também para o concelho de Arraiolos, como se pode observar nas citações apresentadas.

“Se bem que agora temos o Sistema Informático Allert com marcação de consultas on-line, que tem funcionado. Espero que continue a funcionar. Vamos ver.” (E1)

“Agora, desde Fevereiro que o médico já tem um sistema de apoio com receita electrónica e com os exames complementares de diagnóstico. Isso é uma mais valia, tanto para o médico como para o utente, porque já não há aquela burocracia de pôr o selo, a vinheta, carimbar, registar. É mais fácil, o utente não tem de esperar tanto tempo, mas pronto, tem ainda as suas limitações e sempre que se avaria o sistema fica tudo alterado.” (E7)

A reestruturação da rede hospitalar e de cuidados de saúde primários e a transformação dos respectivos modelos de organização e de gestão, conjugados com a necessidade de promover a integração com a rede de cuidados continuados tornam imperativa a aposta num sistema de informação estruturante, promotor da simplificação e da transparência. Segundo Pestana (2007:7) “ A informatização dos registos tende a diminuir o tempo destinado à execução dos mesmos aumentando a quantidade e a qualidade dos mesmos.”

A grande importância que a informação tem hoje em dia é consensual para todos os profissionais. Não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas (como no caso dos anticoagulantes), mas também no momento de optar quanto á continuidade dos cuidados, quanto á qualidade dos mesmos (numa perspectiva individual ou de grupo), quanto à gestão, à formação, à investigação e quanto á tomada de decisão. Porém, apesar das vantagens, ainda algumas lacunas se observam, tal como podemos constatar:

“Tentámos arranjar outro aparelho para as pessoas não se deslocarem só á sede e se desloquem ao local onde estão a residir, nas extensões. Mas depois há outro problema: o meio informático á

extensões que não têm para fazer o registo. Pode-se fazer o registo manual, mas aquilo é para se fazer um registo electrónico através da Internet.” (E7)

Pensamos que a implementação de um sistema de informação em saúde passa em primeiro lugar pelo envolvimento inequívoco de todos (gestão de topo, gestão intermédia e equipas de prestação de cuidados) e todos devem acreditar verdadeiramente que é possível, pois várias dificuldades surgem nesta implementação, tal como foi possível observar na citação supracitada, onde a dificuldade passa pela inexistência de Internet nas extensões rurais do concelho de Arraiolos. Para ultrapassar estas dificuldades, deve-se ter sempre presente as suas vantagens que segundo Pestana (2007:7) “vão muito para além do facto de favorecerem um meio de comunicação estruturada entre os profissionais de saúde e, assegurar a continuidade dos cuidados planeados para cada indivíduo, família ou grupo.”

A gestão do conhecimento é uma estratégia “ capaz de viabilizar o conhecimento certo às pessoas certas no momento certo, envolvendo necessariamente actos e capacidades humanas, facilitadores da recriação do conhecimento no presente tendo em consideração a experiência vivida e as práticas profissionais” (Candeias, 2005: 54).

A gestão da informação enquadra-se dentro de um paradigma tecnológico; a sua preocupação recai sobre a acessibilidade, distribuição e standardização dos conteúdos.

O concelho de Arraiolos, pertencente às Estratégias Locais de Saúde, também pode encontrar neste facto um espaço de comunicação e conversação entre os profissionais de saúde, organizações e utentes. Nestes espaços de comunicação, há oportunidades de criar novas redes, umas estimuladas pelos Centros de Saúde, outras por organizações de doentes, outras por autarquias. É inegável que estas redes de comunicação, mais locais e mais próximas do cidadão, têm enormes potencialidades de promover a participação do cidadão, reforçando-se como verdadeiros espaços de cidadania. Por outro lado, nestas redes de comunicação circula informação e conhecimento, que se espera que chegue ao cidadão, facto também referenciado:

“Teria também aqui um papel fundamental que não tem fomentado enquanto entidade coordenadora (eu acho que é fundamental), que é neste sistema de informação que faz parte mesmo da própria Rede, é obrigatório mesmo que a Rede o tenha, este sistema de informação, poderia ser um espaço de síntese, de compilação (digamos assim) de todas as instituições que existem ao nível do concelho, a sua capacidade, manter estes dados mais ou menos actualizados, ...” (E11)

Os sistemas de informação tornarão possível gerir o sistema de saúde com maior eficácia e com melhores resultados, tendo como base informação de gestão credível, atempada e auditável, melhorando a integração da informação clínica e diminuindo o recurso a processos baseados em papel, suprimindo burocracias desnecessárias e eliminando o desperdício.

Assumir uma **Eficiência na Gestão de Recursos** é para os técnicos inquiridos outras das estratégias a considerar. É pois importante ter consciência que os recursos são finitos, que têm de ser geridos adequadamente e ao nível do Concelho de Arraiolos este facto ainda assume uma importância maior, uma vez que os recursos são escassos, tal como foi referido pelos técnicos inquiridos:

“E a tal dificuldade em gerir os recursos que existem. Porque é como digo, os recursos são poucos, tem a ver com a gestão dos recursos, nós achamos sempre que falta qualquer coisa, falta tempo, faltam pessoas, faltam materiais, falta formação, que falta motivação às vezes, porque também há situações que a gente não consegue dar resposta e isso depois às vezes deixa-nos frustrados.” (E12)

“Em termos da Enfermagem, nós precisamos de fazer acções, sessões de sensibilização na população e enquanto se faz essas acções não se pode estar noutros sítios.” (E7)

Assumindo a importância de todos os factores descritos anteriormente, é de questionar como se pode então articular as diversas áreas para uma melhor gestão dos recursos.

Tem de se recorrer necessariamente a um sistema de gestão que promova a coordenação entre a gestão estratégica, gestão operacional e a gestão de informação, tanto interna como externamente. “A gestão estratégica constitui a base do posicionamento e orientação para a actuação da organização, através da definição do modelo organizacional e da avaliação global de desempenho, das diferentes valências da instituição” (Pereira, 2004: 30).

“A gestão operacional centra-se na abordagem por processos e respectivos resultados na melhoria da eficácia dos mesmos, recorrendo á sistematização das práticas e afectação eficiente dos recursos humanos e equipamentos locais” (Pereira, 2004: 30).

“A gestão da informação de carácter transversal resulta da aplicação de diversas ferramentas de controlo, proporcionando indicadores chave para os processos de decisão ao nível estratégico e/ ou operacional da respectiva organização social” (Pereira, 2004: 30).

A trilogia referida é suportada por uma dinâmica de equipa de competências, fluxos de

comunicação permanentes, qualificação, formação, proporcionando a aprendizagem contínua para a inovação e melhoria dos serviços prestados. A nível do concelho de Arraiolos, já existe consciência da importância deste facto, e já algum trabalho é desenvolvido, se bem que com necessidade de ser melhor trabalhado:

“Eu acho que isto tem a ver com o grau onde nós temos o objectivo, onde é que nós colocamos a tónica daquilo que a gente quer: se é no utente, se é nas necessidades do concelho, se é ao nível mais macro, se é ao nível mais micro.” (E10)

“O que quer dizer que há uma maximização de recursos, porque também há uma distribuição de acordo com as maiores necessidades das pessoas, dos técnicos que mais ficam ligados aos casos.” (E10)

A qualidade dos serviços de forma proporcional e sem desperdícios, deve ser pois uma característica imprescindível e facilitadora de inovação, e o reconhecimento destas práticas irá ter como resultado uma melhor eficiência na redistribuição dos limitados recursos disponíveis.

Outro facto referido prende-se com o incentivo ao voluntariado, reforçando-se parcerias e laços de solidariedade extensivas a toda a comunidade reduzindo-se custos e trabalhando-se com mais eficiência e eficácia.

“O voluntariado ter se calhar 2 pessoas numa freguesia, em termos relativos, já é mesmo muito importante.” (E2)

“Mas, parece-me que as questões da saúde são questões eminentemente sociais e que com vantagem em projectos que trabalham ao nível multidisciplinar, podem trazer também benefícios para a saúde.” (E2)

Deve-se pois dotar as organizações de uma filosofia e práticas de âmbito empresarial e social, tendo em vista uma maior abrangência de serviços e melhor racionalização de custos. O sector social caminha de forma acelerada para uma gestão empresarial, em que as entidades que prestam cuidados continuados de saúde, devem adoptar modelos de Gestão da Qualidade, conforme está expresso nos art. 10º e 11º do Decreto-lei nº 281/ 2003, que se passa a citar: “a prestação de cuidados de saúde deve obedecer a normas de qualidade que se centrem na pessoa, garantam a autonomia e bem-estar dos utilizadores, garantam a participação dos familiares ou conviventes directos do utilizador, sempre que haja vontade deste, e garantam a realização de trabalho voluntário nos termos da lei.”

Também o **Reforço do Trabalho de Campo** é apontado como essencial para a melhoria da prestação de cuidados a nível concelhio.

Os cuidados domiciliários constituem um espaço que permite construir uma intervenção baseada no trabalho em equipa, que assume actualmente uma importância crescente, com a alteração das políticas de saúde e a conseqüente deslocalização dos espaços de cuidados. Para este facto, será indispensável a motivação de todos os técnicos implicados no processo.

“De qualquer das formas eu ainda acho que se apostarmos com qualidade a nível da visita domiciliária e nos cuidados prestados ao domicílio, que estas unidades possam ser um recurso apenas em situações que de facto exigem cuidados permanentes.” (E12)

“Aqui há uns anos identificava um obstáculo que tinha a ver com a motivação dos profissionais para este tipo de cuidados, porque estavam muito habituados a estarem protegidos nas paredes do Centro de Saúde. Neste momento, eu acho que isso mudou e as pessoas perceberam que é importante ir a casa das pessoas, porque só lá é que se conhece verdadeiramente a noção do problema. Não se pode ajudar as pessoas a resolver os problemas, sem conhecer o meio ambiente onde vivem. A gente não pode dizer a uma família que tem de dar iogurte ao bebé se não tem frigorífico nem luz eléctrica no monte. Mas essa questão da motivação dos profissionais parece-me que está melhor. Parece-me.” (E12)

Segundo Duarte (2007: 12) “ faz parte do papel dos enfermeiros inseridos na comunidade avaliar as necessidades e providenciar cuidados de enfermagem especializados aos doentes e suporte aos cuidadores”. Também “ os doentes portadores de situações crónicas e ou complexas, poderão beneficiar de acompanhamento efectuado por equipas pluridisciplinares, sob a forma de visitas múltiplas, prolongadas no tempo, com finalidades e intervenções individualizadas. Os resultados são a satisfação do doente, bons resultados clínicos e poupança económica” (Duarte, 2007: 12).

“Eu acho que o doente mental nunca vai aceitar que é doente mental. Portanto o melhor, se calhar, é os técnicos de saúde mental trabalharem no campo deles.

Mas isto, tirar as pessoas das instituições é muito difícil, muito complicado, as pessoas não gostam de se deslocar ao domicílio.

Mas eu acho que é realmente o mais urgente neste momento é as pessoas revolucionarem os pensamentos e começarem a perceber que isto de estarmos sentados à espera de virem ter connosco tem de acabar.

Trabalho de campo para mim é fundamental: na minha área faz-se muito, na sua também, mas na área médica não se faz ou faz-se muito pouco. E é preciso dar esse passo.” (E10)

Segundo Karlin e Fuller (2007: 43) “é extremamente necessário que seja prestada uma maior atenção aos problemas de saúde mental nos adultos idosos nos cuidados primários

de saúde, especialmente atendendo ao papel que agora sabemos que os problemas de saúde mental têm sobre a saúde física, a utilização dos serviços e a longevidade. O mesmo autor refere ainda que “ a melhoria da detecção e do tratamento dos problemas de saúde mental nos doentes idosos dos cuidados primários de saúde, incluindo um aumento da consciencialização e da referenciação para os recursos de saúde mental, pode constituir uma forma substancial de reduzir as necessidades de saúde mental persistentes e não resolvidas numa fase tardia da vida e proporcionar cuidados médicos mais eficientes e eficazes.”

5ª Área Temática: Tendências e Desafios Actuais – Pontos a Salientar

Da análise efectuada, sobressaíram as boas práticas que já são desenvolvidas no trabalho concelhio e as que devem ser trabalhadas e desenvolvidas futuramente.

Do trabalho já desenvolvido ressalta como resposta mais focada a Sinergia de Cuidados, o que está decerto relacionado com a prática já citada de trabalho em rede e em rede de parceria. Depois a experiência de trabalho ao nível dos Cuidados Continuados, o que é extremamente importante num concelho rural com uma população duplamente envelhecida, assim como a Promoção/ Educação para a Saúde a nível de todas as faixas e grupos populacionais abrangidos.

Foi também valorizada a importância dada às Pessoas, que são a razão da existência dos serviços e ao Envelhecimento Activo.

Relativamente às estratégias a desenvolver no futuro, sobressai a importância para a Sustentabilidade do Sistema, que é decerto essencial para a consecução de actividades, programas e/ ou projectos necessários para as necessidades encontradas.

Outras estratégias a desenvolver passam pelo Fortalecimento dos Cuidados Continuados, Melhoria dos Sistemas de Informação, Eficiência na Gestão dos Recursos e Reforço do Trabalho de Campo.

3.6 - Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade

Quadro 29 – Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade	Perfis dos Utilizadores	População Jovem	E2, E4, E5, E5, E10, E11	14
		População Idosa	E1, E2, E3, E4, E10, E11, E12	13
		Qualidade de Vida	E1, E2, E5, E12	10
		Igualdade de Oportunidades	E1, E2, E4	6
	Perfis dos Serviços	Fortalecimento dos Recursos	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12	32
		Melhoria Económica	E2, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12	14
		Cuidados Paliativos	E4, E10, E11, E12	11
		Alteração do Funcionamento dos Serviços	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E12	10

Fonte: Entrevistas (2007)

Relativamente à sexta e última área temática relacionada com a Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade, foram desenvolvidas duas categorias relacionadas com os Perfis dos Utilizadores e Perfis dos Serviços.

Na categoria Perfis dos Utilizadores, foram criadas quatro subcategorias, nomeadamente: População Jovem, População Idosa, Qualidade de Vida e Igualdade de Oportunidades.

Na categoria Perfis dos Serviços, foram desenvolvidas quatro subcategorias: Fortalecimento dos Recursos, Melhoria Económica, Cuidados Paliativos e Alteração do Funcionamento dos Serviços.

No quadro assinalado em baixo, podemos observar além do relacionamento das categoria se subcategorias as entrevistas onde foram citadas e com que frequência.

Perfis dos Utilizadores

Quadro 30 – Perfis dos Utilizadores

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade	Perfis dos Utilizadores	População Jovem	E2, E4, E5, E5, E10, E11	14
		População Idosa	E1, E2, E3, E4, E10, E11, E12	13
		Qualidade de Vida	E1, E2, E5, E12	10
		Igualdade de Oportunidades	E1, E2, E4	6

Fonte: Entrevistas (2007)

Os utilizadores são sem dúvida um dos componentes mais importantes de todos os sistemas pois é em prol destes que os serviços devem ser organizados de forma a responderem às suas necessidades.

O maior número de referências feitas pelos entrevistados refere que as prioridades passam pelo desenvolvimento de estruturas para a **População Jovem**, pois:

“Nós, estamos a apostar na parte também das crianças que é fundamental: são os nossos adultos amanhã.” (E4)

“Que o bem-estar passa também pelo facto de eles se relacionarem bem com os outros que estão á volta deles e de lhes proporcionarem isso.” (E6)

Os jovens constituem um grupo da população que merece especial atenção e preocupação. Estes, assumem, nos discursos contemporâneos, uma visibilidade inquestionável muitas vezes em situações de perigo para a sua integridade física, psicológica e social, mas, por outro lado assumem uma invisibilidade acentuada no que se refere à definição de políticas e medidas sociais para as suas necessidades. Ao nível do concelho de Arraiolos as necessidades passam por:

“Depois ao nível dos Tempos Livres também é pobre. É um concelho pobre, ...” (E10)

“Por exemplo, há um problema que está identificado que é a falta de recursos para a 1ª Infância na zona de São Pedro, Sabugueiro, Santana, ou seja, há Jardim-de-Infância e não há Creche.” (E10)

Os informantes estratégicos do concelho de Arraiolos questionam-se acerca do

impacto que estas necessidades têm na qualidade de vida das crianças e lançam algumas intervenções já desenvolvidas:

“Depois temos ao nível da creche, o Centro Infantil Augusto Piteira que se candidatou para aumentar a capacidade de resposta e é de todo pertinente porque no concelho não temos, temos mesmo uma carência muito significativa de recursos para Creche, ...” (E11)

“Nós estamos agora também a pensar e estou a trabalhar nisso em criar a comissão de protecção de crianças e jovens do concelho. É um projecto que está na calha.” (E11)

“E temos ainda, mas isso são projectos que queremos desenvolver e temos que implementar aqui. Fazer o levantamento da segurança nas escolas, que tem a ver com as instalações e com a segurança das escolas do 1º ciclo.” (E6)

Neste panorama, o futuro da sociedade impõe que sejam concretizadas medidas para a população jovem. Considerando as crianças e jovens o futuro da sociedade em que se inserem é fundamental prosseguir uma política que proporcione o seu crescimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

Também a necessidade de existência de serviços para a **População Idosa** do concelho foi realçada, facto que é pertinente sendo este um concelho duplamente envelhecido como já foi supracitado. “Actualmente, são as pessoas idosas as que mais recorrem aos serviços de saúde, à procura de cuidados e os enfermeiros, atendendo à complexidade das necessidades destes clientes, têm modificado as suas práticas de modo a fazer face a este novo desafio - Cuidar da Pessoa Idosa em pleno século XXI” (Rocha, 2007).

Segundo Canas da Silva (2007: 3) “as profundas alterações sociais, económicas, financeiras e até ecológicas desta extraordinária Revolução Demográfica implicarão cenários (alguns já em curso) de enormes alterações na forma de gerir a Segurança Social e a Saúde.”

“A nível da 3ª idade é digamos assim a questão que me parece mais acutilante e que as pessoas de facto colocam mais.” (E11)

“Mas, na terceira idade faltam recursos, aí é que as respostas são mais limitadas.” (E4)

“Na minha opinião, as prioridades passam pela criação de respostas para a 3ª idade. Eu penso que o concelho precisa de mais respostas sociais, a nível de Lares, de Internamentos Nocturnos, pois no concelho só temos 2 e estão cheios.” (E1)

O envelhecimento é um processo contínuo, irreversível e complexo, em que

intervêm factores biológicos, sócio-económicos, culturais e ambientais. Assim nem sempre a longevidade significa qualidade de vida, pois em muitos casos, os idosos perdem a sua autonomia, tornando-se dependentes da ajuda de terceiros. Segundo Monteiro e Torres (2005: 41) “esta situação ainda se torna mais complicada, uma vez que, paralelamente ao aumento do número dos muito idosos, a nossa sociedade não tem sido capaz de dar resposta de uma forma cabal.”

Cuidar do idoso, por este se tratar de uma pessoa a vivenciar uma etapa do seu ciclo vital, sempre fez e fará parte das funções dos enfermeiros, cuja necessidade de cuidados é diferente, porventura maior, do que noutros tempos e esta deve ser vista numa perspectiva ontológica.

Os cuidados prestados são simultaneamente preventivos, curativos e paliativos em que o envolvimento dos cuidadores informais (sobretudo a família, quando esta existe) e uma sociedade que ainda não está preparada nem organizada com estruturas para fazer face a estas exigências se juntam, pois “a velhice, enquanto última fase do ciclo da vida, requer intervenções específicas dirigidas à pessoa com vista a promover uma maior qualidade de vida quer estimulando e fortalecendo as capacidades que estão diminuídas ou debilitadas quer compensando as capacidades alteradas ou perdidas e ainda proporcionando uma morte digna. Daí que os enfermeiros que cuidam da pessoa idosa têm presente que para além dos conhecimentos específicos na área de Geriatria/ Gerontologia, a sua actuação é, essencialmente, dirigida à Pessoa saudável ou vivenciando um processo de doença, contemplando assim a pessoa idosa qualquer que seja o seu grau de dependência, cuidando dela em todas as situações.” (Rocha, 2007)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros citando a EFN (2005: 20)“ uma população mais idosa com uma melhor educação tem também expectativas mais elevadas. Por esta razão, são necessárias melhorias urgentes na qualidade dos cuidados para ir ao encontro das expectativas dos utilizadores.”

Nem todos os idosos apresentam incapacidade total para desenvolverem as suas actividades diárias com autonomia, mas partindo do pressuposto que existem alguns e em número razoável, decerto que se justifica a necessidade de respostas integradas para a população idosa:

“Nós tínhamos a ideia de que havia necessidades, mas eu pessoalmente pensava que essas necessidades eram mais temporárias. Hoje, ao analisar os dados dos equipamentos que estão, vê-se que elas são muito mais definitivas.” (E2)

Por tudo isto, as pessoas idosas requerem serviços adequados, a elas especialmente dirigidos, quer de natureza preventiva, quer de natureza correctiva, que se complementem entre si.

A preocupação em torno da **Qualidade de Vida** nos termos macro e micro do próprio envolvente da palavra, para os utilizadores dos recursos e/ ou respostas existentes no concelho de Arraiolos, foi outra das necessidades mencionadas neste estudo. Para que se possa desfrutar dessa qualidade é essencial haver ao nível das organizações essa cultura implantada

Qualidade é tudo aquilo que todos desejam nas suas vidas, nos produtos que consomem e nos serviços que lhe são prestados. Quando se fala em qualidade pretende-se identificar e perceber os aspectos que concorrem para o bem-estar do ser humano, que é um aspecto extremamente importante, pertinente e referido em diferentes ópticas neste estudo:

“Que é manter o utente no domicílio o máximo de tempo com a melhor qualidade de vida possível.” (E12)

“E estes equipamentos facilitam a prestação de cuidados ao utente e melhoraram em grande escala a sua qualidade de vida também.” (E1)

Nesta era de rápidas mudanças e de múltiplos constrangimentos sociais e económicos, tem de se apelar á sedimentação e á definição de novas técnicas para a melhoria das práticas sociais.

“Em termos da nossa actividade, eu acho que o concelho deve manter uma aposta naquilo que é a qualidade de vida. Melhorar a qualidade de vida para quem cá vive. O que significa o acesso a um conjunto de bens, onde está a saúde, é um factor imprescindível.” (E2)

“Porque é difícil, se trabalharmos isolados não se consegue nada. Consigo fazer alguma coisa na área da saúde muito especificamente, mas não meloro a qualidade de vida daquela família ou daquela pessoa no contexto em que vive.” (E12)

Para se conseguir este objectivo é essencial todo um trabalho conjunto extra e

intra-organizacional, pois e tal como refere Silva (2004: 26) “as entidades, ..., necessitam de aprender individual e colectivamente não só a monitorizar com qualidade as informações sobre as mudanças ambientais e processuais, mas também, e fundamentalmente, desenvolver continuamente as suas competências internas. Na verdade, esta realidade designada de aprendizagem organizacional, destina-se à sedimentação no plano intra-organizacional de um desenvolvimento permanente da sua capacidade de criar o seu futuro.”

Outra subcategoria refere a **Igualdade de Oportunidades** como determinante para o sucesso da prestação de cuidados e como uma actividade a desenvolver a nível concelhio. Este facto prende-se com “...o compromisso com a saúde enquanto direito humano básico, providenciando oportunidades iguais de acesso a cuidados de saúde equitativos, tendo por base a necessidade de cuidados e não a capacidade de os pagar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006: 55)

Este facto, no concelho de Arraiolos, assume uma primordial importância nas extensões rurais, onde existe um número reduzido de habitantes e também ao nível da população jovem, que se encontra em decadência, tal como foi referido pelos técnicos inquiridos:

“Porém, mas se nós lá não fossemos, ainda que para poucos habitantes,” (E1)

“E isso tem a ver muito com as oportunidades, porque eu acho que quem cá vive, nomeadamente para os mais jovens, o concelho não pode trazer limites à participação activa e ao desenvolvimento de uma determinada faixa etária que é a mais jovem, mas que simultaneamente é a mais importante para sobreviver, sob pena de isto daqui a uns anos estar tudo fechado.” (E2)

“Que os jovens de Arraiolos, sintam que há um mundo de oportunidades.” (E2)

“Apostando nos filhos, espera-se que possam ter outra qualidade de vida e outro tipo de competências que os pais, muitas vezes já não conseguem adquirir: conseguem mudar algumas coisas, mas estamos a falar de comportamentos.” (E4)

Perfis dos Serviços

Quadro 31 – Perfis dos Serviços

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevistas	Referências
Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade	Perfis dos Serviços	Fortalecimento dos Recursos	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12	32
		Melhoria Económica	E2, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12	14
		Cuidados Paliativos	E4, E10, E11, E12	11
		Alteração do Funcionamento dos Serviços	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E12	10

Fonte: Entrevistas (2007)

Esta categoria refere aspectos que devem ser tidos em consideração ao nível dos serviços, pois deles dependem ou com eles estão directamente relacionadas a existência ou o desenvolvimento de novas respostas para problemas específicos dos cidadãos.

A subcategoria mais referida e evidenciada relata a necessidade de haver um **Fortalecimento dos Recursos**. A resolução das carências actuais e a prevenção das carências futuras só podem ser conseguidas através de uma intervenção conjugada a todos os níveis e na categoria perfis dos serviços a resposta mais referida foi esta resolução passar pelo fortalecimento de recursos humanos e físicos.

O *continuum* dos serviços de saúde deve ser prestado de modo a que a capacidade instalada seja aumentada e esta deve dar resposta às necessidades futuras populacionais. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005: 21) “ as evidências são claras: o número de doentes nos cuidados continuados irá aumentar muitíssimo no futuro, e a falta de prestadores profissionais de cuidados que já existe tem de ser resolvida.”

Recursos Humanos

Várias foram as referências feitas à necessidade de reforço de técnicos

especializados para dar respostas no concelho de Arraiolos, pois e tal como foi referido:

“Nós sabemos à partida que sem recursos humanos qualificados não é possível dar-se um serviço de qualidade.” (E2)

Para estes serviços de qualidade, foi evidenciada a necessidade dos seguintes técnicos:

“Desde o Fisioterapeuta, ao Terapeuta da Fala, ao Terapeuta Ocupacional, a Psicólogos, a Psicólogos com conhecimentos na Área Paliativa, a Psicólogos Clínicos.” (E10)

“Fundamental, noutra valência era tentar arranjar um Médico. Mesmo que viesse de 15 em 15 dias, não interessa, mas havia.” (E6)

“Depois falando noutros técnicos, como o Fisioterapeuta, em que houvesse um espaço onde se pudesse fazer um ginásio equipado e um Fisioterapeuta. Evitava de as pessoas se deslocarem diariamente de casa muito cedo e regressando de lá tardíssimo para irem fazer a fisioterapia, ou a reabilitação de sequelas de AVC, de uma cirurgia ortopédica, por várias situações. É evidente que para isso tem de haver esforços da parte superior.” (E7)

De facto, seria fundamental a existência destes recursos humanos, para o reforço da rede, sobretudo e também ao nível das novas respostas que há necessidade de implementar, como os cuidados paliativos, pois e tal como foi sublinhado:

“Não faz sentido fazer cuidados paliativos sem ter recursos. Faz, porque temos de aliviar o sofrimento das pessoas.” (E12)

Recursos Físicos

Relativamente aos recursos físicos, as melhorias passam sobretudo pelo Centro de Saúde de Arraiolos, que necessitaria de melhoria nas instalações, como foi referido pelos técnicos inquiridos:

“Ao nível da saúde, se calhar o nosso Centro de Saúde, eu não vou dizer em termos do corpo técnico, mas em termos das instalações, em termos de estrutura, se calhar precisava de ser repensado. Isto também penso que é um projecto que está na calha.” (E11)

“Devia de haver um gabinete específico para planeamento e um gabinete específico para saúde infantil e era rotativo e cada médico dispunha de um período por semana desse gabinete. Depois as solicitações das pessoas, outro dia até nos perguntaram se o Centro de Saúde dispunha de um Cantinho de Amamentação. Foi uma surpresa a pergunta, porque os chefes sabem perfeitamente em que condições nós temos os Centros de Saúde e as extensões.” (E7)

“É evidente que há entradas que podiam estar mais adaptadas a pessoas com problemas de

deficiência, mas não estão ainda. Têm rampas, mas por vezes essas rampas não estão adequadas ao que actualmente se deve ter.” (E7)

Para o fortalecimento dos recursos, uma solução apresentada para a falta de Lares e Internamentos Nocturnos, passa pela criação de respostas para a noite, que é uma altura do dia muitas vezes crítica pela presença do medo. O medo face aos ladrões, à doença ou até à própria morte e muitos dos idosos que habitam neste concelho rural (como já referenciado) estão também sozinhos e isolados, o que potencia a necessidade deste tipo de serviços.

“Uma delas seria pôr o Apoio Domiciliário a funcionar 24 horas integrado. Talvez tenhamos essa hipótese. Vamos pensá-la, estamos a estudá-la. (...). A médio prazo.” (E5)

A **Melhoria Económica**, seria outra necessidade fundamental, para que se conseguisse uma redução da pobreza e um aumento do financiamento das instituições essenciais para o sucesso da rede de cuidados concelhia, pois:

“A Saúde não tem dinheiro, a Segurança Social não tem dinheiro e sem dinheiro não há respostas.” (E5)

A saúde não é apenas um resultado do desenvolvimento económico e social, é também um factor central para esse desenvolvimento. De facto, se a saúde criar desenvolvimento económico e social ao nível local, todos terão benefícios: os municípios, as escolas, todas as organizações locais irão beneficiar e poderiam aproveitar situações *win-win* (de ganhos mútuos). Porém, não é isto que acontece e o Concelho de Arraiolos sofre de grandes problemas económicos que se repercutem a todos os níveis, como podemos verificar nas citações apresentadas:

“Há programas dos quadros comunitários e por aí fora, que é muito difícil nós candidatarmo-nos a eles, embora nós precisemos daquele tipo de equipamentos ou daquele tipo de estruturas, precisamente porque não temos apoios.” (E10)

“...Mesmo que a Segurança Social (porque tem essas obrigações) de fazer face, eles próprios têm regras muito difíceis e as verbas vêm no fim do ano para fazer face aos pedidos do ano anterior. É difícil gerir isso.” (E12)

“Pelos vistos, nós já chegámos à conclusão que fazemos muito mais que a maioria das escolas e efectivamente não temos essas possibilidades.” (E6)

“O arranjar espaço se calhar não é difícil, mas o problema depois é que nesse espaço tem que ser

pago uma renda, o fisioterapeuta também têm de disponibilizar.” (E7)

Para combater este problema em termos de financiamento, seria fundamental objectivar melhor as formas de financiamento e seria desejável que os fundos fossem particularmente rentabilizados. Segundo a EFN citada pela Ordem dos Enfermeiros (2005: 19) não se pode “continuar a justificar a comparticipação rígida dos cuidados “de saúde” e “sociais”. É agora necessária uma abordagem integrada do planeamento, da organização, do financiamento e da implementação dos serviços, que pode ser mais bem conseguida através da avaliação e do melhoramento dos sistemas de avaliação e do intercâmbio das melhores práticas.”

Nesta situação há que ter também em conta que “os serviços de cuidados têm de responder ás necessidades individuais, ser relacionados com orçamentos individuais e dar potencialidades aos doentes. Os estados-membros deveriam recompensar e apoiar os cuidados prestados em casa: são necessários maiores esforços financeiros e de inovação para assegurar que as pessoas possam receber cuidados e apoio no seu ambiente de eleição, ou seja, em casa.” (Ordem dos Enfermeiros, 2005: 21)

A necessidade de desenvolvimento de uma equipa de **Cuidados Paliativos** a nível concelhio integrada na rede de cuidados continuados, foi outra das áreas identificada e em que os técnicos sentem que existe uma lacuna.

“Há um outro problema também, é um problema que também se sente aqui (...), que é respostas para situações acamadas, de longa duração e situações de problemas de deficiência mental e não só. Há aí casas de adultos cujas famílias não têm mesmo, fazem um esforço enorme por manterem estas pessoas em casa, mas temos aí algumas situações, volto a dizer, não constituem um problema social, mas basta haver uma, duas que podem ser objecto de preocupação e temos aí situações a que nós não podemos responder. Não há respostas.” (E11)

A prestação de cuidados paliativos deve ser uma prática de cuidados numa abordagem global, respeitando os valores, a autonomia e o consentimento informado. Por outro lado, deve implicar uma reflexão sistematizada e uma respectiva estruturação de respostas coerentes, de acordo com os preceitos pessoais e sociais do doente. Tal como refere Bento (2006: 12) “apoiar doentes em situação clínica, em que a cura não é possível e a doença atinge uma fase avançada e progressiva, exige a oferta, se necessário de cuidados paliativos de qualidade e ainda um apoio á família na morte e luto.”

“Mesmo as famílias, porque têm de aprender a lidar com os sintomas, o desconforto, a ideia da morte, o luto e nós temos pouca formação nessa área. Aliás eu acho que nós temos dificuldade em aceitar a nossa morte, portanto, aceitar a do outro também é complicado.” (E12)

De facto é unânime que se verificam “... carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.” (Decreto-Lei nº101/ 2006)

“Acredito que grande parte dos cuidados continuados e paliativos no futuro possa vir a passar por esta questão das demências.” (E12)

Segundo Jardim, (2005: 67) “os cuidados paliativos são uma resposta adequada para uma pessoa com doença progressiva, incurável e degenerativa, como é o caso dos doentes com demência e em fase terminal da vida.”

“Neste momento a Equipa Local, a Equipa de Coordenação Local dos Cuidados Continuados teve formação básica em Cuidados Paliativos e estávamos a tentar implementar isto de uma forma mais organizada. Só que para isso é preciso tempo e recursos e está complicado. Acabamos por o fazer de uma forma inerente aos Cuidados Continuados, porque faz parte. Mas gostávamos que essa fosse outra das respostas a ser criada mais protocolada, para haver horas disponíveis e materiais, recursos, carros.” (E12)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005: 20) “num contexto social de estrutura familiar alterada e de crescimento da migração, do emprego e do envelhecimento dos potenciais prestadores de cuidados, mais pessoas irão necessitar de ajuda no final da vida”.

Isto demonstra que as condições para o pleno funcionamento deste serviço não estão cobertas e que “são anunciadas políticas que defendem os cuidados de proximidade à pessoa, mas ignoradas as medidas que permitem a sua plena concretização.” (Toletti, 2005: 64)

Segundo Jardim (2005: 67) “ os objectivos dos cuidados paliativos incluem: prevenir e controlar a dor, aliviar outros sintomas causados pela doença, promover uma comunicação adequada com o doente e a família, apoiar a família e trabalhar numa equipa interdisciplinar”. De facto, estes doentes como quaisquer outros necessitam de um

atendimento respeitoso, humano e personalizado dos profissionais de saúde, e dos familiares e/ou cuidadores enquanto pessoas para eles significativas, necessita de conforto, e necessita de respeito pelas suas crenças e desejos, a fim de ter a possibilidade de poder prosseguir o percurso natural da sua doença, procurando uma morte digna e serena.

Relativamente à possibilidade de **Alteração do Funcionamento dos Serviços** de acordo com novas tendências existentes na área da Saúde, foram feitas referências às mudanças existentes no nosso país e suas possíveis repercussões.

A principal medida de reorganização dos Centros de Saúde passa pela criação de Unidades de Saúde Familiar: grupos de profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos) que se auto-organizam para prestar cuidados a um conjunto de utentes inscritos nas listas dos médicos aderentes ao projecto.

Estas encontram-se enquadradas no quadro das “Linhas de Acção Prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, e o quadro legal desta reorganização enquadra-se no Decreto de Lei nº 157/ 99 de 10 de Maio e no Despacho Normativo nº 9/ 2006 de 16 de Fevereiro. No âmbito desta reorganização privilegiou-se a criação e desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiares, enquanto modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde pessoal e familiar, o que no Concelho de Arraiolos ainda não é prática de trabalho.

Porém, foram aqui evidenciados pontos de vista relativos às melhorias e dificuldades que destas mudanças podem advir:

“Se o Centro de Saúde for alterado, for submetido a alterações para uma Unidade de Saúde Familiar, poderá ou não haver mudanças. Não se sabe a certeza.

Na minha opinião, o mais importante são as pessoas e os profissionais que aqui trabalham no Centro de Saúde vão ser os mesmos que trabalharão na Unidade (supostamente, porque pode haver convidados). Supostamente, os profissionais vão ser os mesmos. Se os profissionais forem os mesmos, a nível do trabalho e da abertura que existe para os novos desafios vão continuar a ser como agora. Na minha opinião, todos os projectos e as actividades continuarão a ser desenvolvidas da mesma forma.” (E1)

“Arraiolos se passasse para Unidade de Saúde Familiar, ficaria a funcionar mais ou menos como está. Com o risco, e isto é uma opinião muito pessoal, com o risco, acho eu de se perderem algumas coisas. Porque uma Unidade de Saúde Familiar compra pacotes de serviços e eu tenho algum receio que a visita domiciliária (porque não dá lucro nenhum) fosse uma das coisas que não era contratualizada para uma Unidade de Saúde Familiar.

Eu não sei até que ponto é que uma Unidade de Saúde Familiar no concelho de Arraiolos traria benefícios para os utentes. Porque nós não temos utentes sem médico de família, portanto. Todos os utentes que temos têm médico de família, estão cobertos.(...)”

E provavelmente a visitação domiciliária, porque faz com que muitos técnicos estejam fora do serviço, não conseguem produzir muitos números, os tais números que eu te dizia em termos de consultas de Diabetes, Hipertensos, consultas de Planeamento. E, se nós tivermos mais tempo na rua, aparecem menos números desses. (...) Mas isto é uma opinião muito pessoal. (...).” (E12)

De facto, a visitação domiciliária exige bastante disponibilidade da parte dos profissionais de saúde, pois e tal como refere Duarte (2007: 13) “em contexto de cuidados domiciliários, o enfermeiro é um cuidador, um hóspede polido e educador na casa do doente (Purkis, 2001), um professor, um procurador/ defensor, um recurso. Para desenvolver este papel, o enfermeiro dispõe, muitas vezes, de tempo limitado, o que pode ser um aspecto a considerar, principalmente se os Cuidados Continuados, nomeadamente a sua vertente de cuidados domiciliários, for entregue a entidades privadas, como ocorre em vários países e na ausência, quer de um papel devidamente clarificado, quer de estudos que apontem para a relação cuidados de enfermagem/ resultados no cliente.”

Foi também para este estudo questionada a vantagem da introdução de mecanismos de gestão descentralizadas do estado:

“Estamos a tentar, o Estado está a tentar fazer uma coisa que eu não acho que seja má, que é entregar a gestão deste tipo de respostas mais às Instituições Particulares de Solidariedade Social, do que centralizá-las no estado. Eu não acho que seja mau, agora acho é temos de arranjar condições para as instituições agarrarem estas respostas. E tem de se criar, principalmente condições de confiança, porque tudo o que seja de gerir este tipo de coisas, as instituições têm sempre alguns medos. Porque financeiramente, isto normalmente são prejuízos atrás de prejuízos. (...). É complicado e eu não faço ideia de como vai funcionar, nem os cuidados ambulatoriais, nem o que é que vai haver, nem o que está previsto para aqui. (...). Nem os cuidados ambulatoriais, nem o Apoio Domiciliário Integrado, que supostamente poderá funcionar num outro esquema, mas que eu não sei como é que eles vão fazer aqui.” (E5)

Segundo o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2006: 26) “a concessão da gestão de Unidades a entidades privadas (IPSS, Cooperativas, etc.) e a perspectiva de que a concorrência entre os diferentes operadores (público, privado e social) faria elevar os níveis de qualidade e baixar o preço dos cuidados, não tem evidência na bibliografia consultada sobre experiências similares.” Os dados apontam para um aumento dos custos globais, por um aumento de oferta das prestações melhores financiadas, em detrimento das necessidades das pessoas e da relevância para a obtenção de mais ganhos em saúde. De facto, “os sectores privados visam a obtenção de ganhos económico-financeiros independentemente da importância da obtenção de ganhos em saúde e da relevância destes serviços públicos para a

coesão social e desenvolvimento dos países.” (Enfermagem em Foco, 2006: 4)

“Nenhum Centro de Saúde sabe o que vai acontecer. Se vai agrupar com outros, se fica sozinho. Se vão fazer pequenas Unidades de Saúde Familiares, mesmo sem ser voluntário: “obrigados”. Não sabemos. Não nos foi dito nada até hoje.” (E7)

Os projectos de desenvolvimento local estão numa fase de mudança envolta em alterações estruturais que provêm de medidas governamentais. Estas mudanças decerto que implicarão uma nova geração de políticas de dinamização sócio-organizacional, onde será necessário compreender as implicações que tais processos possam vir a mobilizar, nomeadamente, em termos holísticos, ao nível dos recursos da acção e nas competências locais. Neste trabalho desenvolvido de forma estratégica com todos os parceiros será pois importante o desenvolvimento de *Emporwement* colectivo, o que implica a existência de um investimento de poder, para poder agir e intervir de forma a mudar.

6ª Área Temática: Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade – Pontos a Salientar

A nível dos utilizadores, realça-se a importância da população jovem e da população idosa concelhia, assim como de ser fornecida a toda a população uma melhoria da qualidade de vida e uma igualdade de oportunidades.

A intervenção no concelho terá que passar efectivamente pelas especificidades e necessidades locais e só poderá ser bem realizada se dotada de autonomia e recursos suficientes, sejam eles humanos, físicos ou económicos.

Também foi realçada a necessidade de desenvolvimento de respostas para a última fase da vida, ao nível dos cuidados paliativos.

A possibilidade de alteração do funcionamento dos serviços foi também equacionada, sendo porém esta ainda uma questão pouco esclarecida, e envolta, em incertezas, essencialmente, fruto das políticas governamentais.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A evolução dos padrões de saúde da sociedade, bem como o desenvolvimento técnico e científico, revelam a necessidade de fortalecer a capacidade de actuação dos serviços comunitários, de modo que sejam eficientes e norteados por padrões de qualidade. Impõe-se a existência de serviços multidisciplinares, bem estruturados, com recursos adequados, com capacidade de decisão e intervenção adequados. “O crescimento da área de serviços de saúde a um ritmo acelerado por todo o mundo, as novas formas de valor para o utente/ cliente, a busca incessante da qualidade, tem vindo a modificar o perfil organizacional e dos profissionais de saúde.” (Kanaane citado por Candeias, 2005: 57).

Este mundo globalizado requer então pessoas abertas, competentes, dinâmicas em constante processo de desenvolvimento. A valorização do ser humano, do ambiente e das tecnologias resulta na excelência dos cuidados, alcançando-se progressivamente elevados níveis de desenvolvimento profissional e organizacional.

O ambiente competitivo faz com que a maioria das organizações mude o seu enfoque dos produtos e serviços para o das parcerias e redes de contacto, procurando “menos” ideias novas e mais novas soluções.

No mundo em que vivemos, somos influenciados por um contexto cada vez mais complexo. Como sabemos a saúde e o bem-estar do homem dependem de um jogo de interacções que se estabelece com o ambiente, no local de trabalho e fora dele.

O processo de globalização e o aumento da competitividade dos mercados aliado à actual recessão económica e desemprego aí gerado, a complexidade social reforçada por um envelhecimento demográfico, com todas as consequências que daí resultam, acarreta novas e complexas responsabilidades, com o aparecimento de novos serviços e valências e formas de intervenção muito mais exigentes.

Se não soubermos combater e diagnosticar atempadamente novos riscos sociais, em parceria com outros actores locais e regionais, com flexibilidade e eficiência que revele eficácia. Se não nos apoiarmos nas novas tecnologias da informação e fizermos uma boa gestão dos fundos comunitários, com visão de futuro, construindo novas valências, reestruturando umas ou adequando outras, face às novas necessidades de forma visionária,

com equidade por todo o território, corrigindo as assimetrias, podemos incorrer no risco de centralizarmos em vez de descentalizarmos, contribuindo para uma massificação populacional, o mal-estar das populações, a degradação ambiental, negando às gerações vindouras uma sociedade mais justa e geradora de bem-estar para todos.

Este trabalho em rede pode e deve ser uma mais-valia complementar, permitindo por um lado, melhorar as decisões em matéria de saúde e social e por outro, o reforço das capacidades (*empowerment*) das pessoas que dos cuidados necessitam.

A reforma da Saúde na Comunidade e do trabalho desenvolvido no Centro de Saúde exige uma acção multidisciplinar, que só é possível com a existência de equipas “pluricompetentes”, coesas, dotadas de equipamentos específicos e com acesso fácil aos dados e informação relevantes. Com efeito, só através de informação fiável, propiciadora do planeamento e da execução articulada, viabilizando melhores níveis de cooperação entre departamentos e destes com as organizações, numa óptica de optimização de recursos e incentivo à inovação, é possível conceber cenários de desenvolvimento com aderência à realidade.

A nível local, a actuação deverá ser sustentada pelo reforço do exercício em áreas como a identificação das necessidades de saúde, a monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes, a avaliação do impacto sobre a saúde das várias intervenções, a investigação e vigilância epidemiológicas, bem como a gestão e supervisão técnica de programas e projectos de intervenção no âmbito da promoção e protecção da saúde da população.

O cumprimento destas funções, obriga a uma concentração de recursos humanos, técnicos e tecnológicos. Só deste modo se obterá uma gestão da informação e do conhecimento compatível com a qualidade desejada a uma intervenção em Saúde.

Pretendemos elaborar um estudo que permitisse identificar os recursos comunitários de saúde disponíveis no concelho de Arraiolos; caracterizar as respostas de saúde existentes; caracterizar as carências de respostas de cuidados identificadas no concelho de Arraiolos e apresentar algumas propostas de intervenção para o desenvolvimento de uma rede de Serviços Comunitários de Proximidade.

Procurou-se adoptar um desenho de investigação metodologicamente adequado à problemática em estudo. A reflexão realizada e as conclusões a que se chegou permitiram

atingir os objectivos inicialmente delineados.

Face aos resultados obtidos, através da análise das entrevistas efectuadas, relativamente às áreas temáticas, sobressaíram os seguintes aspectos:

No concelho de Arraiolos evidencia-se a existência de um conjunto de organizações, com missões bem definidas, onde os seus técnicos desenvolvem um trabalho articulado, com experiências de trabalho em parceria e em rede entre a administração do sector da saúde e do sector social, tais como, as Instituições Particulares de Solidariedade Social e as instituições locais (Câmara Municipal). O objectivo central das parcerias e do trabalho em rede é a obtenção de “ganhos em saúde” e contribuir para a satisfação das necessidades da população abrangida. Este tipo de trabalho complementa e reforça a capacidade da rede do sector da saúde e constitui um exemplo da potencialidade existente a nível local com estabelecimento de uma cooperação intersectorial. As suas vantagens são evidentes: facilita a comunicação, fomenta a participação, promove o recurso a soluções inovadoras e garante de uma forma geral, o sucesso da implementação de projectos. Porém, também existem dificuldades e este tipo de trabalho não se encontra totalmente implantado a nível concelhio, tendo sido identificados problemas, sobretudo a três níveis: para a população idosa, para as crianças e jovens e no próprio funcionamento dos serviços.

No concelho de Arraiolos as respostas comunitárias existentes são predominantemente do sector social e do sector da saúde, cujos contributos de ambos são uma mais-valia para o trabalho desenvolvido no concelho. A oferta de respostas apresentada confirmou o levantamento dos dados que havia sido realizado. A maioria das respostas foi criada seguindo directrizes legais e outras foram desenvolvidas para colmatar necessidades sentidas, sendo integradas nas vertentes da saúde e social. Das respostas dadas a nível de serviços e equipamentos, salienta-se a existência de Creche, Jardim-de-Infância, Lar para Idosos, Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Apoio Domiciliário Integrado, Programas Obrigatórios da Direcção Geral de Saúde, Cuidados Continuados/ Cuidados Paliativos, Banco de Ajudas Técnicas, Núcleo de Apoio à Família e à Comunidade, Gabinete de Saúde e Bem-Estar e Intervenção Precoce.

Estas respostas sempre que necessário cooperam entre si ou com outras organizações de fora do concelho, sendo a forma mais referida de cooperação o encaminhamento, seguido de processos de articulação.

Para a consecução dos cuidados à população é realizado um planeamento dos cuidados, onde estão envolvidos todos os actores possíveis a nível individual e colectivo. Existe também uma tomada de decisão partilhada e uma metodologia de trabalho participativa. São considerados actores, os utentes, os profissionais de saúde, os gestores, outros responsáveis por instituições prestadoras de cuidados de saúde e a restante sociedade civil. Foi também salientado o relacionamento com as famílias e com outros cuidadores informais, tais como a vizinhança e amigos.

As fragilidades identificadas a nível do Concelho de Arraiolos, encontram-se relacionadas com o aparecimento de problemas físicos e mentais, com a existência de uma população duplamente envelhecida e com a dificuldade de encaminhamento desta população para consultas de especialidade. Relacionado com os problemas físicos e mentais, denota-se uma existência marcada de doenças crónicas e incapacitantes, com necessidade de reorientar o papel dos serviços de saúde e sociais para poder garantir uma cobertura das necessidades.

As patologias mais referenciadas (demência, doenças neoplásicas) têm em comum o facto de comportarem alguma perda de autonomia da pessoa, o facto de serem permanentes, prolongadas e poderem gerar situações de dependência dos cuidados de saúde e sociais, aos quais urge dar respostas adequadas em função da gravidade apresentada.

A existência de uma população duplamente envelhecida, prende-se com a existência de um elevado número de idosos e diminuição do número de jovens e população activa.

Relativamente a grupos populacionais vulneráveis, as crianças foram identificadas como sendo ainda um grupo vulnerável a situações de pobreza, na perspectiva de transmissão familiar dessa situação. Também nos idosos se verificam situações vulneráveis, com idosos a sobreviverem de pensões com valores muito baixos. Outro tipo de situações, como seja, a perda de autonomia, isolamento social, más condições habitacionais e difícil acesso a serviços de saúde ou de apoio social reforça as vulnerabilidades destas pessoas, o que obriga a encontrar novos tipos de organização dos cuidados de saúde e sociais.

Relativamente ao acesso à educação e à participação no mercado de trabalho, ainda se verificam assimetrias. A escola tende a reproduzir as desigualdades económicas e sociais que a envolvem, sendo reflexo de níveis mais elevados de insucesso e abandono escolar junto das crianças e jovens originárias de grupos sociais mais desfavorecidos. Também o público feminino tem poucas habilitações literárias, o que origina a existência de desemprego

feminino.

No trabalho desenvolvido no Concelho de Arraiolos sobressaíram as boas práticas que já são desenvolvidas e as que devem ser trabalhadas e dinamizadas futuramente.

Do trabalho já desenvolvido ressalta a sinergia de cuidados, o que está decerto relacionado com a prática de trabalho em rede e em rede de parceria. Depois a experiência de trabalho ao nível dos Cuidados Continuados, o que é extremamente importante num concelho rural com uma população duplamente envelhecida, assim como a promoção/ educação para a Saúde para todas as faixas etárias e grupos populacionais. Foi também valorizada a importância/ o enfoque dado às pessoas no planeamento e prestação de cuidados, que são a razão da existência dos serviços e o envelhecimento activo.

Relativamente às estratégias a desenvolver no futuro, sobressai a necessidade da sustentabilidade do sistema, que é decerto essencial para a consecução de actividades, programas e/ ou projectos necessários para as necessidades encontradas. Outras estratégias passam pelo fortalecimento dos Cuidados Continuados, melhoria dos sistemas de informação, eficiência na gestão dos recursos e reforço do trabalho de campo.

Numa perspectiva para uma rede de serviços comunitários de proximidade, a nível dos utilizadores, realça-se a sua importância para a população jovem e para a população idosa concelhia, assim como o dever de ser fornecida a toda a população uma melhoria da qualidade de vida e uma igualdade de oportunidades.

A nível dos serviços, a intervenção concelhia terá que passar efectivamente pelas especificidades e necessidades locais e só poderá ser bem realizada se dotada de autonomia e recursos suficientes, sejam eles humanos, físicos ou económicos. A nível dos recursos humanos, revela-se uma insuficiência de técnicos em algumas profissões da área da saúde.

Em relação aos recursos económicos, é salientada a necessidade de um maior reforço financeiro no sector público, de forma a responder às necessidades existentes, quer em termos de prevenção, quer em resposta aos problemas de saúde, que estão relacionados com o envelhecimento e as patologias causadoras de dependência.

Foi também realçada a necessidade de desenvolvimento de respostas a nível dos cuidados paliativos, para o que é indispensável um reforço de recursos.

Em suma, analisando todas as informações fornecidas para este estudo, apresentamos os pontos fortes e os pontos críticos identificados pelos entrevistados no relativo à actual

prestação de cuidados de saúde no Concelho de Arraiolos.

<u>Pontos Fortes</u>
<ul style="list-style-type: none">➤ Intervenção integrada e articulação dos sectores da saúde e social, com realização de um trabalho em rede e em rede de parceria, o qual comporta um melhor conhecimento dos recursos locais e uma melhor gestão de recursos humanos e materiais;➤ Disponibilidade e esforço dos técnicos, para o funcionamento em parceria e no desempenho das suas tarefas;➤ Dinamismo interinstitucional;➤ Multidisciplinaridade das equipas de intervenção;➤ Rede de vizinhança activa;➤ Qualidade de vida no Concelho.
<u>Pontos Críticos</u>
<ul style="list-style-type: none">➤ Duplo envelhecimento populacional;➤ Falta de recursos humanos, físicos e financeiros sentidos nas respostas e equipamentos concelhios;➤ Insuficiência de respostas para doentes crónicos e pessoas dependentes;➤ Presença de Isolamento/ Desertificação em algumas zonas rurais;➤ Insuficiência do Sistema de Transportes Colectivos Urbanos e Interurbanos;➤ Incapacidade na resposta habitacional/ Necessidade de habitações sociais;➤ Dependência física, psicológica e financeira de parte considerável da população;➤ Baixa Escolaridade;➤ Elevado Desemprego, sobretudo na população feminina.

A proposta para a criação de uma rede deverá dar resposta às necessidades de cuidados existentes. A necessidade exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema encontrado. Para Donabedian citado por Tavares (1992: 54) “a necessidade de saúde é traduzida nos seus equivalentes de serviços e recursos: os recursos produzem serviços; os serviços satisfazem as necessidades.”

Relativamente às necessidades sentidas, as prioridades apontadas para o desenvolvimento de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade, passam por:

Prioridades para o Desenvolvimento de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade:

- Reforçar a participação dos diferentes actores e sectores, com desenvolvimento de medidas de intervenção que proporcionem respostas com resultados sinérgicos;
- Reforçar a cooperação institucional e as práticas em parceria com o sector social, assim como com os familiares e outros cuidadores informais;
- Articulação dos compromissos estratégicos entre parceiros para uma definição eficaz dos serviços em função da missão institucional e dos benefícios e vantagens para a comunidade;
- Uniformizar metodologias participativas, com o objectivo de fomentar o trabalho em equipas interdisciplinares, garantindo uma abordagem integral dos problemas e uma actuação multidisciplinar com diferentes tipos de profissionais, maximizando a participação directa de todos os actores;
- Uniformização de “Boas Práticas”;
- Reforçar a dotação actual de recursos humanos competentes e habilitados para as necessidades identificadas;
- Promover a actualização de conhecimentos e aprendizagem contínua, dando prioridade às necessidades de formação identificadas;
- Reforçar as práticas de investigação;
- Planear a mudança no cerne dos grupos de trabalho, com definição de estratégias para fortalecimento de respostas aos grupos que mais necessitam, nomeadamente, aos jovens e idosos;
- Reorientar a assistência prestada a doentes crónicos e pessoas dependentes, fortalecendo a Rede de Cuidados Continuados implementada;
- Divulgar a informação actualizada à comunidade;
- Superar a actual debilidade de sistemas de registo e informação, actualmente parcializados e não padronizados para que gerem uma informação útil na gestão;
- Reformulação das actuais verbas em modelos de financiamento sustentáveis para superar ou melhorar o actual contexto limitado de recursos;
- Gerir de forma integrada os recursos e uniformizar modelos de gestão que favoreçam a optimização dos recursos disponíveis, com uma maior eficiência na sua utilização.

É com estas prioridades que se propõe uma rede do sector da saúde integrada, articulada e coordenada de forma intersectorial, principalmente com o sector social, mas também com a educação, com associações de desenvolvimento local e com todas as instituições que possam dar o seu contributo para dar respostas na prestação de cuidados de saúde face às necessidades existentes.

Os resultados apontados neste trabalho apontam numa visão territorial elementos de orientação, com identificação de pontos a superar ou a reforçar numa nova rede de cuidados de proximidade. Saliencia-se porém, que outros estudos ou estudos mais aprofundados podem ser necessários para documentar as bases de intervenção e do planeamento.

5 – BIBLIOGRAFIA

- AAGP Position Statement. (2006). *Principles of care for patients with dementia resulting from Alzheimer disease*. Recuperado em 2006, Outubro de: http://aagponline.org/prof/position_caredmnlz.asp
- Albarello, L. et al. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, J., & Pinto, J. (1995). *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- André, C. (2002). Cuidados Continuados um Modelo de Intervenção na Comunidade. *Sinais Vitais*, 44, 40-44.
- Antunes, J., & Ferreira, J. (2005). *Representações profissionais e necessidades de formação – O caso dos jovens no concelho de Arraiolos*. Arraiolos: Monte – Desenvolvimento Alentejo Central, A.C. E.
- Azevedo, M. (2004). *Teses, relatórios e trabalhos escolares – sugestões para estruturação da escrita* (4ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Bacatum, C. (2005). A Promoção da Saúde na Escola. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4, 11-14.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreiros, I. C. C. S. (2006). *Intervenção comunitária em cuidados continuados – o papel dos cuidadores informais*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Universidade de Évora. (policopiado)
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bento, M. (2006). Cuidados Continuados de Saúde. *Diálogos*, 1, 12-13.
- Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1999). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Burgess, R. G. (2001). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabrita, M. J. S. N. (2004). O Envelhecimento e os Cuidados Continuados. *Servir*, 52-1, 11-18.

Calvário, A., Irma, B., & Brito, L. (1999). Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes. *Referência*, 3, 15-21.

Câmara Municipal de Arraiolos (2007). Informações Gerais. Recuperado de <http://www.cma.pt>

Canas da Silva, J. (2007). 1º Congresso Nacional do Idoso. *Geriatrics*, vol. 3, 16,3.

Candeias, A. P. C. (2005). As Comunidades de Prática na Gestão do Conhecimento e da Informação em Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, 53-57.

Capra, Fritjof. (s.d.). *Rede Social*. Wikipédia. Recuperado de http://pt.wikipedia.org/wiki/Rede_social

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Centro de Estudos de Organização do Território, Lda. (2004). *Relatório da 1ª fase de caracterização e diagnóstico do concelho de Arraiolos – agenda XXI local de arraiolos*. Lisboa/ Arraiolos.

Cerqueira, C. E. D. (2001). *As parcerias no desenvolvimento local – o papel dos agentes de mediação numa abordagem territorial do desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. (policopiado)

Conferência Nacional sobre Estratégias da Saúde. (2007). Alto Comissariado da Saúde. Recuperado de <http://www.acs.min-saude.pt>

Costa, A. F. (1986). *A pesquisa de terreno em sociologia – metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Crespo, F. (2004). Qualidade nas IPSS. *REDITEIA*, 33, 37-38.

Diagnóstico Social do Concelho de Arraiolos. (2004). Rede Social: Conselho de Acção Social de Arraiolos.

Diniz, R. P. A. B. (2005). Parceria: Circunscrevendo um Conceito que nos é Próximo?!. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, 19-26.

Direcção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. (2004). Envelhecimento Activo: Uma Oportunidade e um Desafio. O Contributo da Segurança Social. *Pretextos*, 17, 4-5.

- Duarte, S. F. C. (2007). O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: Revisão sistemática da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16,11-23.
- Estivill, J. (1997). O Partenariado e a Luta Contra a Exclusão. Uma Avaliação do Programa Europeu Pobreza. *Cadernos REAPN, O Partenariado Social na Europa. Uma Estratégia Participativa para a Inserção*, 29-75.
- Fernandes, A. T. (2000). Desigualdades e Representações Sociais. *Sociologia, Volume X*.
- Flores, G. (1994). *Analisis de datos qualitativos. aplicaciones a la instigation educativa*. Barcelona: PPU.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar. teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Lisboa: Celta Editora.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde. manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (1999). *As gerações mais idosas. Série de Estudos 83*. Lisboa, DC: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Censos 2001. XIV Recenseamento geral da população. IV Recenseamento geral da habitação – Resultados definitivos*. Portugal. Lisboa, DC: Autor.
- Gemito, M. L. P. (2004). *O quotidiano familiar do idoso numa freguesia rural do Alentejo*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Universidade de Évora. (policopiado)
- Gesaworld. (2005). *Relatório da fase I de diagnóstico da situação dos cuidados continuados*, de <http://www.portugal.gov.pt>
- Gil, A. P. M. (1999). Redes e Políticas de Solidariedade – Globalização e Política Social. *Cadernos de Política Social*, 1, 93-114.
- Gil, A. (1989). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gomes, I. (2002). *O Erro de Narciso*. Dissertação de Mestrado, Lisboa: Universidade Aberta.

Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção* (2ª ed.). Cascais: Principia.

Guerra, I. C. (2006, Junho). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso* (1ª ed.). Estoril: Principia.

Guerra, I. C. (2006, Outubro). *Participação e acção colectiva – interesses, conflitos e consensos*. Estoril: Principia.

Jardim, T. M. A. (2005). Ética e Fim da Vida: ao Encontro da Pessoa com Alzheimer. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 19, 66-69.

Karlin, B. E.; & Fuller, J. D. (2007). Como Responder às Necessidades de Saúde Mental dos Adultos Idosos. *Geriatrics*, vol. 3, 16, .32-43 e 53.

Ketele, J. M., & Roegires, X. (1999). *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lessard-Hébert, M., Goyete, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Artes Gráficas Lda.

Loureiro, I. (2001) *A rede nacional de escolas promotoras de saúde*. Portugal: Ministério da Educação - Programa de Promoção e Educação para a Saúde.

Magalhães, M. G. (2002). Projecções da População residente em Portugal 2000/2050 – Que Tendências de Base para a Construção de Hipótese. *Instituto Nacional de Estatística, Revista de Estudos Demográficos*, 32.

Matias, F. (2006). Rede de Cuidados Continuados. *DIALOGOS*, 1, 6-8.

Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Recuperado de <http://www.adrnp-sede.rcts.pt>

Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Recuperado de [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

Monteiro, M. C. P. D., & Terras, M. J. J. (2005). Impacto dos Problemas Psicogerítricos na Família. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4, 40-48.

Nazareth, J. M. (1993). O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa. *Economia e Sociologia*, 56, 5-25.

Nunes, L. (2005). Análise dos Deveres Profissionais na Garantia dos Direitos das Pessoas.

Revista da Ordem dos Enfermeiros, 18, 17-26.

Nunes, M., Tojal, A., Ferreira, C., Paiva, C., & Rodrigues, L. (2007). Depressão nos Desempregados. *Revista Investigação em Enfermagem, 16, 51-64.*

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Os Desafios da União Europeia para os Cuidados Continuados – Enunciado de posição da EFN. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, 19, 19-21.*

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Comunicado da Triade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, 22, 55-57.*

Organização das Nações Unidas. (1993). *Direitos humanos e serviço social*. Lisboa: ISSS.

Organização Mundial de Saúde. (1896). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Canadá: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Recuperado de <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/ottawacharter.htm>

Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

PDM. (2004). *Plano de Desenvolvimento Municipal*. Rede Social: Conselho Local de Acção Social de Arraiolos.

Pestana, H. C. F. C. (2007). As Tecnologias de Informação e a Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem, 10, 7-9.*

Pereira, C. G. (2004). Gestão e Qualidade: Um novo Paradigma no Sector Social. *REDITEIA, 33, 29-31.*

Pereiro, C., Ruaz, C., Carvalho, L., & Minguinhas, M. (2006). Os Cuidados Continuados de Saúde e a Rede de Parceiros. *Diálogos, 1, 8-10.*

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.

Plano Nacional de Saúde. (2004). *Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Ministério da Saúde.

Polit, D., & Hungler, B. (1996). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Lda.

PNAI (2006). Relatório de Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social 2006-2008.

Quintela, M. J. (2002). Cuidados Continuados – uma nova relação social com a saúde das pessoas. *Pretextos, 9, 4-5.*

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Richardson, R. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. S. Paulo: Atlas.

Rocha, A. P. F. (2007). *Enfermeiro e ... A Pessoa Idosa*. Recuperado em 2007, Junho 28, de <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Santos, J. M. (2002). *Parceria nos cuidados – uma metodologia centrada no doente*. Porto: Edições Fernando Pessoa.

Silva, A. I. M. (2007). *Os Enfermeiros e ... O Adolescente*. Recuperado em 2007, Abril 27, de <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Silva, C. A. (2004). Qualidade, Benchmarking e ONG's. *REDITEIA*, 33, 26-29.

Silva, I. C. G. S., Moreira, M. E. T. S., & Borges, P. C. G. (2007). Vivências do Idoso na Sociedade Actual. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 65-74.

Silva, L. F. (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (2006). Política de Saúde. *Enfermagem em Foco*, 63, 20-40.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (2006). Destaque: Cuidados de Saúde Primários. *Enfermagem em Foco*, 62, 3-4.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.

Tavares, A. (1993). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ª Edição). Ministério da Saúde.

Toletti, G., Tojal, E., Nabais, L., & Sotto-Mayor, L. (2005). O Campo da prática de enfermagem é verdadeiramente exclusivo dos enfermeiros?. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 19, 63-65.

Vala, J. (1989). *A análise de conteúdo* (2ª ed.). in Augusto Santos Silva; José Madureira Pinto, Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento.

Verissimo, C. M. F., & Moreira, I. M. P. B. (2004). Os Cuidadores Familiares/Informais – Cuidar do Doente Idoso Dependente em Domicílio. *Pensar Enfermagem*, 8 (1), 61-65.

Withaker, Francisco (1998). *Redes: Uma estrutura Alternativa de Organização*. Recuperado de: http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_estrutalternativa.cfm

Legislação:

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, REPE).

Decreto-Lei nº 157/ 99 de 10 de Maio.

Decreto-Lei nº 281/ 2003 DR 259 Série I – B de 8 de Novembro.

Decreto-Lei nº 101/ 2006, de 6 de Junho. Recuperado de <http://www.portugal.gov.pt>

Despacho nº24/ 2005 (2ª série) de 3 de Janeiro.

Despacho Normativo nº 9/ 2006 de 16 de Fevereiro.

Lei nº 48/ 90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (Código Deontológico do Enfermeiro, Estatutos da Ordem dos Enfermeiros).

Portaria nº. 1467 – A/ 2001 de 31 de Dezembro, publicada no Diário da República, série I –B de 31 de Dezembro de 2001.

Portaria nº 730/ 2004 de 24 de Junho, publicado no Diário da República, série I – B de 24 de Junho de 2004.

Resolução do Conselho de Ministros nº 59/ 2002, publicado no Diário da República, série I-B, nº 69 de 22 de Março de 2002.

ANEXOS

Anexo I – Matriz de Entrevista

Matriz para Entrevista aos Informantes - Estratégicos

Dimensões de Análise	Perguntas	Informação Pretendida
<p>Recursos Comunitários de Saúde existentes no Concelho de Arraiolos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qual a finalidade ou a missão da instituição onde trabalha? - Que resultados espera do trabalho desenvolvido pela instituição onde trabalha? - Que recursos de saúde conhece no Concelho de Arraiolos? Com quais trabalha ou já trabalhou? Como é desenvolvido esse trabalho? - Quais constituem pontos fortes e oportunidades para o concelho? 	<ul style="list-style-type: none"> - Missão da Instituição; - Resultados esperados; - Visão Concelhia dos Recursos de Saúde e articulação existente; - Pontos Fortes e Oportunidades do concelho;
<p>Respostas de Saúde existentes no Concelho de Arraiolos</p> <p>Reconhecimento dos utentes abrangidos pela instituição</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as respostas comunitárias dadas pela instituição onde trabalha? - Que utentes são abrangidos por estas respostas? Como chegam os utentes à vossa instituição? - Como é feito o planeamento das actividades? É habitual fazer uma análise das necessidades e dos problemas dos utentes? - Como é programado um dia de trabalho na sua instituição? - Que tipo de relação estabelece com os utentes? E com as famílias? - É habitual encaminhar os utentes para outras respostas de saúde, quando as necessidades e/ ou os problemas não podem ser satisfeitos pela instituição onde trabalha? Como é feito esse encaminhamento? - Qual é a sua intervenção na comunidade local junto das outras instituições? Encaminhamento, articulação, trabalho em rede, parcerias? 	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmação ou não do levantamento de dados; - Se existe planificação e conhecimento dos utentes abrangidos pela instituição; - Se a relação é de colaboração. Se a posição do utente é passiva ou activa; - Se existe trabalho em rede de parcerias - Se a intervenção na comunidade é uma forma de envolvimento das pessoas e serviços, como meio de mudar as atitudes perante a saúde

<p>Carências de respostas de Saúde existentes no Concelho de Arraiolos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quais os principais problemas na actual prestação de cuidados de saúde? - A que grupo (s) da população os cuidados de saúde têm mais dificuldade em dar respostas? Quais os mais desfavorecidos? - Quais os principais obstáculos à resolução destes problemas? 	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento de Dados; - Confirmação ou não dos dados adquiridos; - Levantamento de Pontos Críticos e Ameaças do concelho; - Principais grupos da população afectados pelas carências
<p>Tendências actuais e desafios</p> <p>Prospectiva de uma Rede de Serviços Comunitários de Proximidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que existem algumas tendências actuais na Saúde que sejam um desafio para o trabalho que é desenvolvido na sua instituição? - Quais as estratégias que devem ser desenvolvidas ou reforçadas no futuro para o desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde de proximidade? - Quais as prioridades a que deve dar resposta um inovador modelo em rede de cuidados de saúde continuados? 	<ul style="list-style-type: none"> - Se os profissionais estão abertos a novas perspectivas de actuação, como o <i>empowerment</i>, a participação de utentes e famílias nos serviços, a auto-ajuda,... - Elementos – Chave para implementação e desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde de proximidade: <ul style="list-style-type: none"> . Fortalecimento de estruturas territoriais do sector da saúde; . Novas intervenções baseadas na lógica da compra de serviços; . Melhoria dos Sistemas de Informação; . Potenciar intervenções e iniciativas; . Melhor eficiência na gestão de recursos, ... - Prioridades sentidas para o desenvolvimento de um modelo em rede de cuidados de saúde continuados;

Anexo II – Pedido de Autorização para Realização de Entrevista

De: Paula Pimpão

Para:

O meu nome é Paula Alexandra Alves Pimpão, sou Enfermeira, exerço funções no Hospital do Espírito Santo de Évora, e trabalho a nível local na Associação Monte A.C.E., procurando dinamizar um Banco de Ajudas Técnicas a nível do Concelho de Arraiolos.

Estou a frequentar o III Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde na Universidade de Évora e na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

No âmbito do estudo, que conduzirá à elaboração da dissertação, pretendo realizar um estudo sobre “Necessidades de Saúde existentes no Concelho de Arraiolos”. Pretendo identificar as necessidades de cuidados de saúde no Concelho de Arraiolos, tendo em atenção as capacidades instaladas e as respostas existentes.

Estou a contactá-la para pedir autorização para uma entrevista sua acerca desta temática, no sentido de a considerar um informador privilegiado enquanto gestor de uma instituição que dá respostas de saúde à população. Como trabalha no terreno, deve decerto possuir uma visão alargada acerca da dinâmica dos cuidados de saúde existentes e das reais necessidades concelhias.

Peço – lhe desde já que pondere um pedido de licença para a gravação da entrevista.

Não peço que se identifique. Todas as respostas a esta entrevista serão confidenciais.

Ficar-lhe-ei muito grata pela sua colaboração.

Relativamente à duração da entrevista, esta não deverá exceder as 2 horas, mas desde já refiro que a entrevista pode ser adaptada consoante a sua disponibilidade (pode ser repartida se assim o entender), assim como o local para a realização da mesma, que ficará ao seu critério.

Entrarei em contacto consigo brevemente e agradeço desde já a atenção dispendida.

Atenciosamente:

Anexo III – Entrevistas, Transcrição das Entrevistas e Projecto de Tratamento de Dados em Suporte Informático