



## Universidades Lusíada

Soares, Sílvia Alexandra Sanches

### **A satisfação dos utentes/família nos cuidados continuados integrados**

<http://hdl.handle.net/11067/525>

#### **Metadados**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Data de Publicação</b> | 2013-10-23  |
| <b>Resumo</b>             | O envelhecimento populacional é um fenómeno universal e um desafio nas sociedades modernas, de modo que lançar um olhar abrangente sobre o desenvolvimento do processo de cuidados aos idosos passa por perspectiva-lo como um processo articulado, sistémico e de proximidade. Portugal está a tornar-se num país envelhecido. O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional, tem vindo a aumentar de forma significativa, devido por um lado à diminuição dos nascimentos e por outro, ao aum... |
| <b>Palavras Chave</b>     | Idosos - Assistência em instituições - Portugal, Assistência em instituições - Portugal   |
| <b>Tipo</b>               | masterThesis  |
| <b>Revisão de Pares</b>   | Não   |
| <b>Coleções</b>           | [ULL-ISSSL] Dissertações  |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-17T02:07:52Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**A satisfação dos utentes/família nos cuidados continuados integrados**

**Realizado por:**

Sílvia Alexandra Sanches Soares

**Orientado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Adelaide Fernandes Pires Malainho

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Marina Manuela Santos Antunes  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Adelaide Fernandes Pires Malainho  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho

Dissertação aprovada em: 25 de Maio de 2012

Lisboa

2012

## **Introdução**

A presente dissertação, exibida no âmbito do I Mestrado em Serviço Social da Escola Superior de Educação de Beja em parceria com a Universidade Lusíada, tem como temática A Satisfação dos Utentes/Família nos Cuidados Continuados Integrados.

Dada a tendência do crescimento da população idosa, Portugal enfrenta actualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl & Fonseca, 2005).

As alterações demográficas, com cada vez maior peso da população idosa, assim como a alteração do tecido social provocado pela ausência no domicílio da mulher, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para o apoio de pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento activo, são os desafios no momento, a nível global.

Houve, assim que definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da saúde e da segurança social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados desta população, articulando com os serviços de saúde e sociais já existentes.

A parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde possibilitou as dinâmicas de criação e fomento de respostas multisectoriais, com o objectivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal.

A rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

A RNCCI pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Através do Desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do

Hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como primordial do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país.

O programa do XVII Governo Constitucional definiu como objectivo a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de saúde e de longa duração que garantam a qualidade, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas; e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade.

A implementação da RNCCI teve como objectivo estratégico garantir a prestação de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem deste tipo de cuidados, contribuindo para a sua recuperação, reabilitação e reintegração. A RNCCI foi criada pelo Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.

Assim sendo a RNCCI e o Envelhecimento Demográfico são dois conceitos directamente ligados, apresentando-se como temas colaterais a todo o trabalho desenvolvido neste projecto.

Para a concretização deste estudo contamos com a participação de uma Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Tavira, pertencente à Cruz Vermelha Portuguesa Delegação de Tavira. Esta Unidade é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, situada geograficamente no Sul do País. Tem como objecto da sua intervenção e âmbito de actuação, as pessoas apoiadas na referida Unidade considerado conforme legislação em vigor, que corresponde a “ todo o cidadão com perda de funcionalidade em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontre afectado na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados interdisciplinares de saúde”<sup>1</sup> Onde Concretizamos um Estudo de Caso dirigido aos seus utentes com idade igual ou

---

<sup>1</sup> Decreto-lei n.281/2003. D.R.I-A Série. 259. (2003-111-08) 7492-7499. É criada a Rede de Cuidados de Saúde.

superior a 35 anos, com alguma perda de funcionalidade, ou em situação de dependência, alguns dos seus familiares e aos profissionais da mesma.

Tendo por base o tema em estudo construiu-se a seguinte pergunta de partida: “Em que medida as respostas no âmbito das Unidades de Internamento da RNCCI, respondem às necessidades dos seus utilizadores?”

O objectivo primordial do presente trabalho de investigação passa por avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira. Para isso, analisamos todo o funcionamento da referida unidade.

Além dos dados recolhidos através da observação do funcionamento da unidade, o nosso objectivo concentrou-se em conhecer a avaliação que os diferentes abrangidos na unidade expõem sobre o seu funcionamento. Neste seguimento o objectivo fulcral do nosso trabalho foi conhecer com rigor o tipo e qualidade dos serviços prestados, com base na avaliação do grau de satisfação, dos utentes, das suas famílias bem como de todos os colaboradores da unidade. Tendo sido para o efeito, aplicados questionários a todos os envolvidos na investigação.

Do ponto de vista estrutural este documento está dividido em três partes fundamentais que se encontram interligados entre si.

A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, em que se pretende aprofundar e relacionar os conceitos mais importantes, referentes à questão do envelhecimento, às alterações verificadas na sociedade, ao desenvolvimento social, às políticas sociais em Portugal, e à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, dando consistência teórica ao estudo que se pretende descrever.

Na segunda parte descreve-se a abordagem metodológica e identificam-se os paradigmas, métodos e técnicas que utilizámos na realização desta investigação.

A terceira e última parte, destina-se à apresentação e análise dos dados recolhidos na fase empírica, é concernente, ao tratamento de dados, e aos resultados e sua discussão.

O trabalho findará com a conclusão e/ considerações finais, seguida da bibliografia.

## Capítulo I – O Envelhecimento na Actualidade

### 1. Conceito de Envelhecimento/Velhice

O envelhecimento é um fenómeno conhecido por todos, particularmente no que respeita aos aspectos físicos e de natureza somática. Porém, a pluralidade de mecanismos que ao certo desencadeiam e caracterizam o processo de envelhecimento, estão ainda por definir, já que são várias as explicações deste conceito, sendo que cada uma delas se rege pela especificidade de cada ciência ou campo de estudo através dos quais o envelhecimento é abordado.

Como nos diz Oliveira (2005), é comum encontrarmos metáforas que sugerem definições do conceito de envelhecimento, quer de um ponto de vista mais positivo ou, contrariamente mais negativo. Assim, é frequente ouvirmos expressões como: idade crepuscular, entardecer, poente, cair do sol, outono da vida, rio que chega ao mar, cume da montanha, idade da colheita, coroamento da vida, idade da saudade, infância revisitada, idade das perdas, morte à vista, tempo de luto, entre tantas outras, as quais interpretadas e analisadas na sua essência, revelam alguns aspectos que estão associados à definição do conceito (a sabedoria, a grandeza, a beleza, a morte, a dor, o luto, etc.). Ainda de acordo com Oliveira (2005:24), do ponto de vista científico, os autores definem o envelhecimento, como “ um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo”. Na mesma linha de pensamento, Rosa (1996:9), diz-nos que “ *o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade*”.

O envelhecimento, segundo Fontaine (2000:14), é o “conjunto de processos (...), que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento não é sinónimo de velhice. Este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos,” diz ainda que o envelhecimento é “um processo de degradação progressiva e diferencial” que “afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo”.

Lessa (1982), preconiza que a idade cronológica pode não corresponder à idade biológica, dado que não apresentamos a mesma idade em todo o corpo e nem todos os indivíduos manifestam os efeitos da idade de igual forma.

A organização Mundial de Saúde (OMS), considera fases distintas na velhice, tomando como ponto de partida o aumento da esperança de vida e a conseqüente longevidade do indivíduo. Assim, reconhece a idade madura (dos 60 aos 69 anos), a idade avançada (dos 70 aos 89 anos) e a grande idade (a partir dos 89 anos).

Fernandes (2000), encara a velhice como um conjunto de vivências, experiências, sentimentos e conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo vital, tendo em conta os aspectos físicos, sociais e culturais inerentes a cada indivíduo.

Os conceitos de envelhecimento e velhice encontram-se em estreita ligação, sendo mesmo impossível definir objectivamente cada um deles. Deste modo, será legítimo afirmar que são dois conceitos que se complementam e contribuem para o melhor conhecimento da pessoa idosa, sem contudo haver uma concordância unânime por parte dos estudiosos acerca do significado destas realidades. O envelhecimento/velhice, traduz-se numa realidade universal, comum a todos os seres vivos e de carácter multidimensional.

## **2. Contextualização Demográfica do Envelhecimento**

### **2.1 -Aspectos Demográficos do Envelhecimento**

O envelhecimento demográfico define-se como sendo o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas. Esta noção foi evocada pela primeira vez no contexto de um estudo apresentado, em 1928, por Alfred Sauvy (Hortelão, 2003).

O envelhecimento demográfico despertou o interesse de numerosos investigadores de todas as áreas científicas na procura de uma caracterização deste fenómeno, na tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura (Nazareth, 1994, cit. In Magalhães, 2005).

Os factores desta tendência encontram-se associados aos progressos humanos atingidos no século XX: a redução da mortalidade infantil e a diminuição do número de crianças; melhor nutrição, educação, cuidados de saúde, acesso ao planeamento familiar e uma esperança de vida mais elevada.

O presente fenómeno emergiu nas sociedades mais desenvolvidas, verificando-se de forma mais notória no Japão, no Canadá, na Espanha e nos países nórdicos (Suécia, Noruega, Dinamarca e Islândia). No entanto, também se manifesta em países menos desenvolvidos, relativamente aos quais se tem observado um progressivo declínio nas taxas de mortalidade (Hortelão, 2003).

Denota-se que no início da década de noventa, o fenómeno de envelhecimento demográfico ainda não era universal, assumindo, nessa data, uma maior evidência nas regiões mais desenvolvidas. O quadro nº 1 ilustra o envelhecimento da população mundial no período de 1981 -1991.



## Quadro nº 1 – Envelhecimento demográfico da população mundial

(população jovem e Idosa) por regiões, no período de 1981 – 1991

| Regiões<br>Do<br>Mundo | População < 15 Anos (%) |           | População = < 65 Anos (%) |           |
|------------------------|-------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                        | 1981                    | 1991      | 1981                      | 1991      |
|                        | 34%                     | 33%       | 6%                        | 6%        |
| <b>África</b>          | <b>45</b>               | <b>45</b> | <b>3</b>                  | <b>3</b>  |
| África do Norte        | 43                      | 42        | 3                         | 4         |
| África Ocidental       | 47                      | 46        | 3                         | 3         |
| África Oriental        | 45                      | 48        | 3                         | 3         |
| África Central         | 44                      | 43        | 3                         | 3         |
| África do Sul          | 42                      | 40        | 4                         | 4         |
| <b>Ásia</b>            | <b>36</b>               | <b>33</b> | <b>4</b>                  | <b>5</b>  |
| Ásia Ocidental         | 41                      | 40        | 4                         | 4         |
| Ásia Sul               | 41                      | 38        | 3                         | 4         |
| Ásia Central           | 39                      | 36        | 3                         | 4         |
| Ásia Oriental          | 31                      | 27        | 6                         | 6         |
| <b>China</b>           | <b>32</b>               | <b>28</b> | <b>6</b>                  | <b>6</b>  |
| <b>Japão</b>           | <b>23</b>               | <b>18</b> | <b>9</b>                  | <b>13</b> |
| <b>América</b>         |                         |           |                           |           |
| América do Norte       | 23                      | 22        | 11                        | 12        |
| América Latina         | 39                      | 36        | 4                         | 5         |
| América Central        | 44                      | 40        | 3                         | 4         |
| Caraíbas               | 36                      | 31        | 5                         | 7         |
| América do Sul         | 39                      | 35        | 4                         | 5         |
| <b>Europa</b>          | <b>22</b>               | <b>20</b> | <b>13</b>                 | <b>14</b> |
| Europa Norte           | 20                      | 20        | 15                        | 15        |
| Europa Ocidental       | 19                      | 18        | 14                        | 14        |
| Europa Oriental        | 23                      | 23        | 11                        | 11        |
| Europa Sul             | 23                      | 19        | 12                        | 13        |
| <b>“URSS”</b>          | <b>25</b>               | <b>26</b> | <b>10</b>                 | <b>9</b>  |
| <b>Oceânia</b>         | <b>29</b>               | <b>26</b> | <b>8</b>                  | <b>10</b> |

Fonte: Imaginário (2004:30)

Em termos de análise, constata-se um elevado nível de envelhecimento demográfico na Europa, América do Norte e na Ásia. O Japão, na América Latina e na América do Central, são a exceção, apresentam índices baixos de envelhecimento. Por último, o continente africano é o que apresenta níveis mais estáveis relativamente às populações jovens e idosas.

Para os demógrafos existem dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro acontece quando a percentagem de jovens começa a reduzir e, por conseguinte, a base da pirâmide de idades fica substancialmente reduzida. Quanto ao envelhecimento no topo, verifica-se quando a percentagem de idosos aumenta, fomentando um alargamento na parte superior da pirâmide de idades. Estes dois tipos de envelhecimento

encontram-se intimamente ligados. Actualmente, um dos factores responsável é a redução substancial da taxa de natalidade.

Outro aspecto relacionado com a oscilação da taxa de população idosa está relacionado com os processos migratórios. Sendo o Homem possuidor de grande mobilidade, verifica-se que os países que recebem “migração” têm a possibilidade de aumentar a sua população activa, reduzindo, por seu turno, a percentagem da população idosa.

Segundo Hortelão (2003), em termos de projecções para os próximos vinte anos, prevê-se um aumento significativo do número de pessoas com 60 e mais anos nas várias regiões do mundo. Prevê-se ainda que neste período de referência, a população mundial com 60 e mais anos passe dos actuais 600 milhões para os 1000 milhões em 2020. Este aumento será mais marcado nos países menos desenvolvidos do que nos países ditos ricos. O mesmo autor considera que os idosos constituem um grupo de risco, na medida em que, vivendo mais anos, não os viverão com qualidade de vida desejável se não se alterarem as mentalidades face à velhice e ao próprio envelhecimento (Ibidem).

De acordo com o INE (2002<sup>a</sup>), as projecções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens continuará a diminuir, alcançando os 21% da população total em 2050. Contrariamente, a percentagem da população com 65 anos ou mais tende a crescer, aumentando 16,5% até ao mesmo ano.

Esse aspecto resulta de uma transição demográfica, definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevada para um modelo em que ambos os fenómenos foram invertidos, atingindo valores muito baixos e alternado, por isso, a estrutura da pirâmide etária. Com esta alteração, verifica-se a redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo da pirâmide, com acréscimo de efectivos populacionais idosos. Assim sendo, esta passa a ter uma forma do tipo “urna” (Imaginário, 2004).

O crescimento populacional nas idades mais avançadas é também decorrente das várias conquistas no âmbito da tecnologia e da medicina moderna. Elas têm meios possíveis para diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais, aumentando assim a esperança de vida e, conseqüentemente, reduzindo a taxa de mortalidade verificada em grande parte dos países, principalmente, os considerados desenvolvidos. Aliado a este factor, temos a redução da taxa de natalidade e a queda da mortalidade infantil que provocam um aumento na proporção dos adultos.

Um outro factor importante é o aumento progressivo da longevidade, que deriva do acréscimo das condições de vida que se produziram nas últimas décadas do séc. XX. O fenómeno deve-se aos avanços na área da saúde pública, medicina em geral e à melhoria das condições nos diferentes níveis.

Entre 1960 e 2001, verificou-se um decréscimo de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em 1960, a população idosa representava 8% da população total, passando em 2001 para 16,4% (INE, 2002<sup>a</sup>).

O índice de envelhecimento, segundo o INE, é a relação existente entre o número de idosos e o número de jovens, definindo-se mais especificamente com a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população dos 0-14 anos. Nos últimos 40 anos, denotou-se um aumento contínuo da taxa de idosos: em 1960 registaram-se 27,3 idoso por cada 100 jovens, em 2001 cifrou-se nos 104.

Assim sendo, com o envelhecimento da população, os idosos ultrapassarão os jovens, podendo atingir os 37% do conjunto da população Europeia, onde actualmente já representam 20%, mostrando que este é um fenómeno evidente nas regiões mais desenvolvidas. Segundo a classificação das Nações Unidas, estas regiões são a Europa, América do Norte, a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (Maia, 2002, cit In Imaginário, 2004).

A problemática relacionada com a velhice ganhou maior relevância entre as preocupações dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos. Perante esta nova preocupação, a ONU cria em 2002 o Plano Internacional para o envelhecimento e traça uma estratégia válida até 2025, em que uma pessoa em cada sete terá mais de 60 anos (Imaginário, 2004).

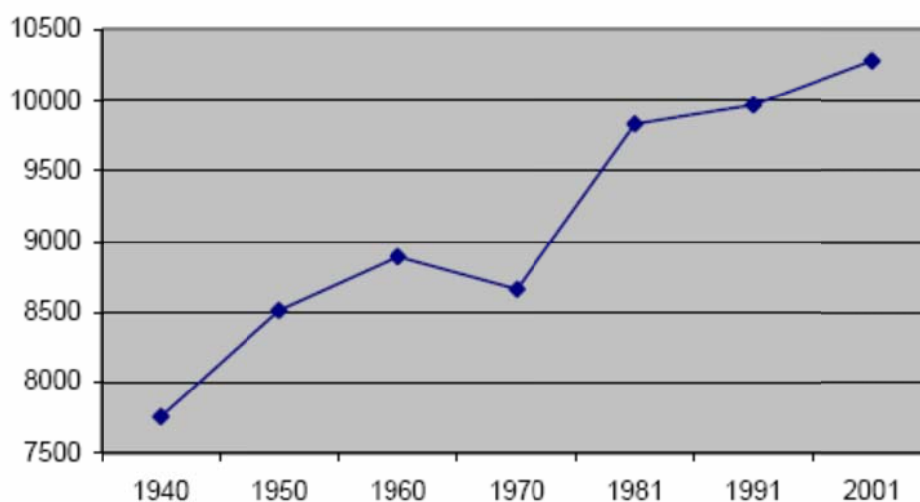
## **2.2– Envelhecimento Demográfico em Portugal**

O envelhecimento das sociedades é um dado incontestável e Portugal não foge à regra. Embora esteja entre os países mais jovens da União Europeia (em 1996, o índice de envelhecimento era de 86 idosos para cada 100 jovens, enquanto na União Europeia a mesma proporção era de 91 para 100), estima-se que o envelhecimento da população portuguesa sofra um aumento progressivo.

A estrutura etária está cada vez mais envelhecida, tendo baixos níveis de fecundidade e de mortalidade (Perista, 2002).

Desde 1941 até 2002 a população portuguesa passou de 7.766.000 para 10.407.465, correspondendo a um crescimento de cerca de 34%. Neste período, apenas se registou uma diminuição da população entre 1960 e 1970, em grande parte devido à emigração e ao início da baixa de natalidade (Carrilho et al., 2002, cit In Rebelo et al., 2004), conforme se pode verificar no Figura nº1.

**Figura nº 1 – Evolução demográfica em Portugal (milhares)**



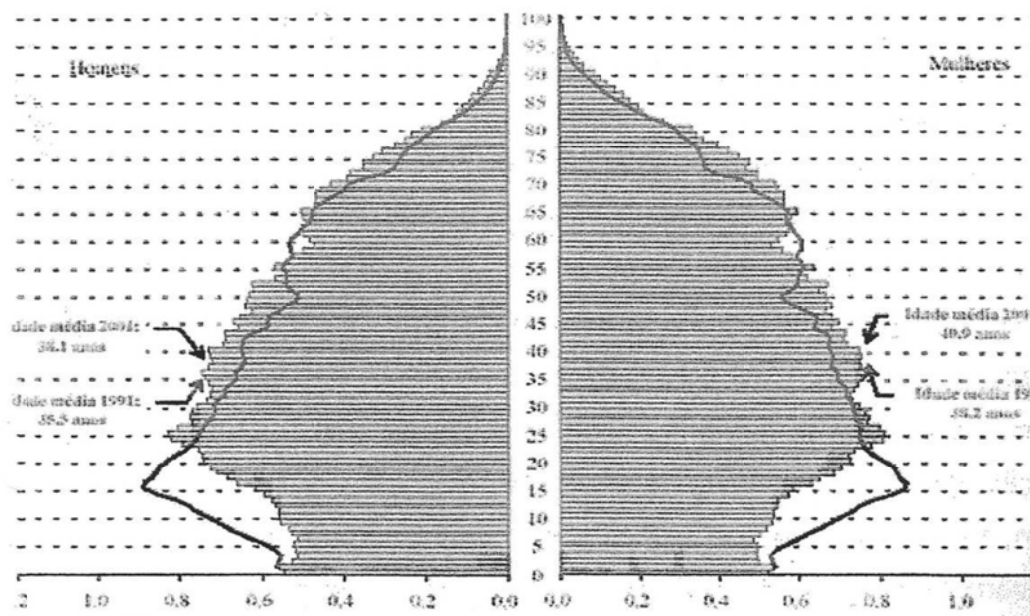
**Fonte:** INE, Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Em resultado do regresso dos residentes nas ex-colónias e da diminuição da emigração, Portugal testemunha vários períodos de grande crescimento populacional a partir da década de setenta, facto que leva a que a população nacional tenha praticamente duplicado neste último século. Mas se nesta década se verificou um grande crescimento da população, nos anos 80-90 parece ter havido uma estabilização em termos de aumento populacional, que deu depois lugar a um novo crescimento, na última década do século XX, em virtude da imigração.

Rosa (1999, cit In Imaginário, 2004) refere que entre 1960 e 1991 a pirâmide etária sofreu uma alteração no seu perfil: passou da forma triangular (1960) para a de “urna” (1991), devido a diversos factores. Aquele que assumiu um maior peso foi o declínio

dos níveis de fecundidade e de mortalidade. A Figura nº 2 refere-se à pirâmide das idades em Portugal em 1991.

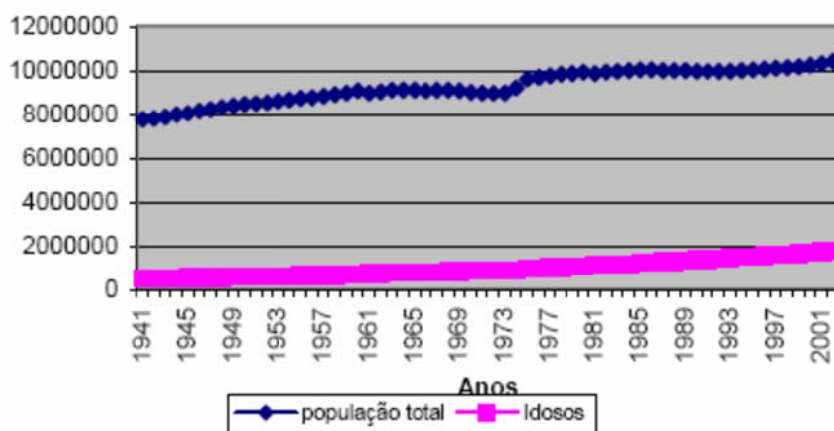
**Figura nº 2 – Pirâmide de idades – Portugal 1991**



**Fonte: INE (2002)**

No período compreendido entre 1941 e 2002, a população com idade igual ou superior a 65 anos passou de pouco mais de meio milhão (505.600) para 1.735.542, correspondendo a um crescimento de 243,26%, conforme a figura nº3.

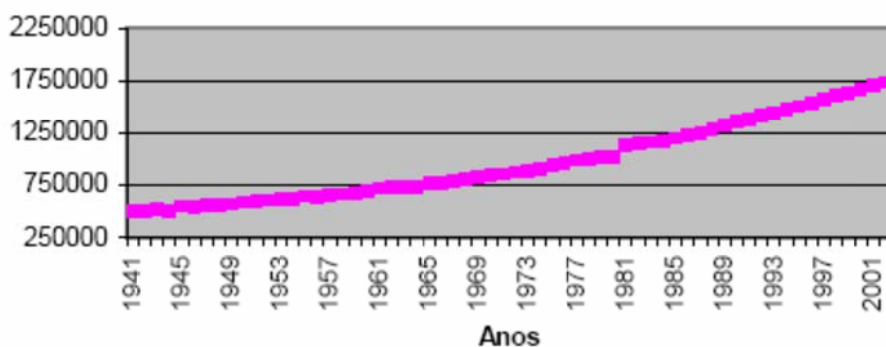
**Figura nº 3 – Evolução da População de idoso**



**Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)**

Quanto à população total, como já referimos, passou de 7.766.000 para 10.407.465 indivíduos (vide figura nº4).

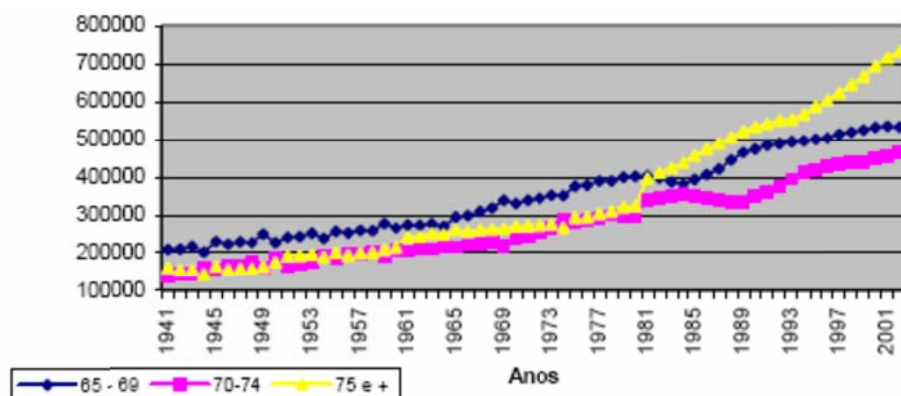
**Figura nº4 – Evolução da População Total de idosos**



**Fonte:** INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Uma análise mais minuciosa permite evidenciar a heterogeneidade de crescimento entre vários grupos que integram a população idosa (65 a 69 anos, 70 a 74 anos e 75 e mais anos), conforme consta na Figura nº5.

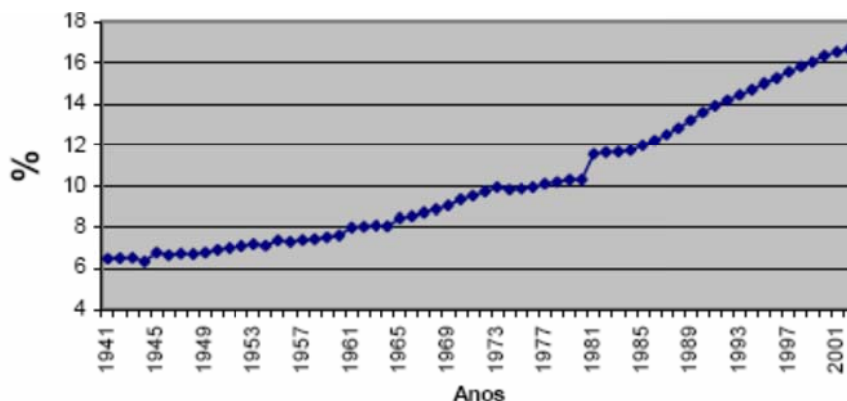
**Figura nº 5 – Evolução da população de idosos por grupos etários**



**Fonte:** INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Em termos de percentagem da população, os idosos no início da década de quarenta do século XX representavam 6,51% da população e em 2002 passaram a corresponder a 16,68% da população portuguesa, conforme se pode verificar na Figura nº 6. Em 2020, prevê-se que esse peso passe para cerca de 21,5%.

**Figura nº6 – Peso dos idosos face à população total**



**Fonte:** INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

O enorme desfasamento entre o crescimento da população total (34%) e o crescimento verificado em relação aos idosos é suficientemente elucidativo desta alteração na estrutura etária. Dado que os saldos migratórios são praticamente inexistentes neste grupo, o crescimento deve-se à diminuição da taxa de mortalidade.

Com efeito, a taxa de mortalidade para a totalidade dos idosos situava-se, em 1941, em 89,44 por mil; em 2002, passou a ser de 48,96 por mil. Esta diminuição é ainda mais significativa na classe dos 65-69 anos, uma vez que passou de 40,44 por mil para 15,97 por mil.

Uma análise dos dados relativos apenas ao período entre 1960 e 2001 justifica o envelhecimento demográfico nos seguintes aspectos (Dep. Estatísticas Censitárias da população, 2002):

- Decréscimo de cerca de 36% na população jovem;
- Incremento de 140% da população idosa.

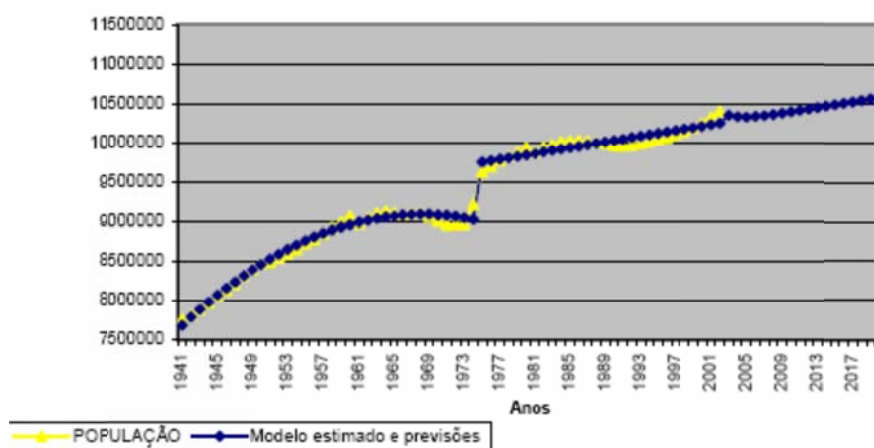
Em termos de envelhecimento da população nos anos mais recentes, verifica-se que no princípio da década de quarenta, do século XX, os idosos representavam apenas 6,51%

da população portuguesa. Enquanto que em 2002, a situação se altera profundamente com as pessoas de 65 e mais anos a representarem 16,68 da população.

Através da análise das séries temporais de 1941 a 2002, referente aos dados da evolução da população no geral e da evolução da população nas classes etárias estudadas (65-69 anos, 70-74 anos, 75 e mais anos), procurou-se prospectivar a evolução no futuro próximo (até 2020).

Os dados encontrados não estão longe dos de outras projecções e apontam no sentido dum pequeno crescimento da população. Em 2020, a população portuguesa não deverá ultrapassar os 10 milhões e 600 mil habitantes, conforme se pode verificar na Figura nº7, crescendo entre 2002 e 2020 cerca de 1,68%.

**Figura nº 7 – Evolução Demográfica em Portugal de 1941 a 2020**



**Fonte:** INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

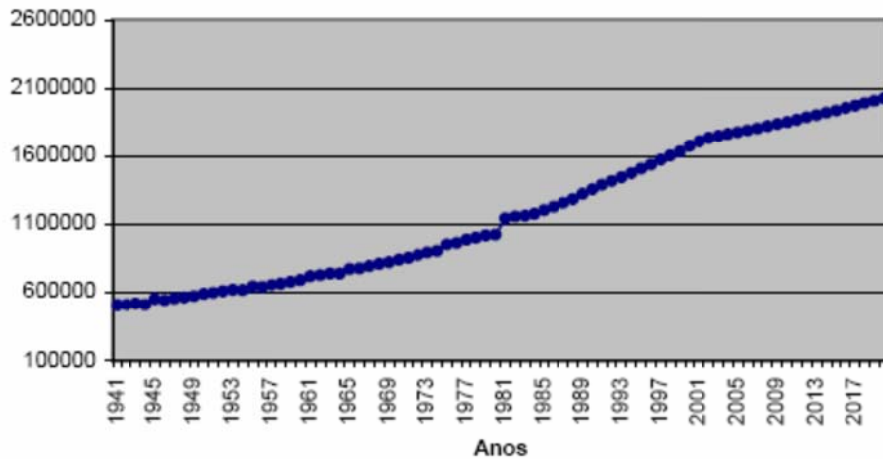
No que diz respeito ao crescimento da população idosa, que em 2002 era de 1.735.542, deverá continuar a assistir-se a um crescimento que ultrapassará os 2 milhões no ano 2019 e que deverá situar-se em cerca de 2,027 milhões em 2020 (vide Figura nº8).

Esta evolução corresponde a um crescimento de quase 16,43%, significativamente superior ao crescimento previsível para a população total.

Assim sendo, o peso dos idosos aumentará de forma substancial passando a ser de 19,15% face aos 16,68% em 2002.



**Figura nº 8 – Evolução da população de idosos e previsões**

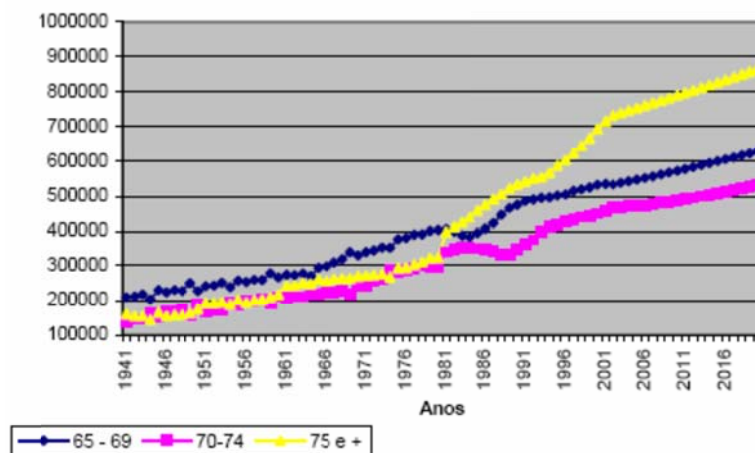


**Fonte:** INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

No entanto, o crescimento que deverá ocorrer é bastante diferenciado nos grupos etários em análise, destacando-se o crescimento da população com 75 e mais anos que deverá situar-se um pouco acima dos 18%. Por sua vez, o grupo dos 70 aos 74 anos terá um crescimento na ordem dos 13,5% e, finalmente, os menos idosos dentro do grupo de idosos deverão crescer cerca de 17,9% (vide Figura nº9).

Em termos de valores absolutos, em 2020 haverá cerca de 630 mil indivíduos com idades entre os 65 e os 69 anos; 531,500 com idades entre 70 e 74 anos e mais de 865 mil idosos com 75 e mais anos.

**Figura nº 9 – Evolução da população de idosos e previsões (faixas etárias)**



**Fonte:** INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Esta análise evidencia a necessidade de criar infra-estruturas necessárias para fazer face à nova realidade de quase 20% da população com mais de 65 anos.

Ao nível do índice de dependência, a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade activa (15-64 anos) dá-nos conta do número de potenciais prestadores de cuidados a pessoas idosas. Verificamos que em 1981 havia 18 idosos para 100 pessoas em idade activa, enquanto que em 1991 a relação era de 21 para cada 100 e, em 2001, passou a ser de 24 para 100 (INE, 2002).

### 3. Teorias do Envelhecimento

#### 3.1- Aspectos Biológicos do Envelhecimento

Como referido anteriormente o envelhecimento constitui uma etapa do ciclo natural da vida, instalando-se progressivamente e exigindo do indivíduo uma adaptação constante, O processo de envelhecimento acarreta uma variedade de complexas interações entre factores intrínsecos e extrínsecos, as quais se reflectem nas modificações fisiológicas sofridas pelo indivíduo. Bize e Vallier (1985), citados por Monteiro (2005), referem que as mudanças físicas são graduais e progressivas, e traduzem-se fundamentalmente no aparecimento de rugas e perda de elasticidade da pele, alterações da mobilidade e da força muscular, perda de agilidade, aparecimento de cabelos brancos ou mesmo a queda do mesmo, alterações da acuidade sensorial, auditiva e visual, perturbações do aparelho respiratório e circulatório e alterações na memória.

Para Berger (1995), as alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento classificam-se em alterações estruturais das células e tecidos; composição global do corpo e peso corporal; músculos ossos e articulações; pele, tecido subcutâneo e tegumento e alterações funcionais do sistema cardiovascular, respiratório, renal e urinário, sistema gastrointestinal, sistema nervoso e sensorial, sistema endócrino e metabólico, sistema reprodutor, sistema imunitário, ritmos biológicos e sono. Estes aspectos traduzem um envelhecimento normal sob o ponto de vista biológico, no entanto, a longevidade de cada um depende do sexo, da raça e da etnia. Segundo Fernandes (2002), citado por Anjos (2002:134), no processo de envelhecimento, registam-se “ diferentes envelhecimentos das células, dos tecidos, órgãos e aparelhos, mas o homem envelhece como um todo”.

As modificações associadas à senescência, podem reflectir uma diminuição da capacidade de adaptação do idoso às várias agressões a que está sujeito no seu quotidiano. Porém, apesar de todas as mudanças biológicas que ocorrem durante a vida, o organismo mantém-se o mesmo em 60% ou 70% dos casos, conforme nos diz Berger (1995). Ainda de acordo com a autora (1995:123) “*no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos individuais. Trata-se, no entanto, de processos normais e não de sinais de doença*”.

Matin (1977), citado por Berger (1995), refere-se que o processo de envelhecimento não é igual para todos, não acontece ao mesmo ritmo, variando notavelmente entre populações e até dentro da mesma população, o que se denomina de “envelhecimento diferencial”. As causas do envelhecimento diferencial, embora diversas, agrupam-se em quatro grandes categorias:

- Genéticas, com a hereditariedade;
- Desuso ou mau uso de uma função ou aptidão durante a infância ou idade adulta, como o envelhecimento acelerado e precoce associado ao sedentarismo;
- Factores de risco que pioram o processo de envelhecimento como o tabagismo e uma alimentação desequilibrada;
- Patologias inter correntes que surjam principalmente depois dos sessenta anos e que acelerem o envelhecimento, como os acidentes ou outros problemas de saúde importantes.

Durante muito tempo o envelhecimento foi considerado, erradamente, como um estado patológico resultante do desgaste dos organismos e das doenças desenvolvidas na infância e na idade adulta. Actualmente, tem-se uma percepção diferente, considerando a senescência como um processo multifactorial não comparável a qualquer estado patológico específico, que reflecte uma deterioração fisiológica progressiva do organismo. Segundo Serge Laganière, citado por Berger (1995:125), à redução fisiológica inerente à idade vêm somar-se as perdas funcionais resultantes da não utilização e das sequelas de doenças agudas anteriores ou de afecções crónicas”.

O envelhecimento, na sua componente biológica, é um fenómeno muito diferencial. Para além do desgaste e das alterações funcionais orgânicas do corpo humano em geral, Fontaine (2000), considera que, alguns aspectos sensoriais, como o olfacto, não sofrem grandes alterações com a idade, no entanto, a audição pode ser fortemente afectada no indivíduo idoso. Ainda de acordo com o autor (2000:77), ao nível perceptivo, “ *a senescência, toca essencialmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão. O seu envelhecimento, tem consequências importantes, por vezes graves, ao nível psicológico e social*”. Na perspectiva do autor, os défices sensoriais de natureza auditiva e visual podem influenciar fortemente o funcionamento das actividades intelectuais e contribuir para o seu declínio.

### 3.2 Aspectos Psicossociais do Envelhecimento

Como referido anteriormente o envelhecimento consiste num processo dinâmico, com alterações a vários níveis, incluindo os aspectos cognitivos. Durante muito tempo considerou-se que a velhice estava associada inevitavelmente a uma diminuição notável dos processos cognitivos, no entanto, nos nossos dias, sabe-se que é possível o indivíduo conservar a sua saúde mental até ao fim da vida.

Na perspectiva de Berger (1995:158), a saúde mental é “ *um estado que permite ao indivíduo desenvolver-se de maneira óptima no plano físico, intelectual e emocional, desde que a sua evolução seja compatível com a dos outros*”. Ainda de acordo com a mesma autora (1995:158), a saúde mental “ *é muitas vezes sinónimo de adaptação bem sucedida e, para a pessoa idosa, de envelhecimento feliz*”.

Freud numa vertente afectivo-sexual e Piaget no campo cognitivo, referenciados por Oliveira (2005), foram os estudiosos mais representativos do desenvolvimento psicológico, embora considerassem, através de um modelo linear, definido por fases mais ou menos estanques e automáticas, que a evolução psicológica do indivíduo terminava na adolescência ou pouco mais. Hoje em dia sabe-se que o desenvolvimento é um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital.

A saúde mental do indivíduo, conduz, de certa forma, a um envelhecimento bem sucedido, tornando o idoso capaz de controlar as tensões e as perdas associadas ao progredir da idade. Berger (1995:162), diz-nos que “*ao envelhecer, o ser humano torna-se mais atento ao que se passa em si, e passa do mundo exterior para um universo mais interior*”. Jung, citado por Oliveira (2005:38), contempla que a personalidade se organiza “em torno de duas orientações ou aspectos opostos: extroversão (atitude para com o mundo exterior) e introversão (atitude para com o mundo interior da pessoa). Este autor refere que estes factores estão em equilíbrio, no entanto, com o decorrer da idade é comum uma orientação superar a outra. “Assim, na juventude prevalece a extroversão que se traduz pela necessidade de afirmação e realização pessoal e profissional. Na segunda metade da vida dominaria a introversão, voltando-se a pessoa para a análise dos seus sentimentos, para o balanço e sentido da vida e para a tomada progressiva de consciência da morte”.

Alguns autores, como Erikson, Peck e Buhler definiram diferentes teorias sobre o desenvolvimento psicológico dos indivíduos idosos, no entanto, todos eles estão de

acordo relativamente ao conceito da interiorização. Tendo por base o sistematizado por Berger (1995:163), acerca das teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico de velhice, apresentamos o seguinte quadro:

**Quadro nº 2 – Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico da velhice**

| AUTORES | ETAPAS OU ESTÁDIOS                                 | TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO BEM SUCEDIDAS                                   | TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO MAL SUCEDIDAS  |
|---------|--|--|---|
| ERIKSON | Oitava etapa do Desenvolvimento humano             | Integridade pessoal ou integridade do ego                                  | Desespero ou despeito face à vida   |
| PECK    | Três estádios psicológicos no Envelhecimento feliz | a. diferenciação do eu (ego)<br>b. desligamento<br>c. transcendência do eu | Preocupação com o papel profissional<br>Preocupação de ordem corporal<br>Preocupação com o eu |
| BUHLER  | Quinta etapa da vida                               | Teoria da intencionalidade ou Redefinição dos objectivos de vida           | Desespero ou depressão  |

**Fonte:** Adaptado por Berger e M. Poirier (1995:163)

O envelhecimento é também influenciado pelos vários factores que integram a cultura e a vivência social de cada indivíduo no processo contínuo do desenvolvimento humano. Segundo Berger (1995), a socialização, na idade adulta, engloba três grandes dimensões: satisfação matrimonial, satisfação no trabalho e satisfação da vida. O desempenho de papéis por parte do indivíduo em cada uma destas dimensões, permite-lhe adoptar e desenvolver comportamentos que o tornam um elemento activo dentro da sociedade. Para a autora (1995:190), “ o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico, por vezes frágil dos idosos”. Nesta linha de pensamento, Fontaine (2000:154), citando estudos desenvolvidos por Antonucci e col. (1989) e Avorn e col. (1982), referem que: “ o isolamento é um factor de risco para a saúde”, “ os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde” e que “ não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo”.

Assim, é importante que as pessoas idosas se sintam bem integradas no meio que as rodeia, mantenham uma participação activa nos papéis sociais que desempenham, de forma a poderem adoptar uma atitude psicossocial positiva, mostrando satisfação pelo

percurso de vida que fizeram e aguardando com serenidade o que ainda está para vir. Para tal, o idoso deve ser encorajado a manter e a desenvolver relações sociais, através do seu contexto familiar ou outro, evitando que se feche no seu mundo por se sentir inútil e sem qualquer actividade social produtiva.

Um dos aspectos mais significativos para a qualidade de vida é o suporte e apoio familiar, dos amigos e o envolvimento nas actividades sociais. Monteiro (2005:103), diz-nos que “baixos níveis de contactos sociais estão associados a uma pobre qualidade de vida, pois actualmente há um grande número de pessoas que vivem sós, que perderam o/a companheiro/a de toda a sua vida (solidão emocional), ou perderam os amigos que foram falecendo e podem experienciar a solidão social”. Estes dois tipos de solidão, diferem entre si, já que a solidão social significa não integrar um grupo de amigos e a solidão emocional traduz a incapacidade de ser íntimo de alguém ou ser capaz de depender de outrem.

Para Monteiro (2005), a angústia que resulta da solidão, é algo que muitas pessoas experimentam quando se apercebem que estão sós no mundo. Pode mesmo dizer-se que a solidão é a sensação de mal-estar que o individuo tem quando vivência sentimentos de perda.

## **Capítulo II- Família e Cuidador**

### **1- Uma visão sobre o enquadramento sócio cultural da família**

#### **1.1 – Da família tradicional à família moderna**

Actualmente vivemos numa sociedade de mudança, sendo a família alvo das várias mutações “ Este fenómeno persiste hoje em dia e tem tendência para se tornar mais complexo, como consequência da evolução das actuais tendências demográficas” (Fernandes, 1999,p.32).

Tradicionalmente, o agregado familiar constituía uma unidade económica de produção: “ (...) a família é um local de produção em que cada membro exerce a função económica” (Pinto, 1994, p.40).

Na família tradicional, o casal nem sempre era a parte mais importante do sistema familiar. Os casamentos, combinados pelas famílias, não tinham como finalidade a relação afectiva em si mesma, este tipo de gratificações eram procuradas fora da família.

Na Europa medieval “(...) o casamento não tinha o amor como fundamento nem era considerado uma instituição onde o amor pudesse florescer” (Giddens, 2002, cit. in Grilo, 2005, p. 43).

A família tinha sobretudo objectivos económicos e era normal que a produção agrícola envolvesse a totalidade dos seus membros. A desigualdade entre os homens e mulheres era um factor intrínseco e a negação dos direitos também, afectava as crianças.

Actualmente, a realidade é bastante distinta. A família é vista essencialmente como uma unidade de consumo. Devido sobretudo à expansão do trabalho assalariado, a actividade económica é exterior à família.

E ainda, a evolução da fecundidade, da mortalidade, da nupcialidade e da propensão para o divórcio representam importantes repercussões sobre o número, dimensões, formação e composição dos agregados familiares.

Na última década, verificou-se uma diminuição da dimensão do agregado familiar, em que é visível o número de famílias constituído por uma única pessoa – famílias monoparentais.



Este fenómeno também é visível em Portugal, com excepção da região Norte, sobretudo no litoral, onde se verifica a mais elevada dimensão média e os maiores valores, em termos estatísticos, para as famílias numerosas (Santos, 2003).

Apesar das transformações, a instituição família é considerada como a unidade fundamental da sociedade e entende-se como sendo “(...) *um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só de certo modo consideramos que “fazem parte da família” elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do individuo, ou indivíduos*” (Sampaio, 1985 p. 11).

A perspectiva sistémica, numa outra abordagem, entende a família como “(...) *um sistema, isto é, um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificados*” (Sampaio 1984 cit. In Sampaio 1985, p.11).

A família é um local de trocas intensas, fundado em “necessidades naturais”. É considerada“(...) o núcleo duro a pedra fundamental de toda a sociedade e é nela que as gerações adquirem a responsabilidade para com os seus membros”. Segalen (1999, cit In Grilo, 2005, p.50) refere ainda que o parentesco” (...) constitui uma instituição intermédia entre o indivíduo e a sociedade”.

A família é universal e existe num contexto de desenvolvimento humano. A necessidade de sobreviver em sociedade e de estabelecer laços numa relação íntima e promotora de afectos, é vital para o desenvolvimento pleno das capacidades da pessoa, conduzindo-a à inevitabilidade do benefício de viver em família.

A natural progressão e desenvolvimento da família ocorrem directamente relacionados com o crescimento e evolução de cada um dos seus elementos.

A interdependência que se gera entre os membros de uma família, justifica que o que acontece a um dos seus elementos se reflecta nos restantes, intervindo na dinâmica familiar e com repercussões no bem-estar de todos.

As tarefas das famílias encontram-se enumeradas em cinco pontos fundamentais para cada indivíduo: protecção/ alimentação; reprodução/sexo; status, legitimação e transmissão das características do grupo social de origem; afecto, amor/prestação de cuidados e por último socialização.

É no seio das relações familiares que os acontecimentos da vida individual adquirem significado e, por vezes, através da mesma, são colocados à experiência o nascer, o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade e a procriação “ (...) *a família revela-se como um dos lugares privilegiados da construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais*” (Saraceno: 1997, cit In Imaginário: 2004).

O ciclo familiar descreve o modo como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua própria existência, funcionando “ (...) como uma biografia e providenciando marcos para dividir o relógio familiar em segmentos” (Sousa et al., 2004).

De acordo com a concepção de Cárter et al (1989, cit. In Sousa 2004:32), o ciclo de vida familiar divide-se em seis estádios:

**1º Estádio** “ sair de casa” – é a fase entre famílias (in-between) em que o indivíduo já se separou da família de origem de forma física, emocional e financeira, mas ainda não constituiu família. As tarefas emocionais mais relevantes são formular objectivos de vida pessoais e adquirir uma identidade antes de formar um agregado familiar.

**2º Estádio** “novo casal” – requerer, como primazia, a formação do sistema conjugal; induz a reorganização das relações com a família alargada (pais, sogros, tios, etc) e amigos, no sentido de incluir o conjugue e a negociação de aspectos práticos da vida comum (tais como a divisão das tarefas domésticas, gestão financeira, etc.).

**3º Estádio** “ tornar-se pai/mãe” – o sistema conjugal tem de se ajustar para criar espaço emocional, físico e temporal para os filhos, promover a complementaridade em tarefas domésticas e reorganizar as relações com a família alargada.

**4º Estádio** “ família com filhos adolescentes” – transforma a família num sistema emocional, dependente de sistemas externos. A luta pela autonomia e independência dos filhos adolescentes implica o aumento da flexibilidade das fronteiras familiares, no sentido de permitir ao adolescente mover-se entre o interior e o exterior.

**5º Estádio** “ninho vazio” – é o momento em que a família, após ter cuidado, protegido e socializado os seus filhos, os deixa partir como adultos independentes. As tarefas são: redefinir a função do casamento, desenvolver a relação adulto – adulto com os filhos a alargar a família, para incluir genros/noras e netos.

**6º Estádio** “Família no fim de vida” – implica, principalmente, aceitar a mudança nos papéis geracionais. Nesta fase, a geração mais idosa tem de permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo espaço no agregado familiar para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Este estágio ainda exige que se aprenda a gerir uma série de perdas de natureza diversa, tais como: a morte de parentes e/ou de amigos, a preparação da própria morte, o convívio com perdas de prestígio e poder, relacionadas normalmente, com o abandono da vida profissional activa.

Neste estágio, um outro aspecto identificado e de suma importância é manter o interesse por si e pelo conjugue face ao declínio físico e explorar novos papéis sociais e familiares.

Este modelo de ciclo de vida deve ser encarado como uma estrutura que se deve adaptar à diversidade, cada vez maior, oferecida pela sociedade.

As várias abordagens existentes olham a família como “ (...) *um sistema movendo-se ao longo do tempo, que incorpora elementos (nascimentos, adaptações e casamentos) e perde membros (só por morte)* “ (Sousa et al., 2004, p.32).

Um outro aspecto identificado, com o qual as famílias se deparam ao longo do percurso do ciclo de vida, passa por desenvolver aptidões e habilidade que lhes permitam ultrapassar dificuldades e, aprender a lidar com situações que as levem a ter um património e a desenvolverem-se.

A passagem de um estágio de um ciclo de vida familiar para outro é marcada por uma experiência vivida como uma crise promotora de desenvolvimento da família (ex. Casamento, nascimento do primeiro filho). Uma crise no desenvolvimento implica uma dificuldade de uma família que está em fase de transição de estádios. Nesta fase, os membros familiares devem aprender novas formas de encara a situação (Atkinson, 1989).

A funcionalidade da família depende do modo como esta consegue mobilizar os seus recursos internos e externos para ultrapassar as crises. A adaptabilidade, a coesão e a comunicação são três dimensões do funcionamento da família que emergem da sua dinâmica como recursos internos e permite uma avaliação do seu grau de funcionalidade.

A adaptabilidade da família para alterar os papéis, os poderes e as regras de relacionamento entre os seus membros, determina a sua adaptação para conviver com os agentes stressores e ultrapassar as crises (Atkinson, 1989).

Augusto (1994) refere que a capacidade da família para alterar os papéis, os poderes e as regras de relacionamento entre os seus membros, determina a sua adaptabilidade para conviver com os agentes stressores e ultrapassar dificuldades.

As ligações afectivas, o compromisso e o sentimento de pertença permitem entender o grau de coesão da família.

A comunicação aberta entre os membros de uma família que tem o hábito de partilhar informações, emoções e dificuldades ou sucessos conjuntos promove e fortalece a adaptação e coesão. Famílias rígidas com fracas ligações entre os seus membros serão mais facilmente disfuncionais (Araújo, 1994)

## **2 -A família prestadora de cuidados informais**

Quando se refere o sentido de cuidados há, necessariamente, que falar do que é necessário para que os mesmos aconteçam. Waldow (1997:17), reportando-se a Roach, mencionava que o cuidado é uma característica humana, uma vez que todo o ser humano possui a capacidade do cuidar. Por conseguinte, a existência de pessoas torna-se fundamental para que o mesmo ocorra.

O cuidado informal é aquela prestação de cuidados a pessoa dependentes por parte da família, amigos, vizinho ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem, Lage (2005:204). As redes de apoio informal ao idoso provêm de dois grupos, as constituídas pelos familiares do próprio idoso e as constituídas por vizinhos e amigos, Paul (1997:93).

Prestar cuidados, no dizer de Luders e Storani (2000) citado por Figueiredo (2007:101), “trata-se de uma actividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais, e demográficas, que também comporta os aspectos clínicos, técnicos e comunitários”. Cuidar de um idoso doente e dependente de forma eficiente implica uma reorganização entre o cuidador, idoso e a família no sentido de encontrar alternativas capazes de potenciar as habilidades e os recursos pessoais, Sequeira (2007:114).

Conforme Roger e Bonet (2000) citado por Lage (2005\_210), cuidar de um familiar idoso pode ser uma actividade desgastante, com efeitos na saúde e na qualidade de vida do cuidador, podendo agrava-se no caso de o cuidador não ter conhecimento, habilidade, ou apoio suficiente para a prestação dos mesmos (...). Nesta linha de raciocínio, Paul (1997) considera que o mesmo pode acontecer quando os prestadores de cuidados sentem que não tem escolha, quanto à aceitação de cuidar ou não cuidar, uma vez que o desempenho deste papel raramente corresponde a uma intervenção voluntária e espontânea, estando quase sempre relacionada com uma obrigação incontornável. Também Imaginário (2004:81) adianta que uma das alterações que os cuidadores informais manifestam, de uma forma mais exacerbada, é a nível das relações familiares, podendo surgir conflitos familiares resultantes de desacordos entre o cuidador e outros familiares face aos comportamentos e atitudes de uns e outros.

Por outro lado, podem emergir sentimentos negativos por parte dos cuidadores. Figueiredo (2007:122) refere que vários estudos (Anthony-Bergstone, Zarit e Gtz, 1998; Kinney e Stephens, 1989; Schulz e Wiliamson, 1991) revelaram a presença de

sentimentos depressivos (tristeza, desespero, frustração, inquietação) em familiares cuidadores (...). Sentimentos de ansiedade e preocupação pela sua saúde e do familiar, pelos conflitos familiares associados, pela falta de tempo (...). Presença por vezes de sentimentos de culpa, por saturação em relação à pessoa de quem se cuida, por pensar que não se está a fazer tudo o que se pode e por desejar a morte do familiar (...).

Em nosso entender, a existência de cuidadores idosos é hoje um dado adquirido, sendo geralmente o conjugue o cuidador. Este facto acarreta problemas, como por exemplo dificuldades na prestação de cuidados, inerentes ao seu processo de senescência, indo de encontro do que Figueiredo (2007:121) diz:

*“nos mais velhos, é muito provável que comecem a surgir situações associadas às modificações inerentes ao processo de senescência, nomeadamente a diminuição da força muscular”.*

Tradicionalmente, a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros “(...) no mundo ocidental até ao fim do século passado os membros da família ou o pessoal doméstico, geralmente, cuidavam dos seus doentes nas suas próprias casas, e os hospitais eram usados para indigentes ou para pessoas com desequilíbrios mentais (Roper et al., 1995, cit In Imaginário, 2004, p.75).

O cuidador inscreve-se na história de todos os seres vivos, desde o início da história e da humanidade, como forma de garantir a continuidade do grupo e da espécie. É parte integrante da vida e de entre todos os animais, o ser humano é aquele que apresenta menos capacidades para sobreviver com ausência de cuidados. A sua fragilidade faz com que ao nascer, seja de imediato colocado perante a possibilidade de morrer se não for cuidado.

Collière (1999, p.15) defende justamente esta ideia e sublinha ainda que “ (...) cuidar é e será sempre, não apenas indispensável à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social”. Esta função essencial e inerente à sobrevivência dos seres humanos tem sofrido modificações ao longo dos tempos ao sabor das mudanças sociais, económicas e tecnológicas.

Em tempos remotos, garantir a sobrevivência era um facto quotidiano e, tal como hoje, a expressão tomar conta e velar ou simplesmente cuidar, que representam um conjunto de actos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos (ibidem).

A prática do cuidar tem sido tradicionalmente conotada com a feminilidade com base nos “ atributos naturais” das mulheres, aparentemente facilitadores de um melhor desempenho nesta área (Simões, 2001, cit In Grilo, 2005).

Petit (2004, p. 101) refere que aquele que cuida “ (...) *não é um actor que desempenha um papel, mas sim uma espécie de camaleão que adquire uma diversidade de hábitos num único dia que se introduz no mundo do outro numa atitude de empatia e aí se adapta*”.

Cuidar de alguém representa assim um dos maiores desafios a serem superados, envolvendo longo períodos de tempo dispensados ao doente, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional riscos mentais e físicos.

Os cuidadores, mais do que quaisquer outros, têm a necessidade que se cuide deles, porque “cuidar” é uma tarefa árdua e exigente, sendo necessário cuidar de quem cuida. Santos (2006) refere “ (...) são cuidadores, todos os que dispensam cuidados a terceiros e existem vários tipo de cuidadores”.

Os cuidados formais são organizados e prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas, Estas organizam cuidados em lares, residências temporárias, assim como em centros de dia e/ou noite, em centros de convívio e também no domicílio da pessoa idosa. Este equipamentos ou serviços podem ser tanto de reabilitação, como de longo termo ou de curto prazo, bem como curativos ou paliativos. E podem também ser efectuados por empregadas domésticas do mercado de serviços pessoais (Carvalho, 2006).

O cuidador secundário divide, de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com o cuidador principal, auxiliando-o (Kawasaki et al., 2001, cit In Santos, 2006).

O cuidador informal familiar tem sido “ (...) *objecto de preocupação de diversos quadrantes da investigação desde a área da saúde à área social, política, filosófica, etc.(...) seja por estarmos inseridos numa época em que a relação de ajuda assume um papel de relevo (...) seja pela crescente importância que o papel da família assume na área da saúde, entre ele o apoio ao cuidado às pessoas dependentes*” ( Santos, 2005, p. 27).

Na sociedade tem vindo a emergir um conjunto de “ (...) *alterações demográficas que têm vindo a alterar o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do número de idosos a*

*necessitarem de cuidados*” (Sousa 2004, p. 62). Temos o exemplo da redução da taxa de natalidade, que diminui o número de filhos; o aumento do peso da população idosa, que eleva o número de pessoas a necessitar de cuidados; o aumento da esperança de vida, que alarga o número de anos a necessitar de apoio; o aumento da taxa de divórcio e a maior mobilidade geográfica dos sujeitos, que diminuem a proximidade física dos elementos da família; o aumento das mulheres com carreiras profissionais, facto que implica menor disponibilidade para tomar a cargo cuidados prolongados. Deste modo, reduz-se drasticamente o número de pessoas para poderem assegurar esta actividade.

Segundo Medeiros, (2000) existem quatro princípios que determinam quem deve prestar cuidados pessoais a um idoso quando este necessita. Tal tem sido caracterizado por alguns autores como uma hierarquia de obrigações: 1º Cônjuges; 2º Filhos; 3º Pessoas que vivem no mesmo agregado; 4º Sexo do potencial prestador. A autora Sousa (2004, 62) refere que o processo de iniciação aos cuidados de um idoso “(...) *raramente decorre dum processo de livre escolha (...) esta circunstancia é pouco frequente devido, por um lado, à escassa oferta de alternativas institucionais (de qualidade) e, por outro, ao modo como na família se elege o cuidador principal*”.

A mesma autora refere que a oferta social em termos de apoio domiciliário e alojamento colectivo “ (...) *encontra-se pouco desenvolvida nos países da Europa do Sul (Portugal, Espanha, Itália e Grécia) onde a família é culturalmente considerada o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados (...) Em simultâneo, o recurso a apoios formais é socialmente conotado com abandono ou negligência em relação aos familiares idosos*” (Ibidem, p.62).

O cuidador informal familiar principal é aquele que assume a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados e a quem está reservado o trabalho da rotina.

A tarefa do cuidar recai tradicionalmente no elemento feminino mais próximo, embora se constate que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados a idosos dependentes, sendo o conjuge o mais frequente na participação das tarefas (José et al., 2002).

Ao nível das idades, de acordo com Sousa et al. (2004), a maioria dos cuidadores têm uma média etária que varia entre os 45 anos e os 60 anos. Embora a idade dos cuidadores informais familiares seja influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, isto é, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador.



Ao nível de parentesco, os conjugues na literatura assumem a principal fonte de assistência ao idoso. Na ausência do conjugue, assumem as filhas e no caso da não existência de filhas, será o filho a assumir o papel de cuidador – que tende a transferir a responsabilidade para a esposa, neste caso, a nora.

A observação do tipo de contactos sociais que os idosos estabelecem com os indivíduos que não residem com eles, revela que os vizinhos têm um papel de destaque em relação às próprias famílias e amigos.

## Capítulo III – A Questão da Dependência

### 1- A problemática da Dependência

No contexto das questões do envelhecimento, a problemática da dependência tem vindo a ocupar progressivamente um lugar de destaque. Tal centralidade deve-se precisamente ao facto de se verificar um crescimento exponencial das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, sobretudo estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia (Quaresma, 2004).

Como pudemos verificar anteriormente, há uma série de causas de incapacidades das pessoas idosas, desde os AVC'S, às doenças pulmonares, de Parkinson, osteoarticulares, às demências de várias ordens, até às quedas ou acidentes de natureza diversificada.

De facto, *“Maiores probabilidade de sobrevivência (...) têm consequências ao nível das relações sociais e das biografias individuais não só pelo facto de as trajetórias serem agora mais longas como pelas perturbações que vão ocorrendo ao longo das idades da vida”* (Fernandes, 1999:19), não obstante o progresso da ciência (Diniz, 2004).

Assim para podermos aprofundar o conceito de dependência, parece-nos relevante analisarmos também conceitos adjacentes, tais como autonomia e independência. Contudo, indicamos desde já que se tratam de conceitos complexos e difíceis de operacionalizar, embora tenham já merecido alguma reflexão por parte de vários investigadores.

Mas, o que entendemos por dependência? Quaresma (2004:38), por exemplo, diz-nos que *“A definição de dependência exige uma definição de autonomia e de perda de autonomia, que possibilite a medida das perdas, em função de parâmetros e com objectivos precisos...”*. No entanto, na perspectiva desta autora, a articulação entre os conceitos de autonomia e de dependência não resulta necessariamente de uma relação dicotómica.

Assim, a autonomia pode ser entendida como a capacidade de decisão e de comando e independência como capacidade de realizar algo com os seus próprios meios (Netto e Ponte, 2002:8).

Estamos, pois, perante um conceito amplo, traduzindo a condição de o indivíduo se poder relacionar com outros de forma igualitária, numa relação sujeito-sujeito, e com base no mútuo respeito, tal como postula Monteiro (2003:147).

As alterações funcionais que decorrem do processo de envelhecimento, associados à maior prevalência de doenças crónicas, podem efectivamente conduzir à deterioração da habilidade de manutenção da independência. É este o motivo apontado para que as pessoas idosas, em número e intensidade, sejam proporcionalmente mais dependentes do que as jovens.

Netto e Ponte (2002:8) afirmam que a manutenção da qualidade de vida está intimamente ligada à autonomia e independência. Já Paschoal (2002:26) problematiza esta questão, afirmando:

*“ A longevidade é intensamente desejada pela maioria dos indivíduos, desde que sob certas condições, como a de não ficar dependente e, de preferência, não ficar velho. Desejo contraditório e paradoxal. Como se possível fosse viver cada vez mais sem envelhecer. Impossível”.*

Segundo Albarede (cit. In p. Fernandes, 2002:49) a autonomia é a capacidade e/ou o direito que um indivíduo tem de ele próprio escolher os actos e os riscos que pode correr. Em relação à perda de autonomia, esta será precisamente o contrário de autonomia, isto é, a incapacidade e/ou interdição de o indivíduo escolher ele próprio as regras da sua conduta, bem como a orientação dos seus actos e os riscos que pode correr. Trata-se de um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor responsável pelas suas leis e pelo sistema de valores que presidem às suas atitudes. Quase despercebidamente, utilizámos aqui um outro conceito que merece alguma atenção: o de incapacidade que segundo Faro (2004) é a restrição na execução de uma actividade de vida diária. Mas, e ainda no entender desta autora, deve registar-se que a incapacidade pode ser compensada com o uso de artefactos ou adaptações, conforme o grau funcional do indivíduo. Tal parte do pressuposto de que a incapacidade não é um “rótulo”, ela deve ser modulada e dentro de um espaço de tempo ser temporária ou definitiva, progressiva, estabilizada, regressiva ou compensada.

Na perspectiva de P. Fernandes (2002:48), a perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida das pessoas idosas, sobretudo esta se dá a nível psicológico.

É frequente encontrar também na bibliografia o termo independência que, segundo P. Fernandes (2002:49), significa alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo efectua por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa.

No que diz respeito à dependência, esta é definida por Phaneuf (cit In p. Fernandes, 2002:49), como a incapacidade do indivíduo para adoptar comportamentos ou executar por si mesmo, sem a ajuda de terceiros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades.

Ser dependente, por ser idoso ou por outros motivos, passa pelo facto de o indivíduo não poder realizar sem ajuda as principais actividades da vida diária, quer sejam físicas, psicológicas, económicas ou sociais.

A definição de dependência apresentada pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2002:16), é:

*“... um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou A.V.D. ‘s”*,

e surge no seguimento da recomendação da comissão dos Ministérios aos Estados Membros da EU, relativa à dependência (1998).

Importa ainda acrescentar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente.

É também por isso que para Pitaud (cit In Quaresma, 2004), a palavra dependência não tem contornos nítidos, dado que persiste uma noção subjectiva, cuja definição remete para diferentes variáveis.

Existem três conceitos comumente associados á noção de dependência: deficiência, incapacidade, desvantagem ou handicap.

Em sentido estrito, a dependência traduz-se pela necessidade de assistência nas actividades quotidianas, habitualmente efectuadas sem ajuda. Trata-se, portanto, de apoio aos papeis de sobrevivência (lavar-se, vestir-se, alimentar-se, etc.).

Também Pitaud, sustenta que a dependência não é um fenómeno inelutável nem universal no envelhecimento, dado que o declínio das capacidades físicas e mentais não afecta da mesma forma as pessoas idosas. “ *A perda de autonomia só pode parecer universal na medida em que põe em causa, qualquer que seja o grau de dependência, o equilíbrio da vida, tanto do que é ajudado como das que prestam ajuda.*” (cit. In Quaresma, 2004:50).

A sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia (1997), também apresenta uma classificação relativa a estes conceitos, podendo-se considerar que uma pessoa é autónoma quando decide e conduz a sua vida por si mesmo, ou seja, actua com liberdade. De forma mais aprofundada, podemos dizer que autonomia é a capacidade e/ou direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que se encontra disposta a assumir. Efectivamente, o que aqui importa acentuar é que mesmo que uma pessoa idosa seja dependente (a não ser que a dependência seja total), não deve por isso deixar de ser autónoma.

Em síntese:

- A perda da autonomia é a incapacidade (ou a proibição) de uma pessoa decidir sobre a sua vida.
- A dependência produz-se, em sentido estrito, quando uma pessoa não realiza sem ajuda (porque não pode ou porque não quer) as principais actividades da vida diária.
- A independência dá-se, quando a pessoa realiza por si mesma e sem ajuda as actividades básicas quotidianas.

Com efeito, pode acontecer, numa dada situação, uma idosa gozar de independência e no entanto carecer de autonomia, isto é, não precisa de ajuda para as actividades normais da vida diária, mas a sua família decidir sobre a sua vida sem a consultar.

É possível encontrar nestas definições aspectos comuns: que a dependência começa precisamente quando começam a diminuir de forma acentuada algumas capacidades no desempenho de tarefas diárias; que nas pessoas idosas, a dependência assume alguns contornos particulares, uma vez que esta resulta de factores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social, como já tivemos oportunidade de analisar anteriormente (cfr. P. Fernandes, 2002:50). Nesta linha de pensamento, abordar a situação de dependência, implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, perceber se se trata de uma pessoa em situação de isolamento e solidão, com ou sem suporte social, entre outros factores que provocam ansiedade e stress ao indivíduo, resultando numa conjuntura de desequilíbrio.

Segundo a médica Anabela Pinto (2001:28), envelhecer com sucesso é uma alternativa possível à perspectiva determinista do envelhecimento associado à dependência, à

doença, à incapacidade, à depressão. Um conjunto de esforços articulados entre as diversas áreas do saber, permitirão uma associação entre ao aumento da esperança média de vida e uma boa qualidade dessa mesma vida, com autonomia e integração/participação na sociedade e na família, aproveitando as capacidades individuais das pessoas idosas.

Ao abordarmos neste capítulo o problema da dependência, não pretendemos traçar um perfil eminentemente negativo do processo de envelhecimento, mas sim mostrar que esta fase da vida é marcada por mudanças profundas que culminam, por vezes em situações que necessitam de determinado tipo de intervenção.

Contudo, a verdade é que desde a antiguidade que a velhice tem sido associado a dependência e à perda de controlo da pessoa sobre a sua própria vida. Tal não significa negar a constatação de que os estados de dependência, em maior ou em menor grau, estão presentes ao longo de todo o ciclo de vida, não sendo um atributo exclusivo da pessoa idosa. É por isso que Pavarini e Neri (2000) afirmam que a dependência tem muitas faces e diferentes etiologias.

Uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as actividades tendente à satisfação das “necessidades humanas básicas”, no contexto de uma doença crónica, incapacitante ou deficiência, (Vilão, 1995).

A dependência física pode reflectir-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene, da alimentação.... Os estados físicos e mentais são abalados, podendo ocorrer uma perda de visão, da audição, da fala, do reconhecimento, da orientação e do estado de espírito, (Vilão, 1995).

A dependência só por si representa um problema para a pessoa doente. É necessária uma distinção entre a doença e as suas consequências sobre a vida quotidiana, e uma análise de especificidade das diferentes patologias e dos factores do risco em relação à saúde.

## **2. Abordagem ao Conceito de Saúde/Doença**

A definição do conceito de Saúde é algo complexo que tem vindo a ser alvo de inúmeras abordagens nos últimos anos. A saúde depende do percurso de vida de cada indivíduo e engloba todos os seus antecedentes sócio-culturais bem como a sua constante relação com o meio em que está inserido.

Na perspectiva de Berger (1995), cada disciplina/ciência (sociologia, psicologia, enfermagem...) tem a sua própria visão do conceito de Saúde, a qual é sustentada por elementos como a família, o trabalho e a capacidade de cada indivíduo desempenhar o seu papel social, adaptando-se e reagindo às mudanças a que estão constantemente sujeitos. Assim, não será legítimo que nenhuma disciplina científica se reserve o direito de abraçar uma definição única e universal, uma vez que a abordagem do indivíduo não deve ser fragmentada, mas sim global, tendo em conta toda a sua dimensão sistemática.

A própria definição da OMS que determina que a Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é actualmente refutada por alguns autores por a considerarem imprecisa, irrealista e conseqüentemente inatingível. Deste modo, tal como refere Bolander (1998), têm-lhe vindo a acrescentar alguns subsídios de carácter mais global e dinâmico, o que permite validar o conceito de Saúde para todos os indivíduos, independentemente da fase do ciclo vital em que se encontram.

O conceito de Doença tem vindo a tornar-se mais abrangente, não sendo apenas considerado um estado de ausência de saúde, como era definido, de forma redutora, por alguns investigadores, num passado muito recente. Tal como a saúde, também a doença é influenciada por inúmeros factores de ordem física, psicológica, sócio-cultural, entre outros, sendo definida por cada pessoa de acordo com o seu próprio sistema de valores e experiências de vidas anteriores.

Ribeiro (1998) e Ramos (2004), diz-nos que, a concepção da Doença pode englobar várias dimensões que a língua Portuguesa não distingue. Por exemplo, o inglês utiliza três termos diferentes para o conceito de Doença – disease, illness e sickness – as quais em português pode significar “ter uma doença”, “sentir-se doente” e “comportar-se como doente”.

Com base nestas definições, é bem possível uma pessoa sentir-se doente sem apresentar sinais de doença, ou sofrer de alguma doença sem ter sintomas da mesma.

Os diferentes significados atribuídos à doença conferem-lhe um maior grau de complexidade e conseqüentemente podem dificultar qualquer intervenção ao nível da Saúde/Doença.

Segundo Bolander (1998), verifica-se que actualmente não existe uma nítida separação entre Saúde e Doença, podendo-se mesmo designar estes conceitos pelo termo

“contínuo saúde-doença”, em que a sequência do bem-estar vai desde um estado de saúde excelente, num dos extremos, passando pela saúde regular e pela doença até à morte, no extremo oposto.

Cada indivíduo assume um lugar distinto no “contínuo saúde-doença”, o qual é determinado pelo impacto dos acontecimentos quotidianos, estilos de vida e por questões sócio-culturais, bem como pelo próprio processo de envelhecimento, Ramos (2004).

*Segundo Berger (1995:116), “os processos de envelhecimento são irreversíveis, atacam a saúde e aparecem em momentos precisos, enquanto que os ligados à doença, atacam também a saúde, mas são reversíveis e não cronológicos (...) é possível evitar a doença, mas não é possível evitar o envelhecimento, mesmo eliminando todas as doenças crónicas ou agudas”.*

Fonseca (2006:125), citando Birren et al (1985), salienta que a “ *variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da discussão clássica entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença) e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte) ”.*



## **Capítulo IV - Políticas Sociais em Portugal**

### **1. As políticas de apoio aos idosos**

Entende-se por Política Social, um conjunto de programas e medidas que têm por finalidade assegurar o bem-estar social, tal como é definido por uma determinada sociedade, e que reflecte certas prioridades e valores julgados importantes por essa mesma sociedade.

Essas medidas e programas materializam-se em prestações sociais, em serviços colectivos e na acção social e que são a expressão prática, material da política social, isto é, as medidas programas não são mais do que a acção social no seu conjunto.

Segundo vários autores, as políticas sociais, são um conjunto de intervenções públicas que estruturam, de uma forma explícita ou implícita as relações entre os indivíduos e a sociedade.

Fernandes (1997), define políticas sociais de velhice como "... o conjunto das intervenções públicas que estruturam... as relações entre a velhice e a sociedade". (Fernandes, 1997:296). Visam a melhoria das condições de vida do idoso, na medida, em que partem do princípio de que é também um direito fundamental da pessoa idosa, a sua dignidade.

De acordo com Pimentel (2001), até ao século XIX eram poucos os idosos que atingiam uma idade avançada. Era a família e algumas instituições de ordem religiosa quem prestava apoio aos idosos, podendo estes, algumas vezes, serem abandonados.

Lenoir (in Pimentel, 2001) afirma que só a partir de meados do século XIX é que a velhice passou a assumir alguma relevância. É também nesta altura que surgem os asilos com o objectivo de responder aos problemas das pessoas idosas.

Só a partir da II guerra Mundial é que surgiram os seguros obrigatórios e os sistemas de segurança social. O Estado passa a ter um papel activo, criando e apoiando a criação de serviços e equipamentos de apoio às pessoas idosas.

As políticas sociais dirigidas aos idosos surgiram como uma área de intervenção estatal, com o intuito de criar mecanismos que assegurassem a reprodução da força de trabalho indispensável ao desenvolvimento de capital.

O Estado Providência assentava com base na criação de novas estratégias de regulação tendentes à convergência de interesses conflituais entre o patronato e a classe operária.

Neste processo o estado ganhou legitimidade para desempenhar um papel mais activo no campo económico e social.

As políticas de reforma são encaradas como aliviadoras de conflitos sociais, isto porque através do consumo social, as classes mais desfavorecidas aumentam o seu nível de vida.

O Estado procura redefinir o seu papel de gestor nas relações de velhice e sociedade civil.

Ao promover uma política de inserção social da velhice através da prestação de serviços, o estado reconhece um maior estatuto de cidadania ao grupo de idoso enquanto “ cidadãos de terceira idade”, com os direitos que daí lhes advêm.

O sentido da Política da velhice será pois o de assumir desafios, consagrando-os não só enquanto direitos sociais económicos e culturais, mas muito especialmente criando condições para o seu exercício efectivo.

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população, têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade.

De acordo com o artigo 72º da Constituição da Republica Portuguesa, que é dedicado a terceira idade, o nº 1 refere que “ As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evite, e superem o isolamento ou marginalização social”. O nº2 menciona que “ *A politica de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.*”

A partir desta definição pode-se dizer que é preocupação estatal “olhar” a velhice no sentido da necessidade da sua integração e participação na comunidade.

No entanto, a autora Fernandes (1997), refere na sua publicação que este artigo já data na Constituição de 1976 (art. 63º), o que nos permite reflectir acerca da importância que é atribuída ao nível das políticas de velhice. Assim, colocamos a questão: como é que numa sociedade em constante evolução e transformação a legislação relativamente a este sector da população se pode manter constante?

As pessoas idosas constituem assim uma categoria social, a necessitar de ajuda e solidariedade públicas.

Na opinião de Pimentel (2001), ao longo do tempo, o Estado assumiu-se como o grande promotor do bem-estar social, nomeadamente, através da criação de Lares de Terceira Idade. Mas, desta forma o internamento era a única resposta que havia para a prestação de cuidados aos idosos, mesmo nas situações em que estes ainda possuíam condições para permanecer no domicílio, necessitando apenas de apoio pontual.

Pimentel (2001), refere que após a consciencialização “... *de que o internamento implicava para muitos um corte radical e penoso com o seu meio, originando situações de desespero e, (de que as grandes estruturas eram ineficientes e) desumanizantes comportando custos externos elevados, deu origem à criação de um conjunto de serviços... de proximidade.*” (Pimentel, 2001:66).

A autora considera que nos últimos tempos, tem sido criada uma grande variedade de serviços de resposta concreta, que estabelecem uma maior proximidade com o idoso, e que facilita o dia-a-dia tanto dos idosos como dos seus familiares. Trata-se de serviços comunitários e domiciliários que retardam ou evitam o recurso à institucionalização.

Contudo, estes serviços não são suficientes para dar resposta a todas as situações que surgem.

No entanto Vaz (2001) considera que “ *A acção protectora dos sistemas de segurança social tem servido como pilar de expansão do Estado de Bem-estar através da atribuição de reforma, definindo como critério básico a idade e, mais tarde, através da criação de serviços destinados a responder às necessidades das pessoas idosas cujas privações não dependiam, necessariamente, do seu fraco poder de compra*” (Vaz, 2001:194).

De acordo com Fernandes (1997), a criação de políticas sociais de velhice, em Portugal, é algo recente, pois está relacionada com as transformações políticas que ocorreram no país em 1974 e com as próprias alterações estruturais da sociedade. Foi no início da década de 70 que se começou a falar dos problemas da população idosa e de políticas de velhice.

A partir de 1974, em Portugal, as políticas sociais dirigidas à terceira idade ganharam maior consistência uma vez que começaram a contemplar todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, consideradas incapacitadas para o trabalho.

Na década de 80, o modelo do sistema de segurança social que assegura a aplicação destas políticas sociais, começa a dar sinais de crise no seu sistema de financiamento.

A esta “crise” o Estado reagiu criando espaços de actividade social privada e fortaleceu-se para a produção de bens e serviços.

Assim na década de 80, surgiram lares de idosos onde não existiam “... o número de lares de idosos tutelados por IPSS era em 1981 de 322, passando a 543 em 1993. Os centros de convívio, centros de dia e apoio domiciliário, nas mesmas datas passaram de 60 para 162, de 35 para 858 e de 28 para 710, respectivamente. Na década de 90 surgiram experiências piloto como alternativa aos lares de grandes capacidades.” (Vaz, 2001:196).

*“... em 2000 a Carta Social da rede de serviços e equipamentos, do Ministério de Trabalho e da Solidariedade, identifica como respostas sociais, com maior peso, três tipos de equipamentos: os lares e centros de dia com preponderância de 30% cada e o apoio domiciliário com 27% do total das valências...” (Vaz, 2001:194).*

No domínio da saúde também se tem assistido a uma melhoria das condições das pessoas mais idosas, assim como uma melhor alimentação o que tem contribuído para o aumento da esperança de vida.

De um modo geral, hoje “resiste-se”, mais do que no passado, no aproveitamento das capacidades das pessoas idosas para se manterem activas, quer em actividades remuneradas, quer realização de tarefas a favor da comunidade.

Assiste-se também a uma maior articulação entre a Segurança Social e a Acção Social, tendo em vista facilitar a inserção sócio-familiar e comunitária dos idosos, desenvolvendo-se assim a ideia de que a protecção na velhice não deve ser obrigação exclusiva do Estado, mas que as pessoas e as famílias devem assumir uma parte dessa responsabilidade.

As Políticas Sociais de Velhice ou de Terceira Idade constituem uma forma de pôr em prática os direitos do idoso e, por isso, assumem uma grande importância a este nível.

Os direitos do idoso são muito importantes na medida em que se vive mais tempo e é imprescindível que se viva com qualidade de vida.

Os direitos adquirem visibilidade através das Políticas Sociais de Velhice, uma vez que só através da implementação destas é que a informação relativa aos direitos dos idosos circula e se faz notar.

## **2. Abordagem ao Conceito de Políticas Sociais e Políticas de Saúde**

Num âmbito geral, segundo o Ministério da Saúde Brasileiro, (1998:6), “*entende-se por Política as decisões de carácter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planeamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projectos*”.

Relativamente ao conceito de Política Social, como defendem diversos autores, devem-se considerar diferentes abordagens históricas. Pois, como afirma Faleiros (1983), “*A análise da Política social não pode ser colocada em termos de um esquematismo rígido, de leis imutáveis, como se a realidade se desenvolvesse segundo um modelo teórico ideal. Se há campo onde se torna necessário considerar o movimento real e concreto das forças sociais e da conjuntura é o da política social*” (Faleiros, 1983:55).

Não obstante, Silva Leal (1969) afirma que, apesar de todas as abordagens históricas que se possam ter observado, “ a expressão de política social continua a estar muito intimamente associada à acção do Estado e à posição que ele assume perante a vida económica e social” (Leal, 1969:21).

Potyara Pereira (2002) acrescenta que a política social expressa na acção do Estado é uma “ espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (Pereira, 2002:16).

Silva Leal (1969) refere ainda que, depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos “ a política social passou a ser considerada como uma actuação ao serviço do desenvolvimento e a ter, portanto, como objectivo a realização plena do homem” (Leal,1969:23).

Deste modo, foi importante ter presente as políticas de saúde existentes para fazer face às necessidades dos utentes e da população em geral. Com base na perspectiva de Leal, pode-se afirmar que as políticas sociais se encontram ligadas à acção do Estado e têm como objectivo a plena realização do homem. Assim sendo, a saúde é uma área que merece uma certa atenção na medida em que, caso se verifique a sua ausência, o objectivo para o qual as restantes políticas são criadas não se pode ver cumprido, pois não existindo saúde, o homem não se pode realizar plenamente, estando impedido inclusivamente de viver.

Assim, deve-se não só analisar as políticas de saúde existentes como também criar novas políticas de saúde que contribuam para o bem-estar dos utentes e para a plena realização do homem. E esta é, uma tarefa que o Assistente Social deve assumir. Como afirma Vasconcelos (2002), *“é na crítica e superação da forma como a atenção á saúde esta sendo pensada e conduzida pelo poder público e usufruída pelo cidadão de direitos que os assistentes sociais alcançam seu objeto de trabalho. Na dificuldade de identificar o que é exigido pela realidade, nega-se a “questão social”, objeto de trabalho dos assistentes sociais”* (Vasconcelos, 2002:434).

### **3. O Contexto Actual do Sistema Nacional de Saúde**

Quando se pretende definir o conceito de “Instituição de Saúde” deparamo-nos com diversas versões e opiniões e, ainda hoje, se procura definir uma tipologia. Para alguns autores, Instituição de saúde é uma organização que oferece serviços, nos quais os clientes representam o principal beneficiário; para outros, é uma organização que oferece recursos para o atendimento de necessidades da comunidade e pela prestação de serviços de saúde.

As instituições de saúde têm, necessariamente, de apresentar determinadas características, entre as quais: flexibilidade, adaptabilidade e dinamismo. São flexíveis na medida em que se estruturam de diferentes formas para conseguirem atender as necessidades permanentes ou emergentes; assumem um papel adaptável aos objectivos que pretendem atingir com a sua implementação; e por fim, governam o seu desenvolvimento de forma dinâmica.

A Instituição de Saúde é uma das mais complexas organizações que o mundo conhece e esta complexidade deriva do facto de ser prestadora de serviços muito específicos. Trata-se, sobretudo, de um serviço prestado às pessoas, em que a sua matéria-prima é humana, o seu produto final é um serviço prestado ao Homem e o seu trabalho é instrumentalmente humano.

De acordo com o definido pelo Ministério da Saúde (2006) presente no “Estatuto do Serviço Nacional de Saúde”, o Serviço Nacional de Saúde é o conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos Recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O seu objectivo é a protecção de saúde individual e colectiva da comunidade, promovendo a saúde e prevenindo a doença.

A organização dos serviços de saúde tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos e foi-se estruturando no sentido de dar resposta ao aparecimento das doenças, recebendo influências dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época. Mas, apesar de se registar alguns períodos mais conturbados, reconhece-se melhorias nas condições de saúde da população portuguesa nos últimos 30 anos, com grande influência da melhoria global das condições sócio-económicas da população portuguesa,



do crescimento e desenvolvimento do sistema de saúde, através do aumento da oferta e qualidade dos serviços (Nunes, 2005).

Mas, apesar das melhorias registadas nos últimos 30 anos, ainda permanecem algumas fragilidades e problemas que obrigam a atribuir ao sector de saúde uma importância prioritária. Actualmente, tal como refere Serrão (2006), o Sistema Nacional de Saúde atravessa um momento complexo, decorrente do preocupante contexto do país: elevadas taxas de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce, rendimentos baixos e escolaridade baixas, que conduzem a situações de exclusão Social e desigualdades em saúde.

Esta situação cria um ambiente em que a política de saúde deve ser redefinida e o sistema deve ser organizado colocando a centralidade no cidadão.

Segundo o “programa do XVII Governo Constitucional para a saúde” para 2005-2009, as principais linhas de acção são: o aumento de ganhos em saúde, melhorar o acesso e reforçar a qualidade em saúde, reforçar os mecanismos de planeamento estratégico dos recursos e reduzir a despesa do sistema de saúde.

Estas propostas têm como objectivo diminuir os gastos e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos, obtendo ganhos na saúde da população. Mas, como salienta Nunes (2005), esses ganhos só serão alcançados na totalidade com a aposta prioritária nas acções de promoção da saúde e prevenção da doença.

O sistema Nacional de Saúde deve garantir a toda a população o direito aos cuidados de saúde, qualquer que seja a sua situação económica ou geográfica. Segundo Lopes e Pinto (2003:73) ao citar a Constituição Portuguesa, art.64: *“Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos tendencialmente gratuito”*.

No contexto constitucional refere que é função do Estado assegurar o direito à protecção da saúde e para tal deve:

- “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- Garantir uma eficiente e racional cobertura de todo o país em recursos humanos e unidade de saúde;

- Orientar a sua acção para a socialização dos custos de cuidados médicos e medicamentosos;
- Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais privadas de medicina articulando-as com o Serviço Nacional de Saúde, de forma a assegurar nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a saúde é “um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de deformidades”, ainda segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, a saúde é “ausência de doença, estado do que é são”. Na declaração Universal dos Direitos do Homem, art. 25: *“Toda a pessoa tem direito a um nível de cuidados suficientes para assegurar, a si e á sua família, a saúde e o bem-estar, principalmente na (...) assistência médica...”*.

Com o intuito de dar respostas ao aparecimento das doenças, o Serviço Nacional de Saúde foi sofrendo alterações ao longo dos tempos, designadas como reformas. Actualmente, o Serviço Nacional de Saúde é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, a funcionar sob a alçada do Ministério da Saúde. Mas este processo não é, de forma alguma, estanque. O Sistema de Saúde é influenciado por determinantes diversificadas que dependem, não só das decisões governamentais, mas também da participação e adesão das forças envolvidas, nomeadamente os profissionais de saúde e, em especial, os cidadãos, resultando num processo evolutivo de aperfeiçoamento constante.

A missão do Sistema Nacional de Saúde, segundo Serrão (2006), assenta nos seguintes pressupostos:

1. Proporcionar um modelo integrado de promoção e manutenção da saúde e do bem-estar, e de prevenção da doença, em articulação permanente com outras dimensões, designadamente: a economia, o ambiente, a educação, o emprego, a segurança, os transportes e comunicações, a habitação e a nutrição;
2. Assegurar a todos os cidadãos portugueses o acesso aos cuidados de saúde necessários, e tempo oportuno e de forma contínua, sem barreiras de natureza

- económica, geográfica, arquitectónica ou cultural, sem discriminações em razão do estatuto económico ou social, a idade, a raça, o sexo ou o credo religioso;
3. Promover e garantir o atendimento personalizado dos cidadãos, no respeito integral dos seus direitos fundamentais, designadamente em matéria de privacidade, liberdade de escolha e informação, e dentro de uma conduta tecnicamente adequada, atenciosa, diligente e respeitadora dos valores éticos e humanos;
  4. Desenvolver metodologias ajustadas à organização e prestação de cuidados de saúde para que os recursos envolvidos sejam utilizados de forma criteriosa e racional, designadamente na definição de prioridades, nos processos de produção desses cuidados e na avaliação dos resultados obtidos;
  5. Estimular e desenvolver a investigação científica e tecnológica de modo a que novos contributos teóricos e novas práticas clínicas possam estar disponíveis para todos os cidadãos.

Nos últimos 20 anos tem-se registado uma melhoria significativa nas condições de saúde da população portuguesa, embora continuem a persistir algumas fragilidades e problemas, que necessitam de uma análise mais atenta e atribuem ao sector da saúde uma importância prioritária.

Esta crescente melhoria da saúde dos portugueses deve-se, em grande parte à melhoria das condições sócio-económicas e ao crescimento e desenvolvimento do próprio Sistema de Saúde.

Em termos das melhorias verificadas importa referir, tal como vem anunciado no documento “Saúde XXI – Programa Operacional da Saúde 2000-2006” (2000):

- Aumento da esperança de vida superior a 7 anos entre 1970 e 1997, passando de 64,2 para 71,4 nos homens, enquanto que nas mulheres subiu de 70,8 para 78,7 (Instituto Nacional de Estatística, 1997);
- Melhoria no acompanhamento da gravidez, evidenciado pelo aumento de consultas de saúde materna nos Centros de Saúde, apesar de diminuição da natalidade, entre 1990 e 1997;
- Evolução Favorável da taxa de mortalidade infantil, que tem vindo a diminuir, caindo de valores superiores a 20%, em 1980, para 6,4% em 1997 (Instituto Nacional de Estatística, 1997);

- Cerca de 88% da população portuguesa reside a menos de 30 minutos de um hospital distrital ou central.

Mas, apesar deste progresso, os quais resultam, acima de tudo, de um aumento da consciencialização da população portuguesa em relação à sua saúde, quando estabelecemos comparações com os restantes países da União Europeia constatámos que a saúde dos portugueses continua a ser uma área deficitária.

Assim sendo, importa chamar a atenção para determinados aspectos, tais como:

- Em 1998, a taxa de mortalidade padronizada em Portugal foi de 831%, valor este que é o mais elevado da União Europeia (Direcção Geral de Saúde, Morrer em Portugal, 1998);
- A taxa de mortalidade infantil é das mais elevadas nos países da União Europeia, sendo só excedida pela Grécia, mesmo com a diminuição que se tem registado em Portugal nos últimos anos (Instituto Nacional de Estatística, 1997);
- Assimetrias consideráveis têm sido identificadas na generalidade dos indicadores de saúde entre as diversas regiões do país;
- O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a aumentar, verificando-se que, em 1996, os cidadãos com 65 anos ou mais anos representavam 14,9% do total da população (Instituto Nacional de Estatística, 1997);
- A incidência da tuberculose continua a ser muito alta, com uma taxa de 47% (Direcção Regional de Saúde, 1999);
- O consumo de álcool per capita situa-se nos 11,2 litros por pessoa, que se traduz num dos valores mais elevado da Europa (Instituto Nacional de Estatística, 1997);
- Os tumores malignos representaram 1318 anos de vida potencialmente perdidos nos homens e 918 nas mulheres, por 10000 habitantes, no ano 1996 (OCDE, ECO-SANTÉ).

A baixa procura de cuidados preventivos por parte da população portuguesa, bem como a manutenção de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde por segmentos importantes da mesma população, leva-nos a assumir a necessidade de um esforço conjunto no sentido de modificar atitudes e comportamentos considerados nocivos, através da criação de estruturas e programas de promoção da saúde.

Quanto ao funcionamento do Sistema de Saúde, também se verificam alguns estrangulamentos no acesso aos cuidados de saúde. Tal como referido no documento “Saúde XXI – Programa Operacional de Saúde 2000-2006” (2000), ainda existe uma insuficiente oferta de cuidados primários, o que leva à tendência dos cidadãos preferirem o recurso aos hospitais e verifica-se uma deficiente articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, traduzindo-se no desajustamento da funcionalidade de alguns hospitais e centros de saúde face à necessidade de garantir complementaridade técnica e a continuidade de cuidados.

De acordo com o anterior diagnóstico da situação do sector de Saúde em Portugal, o programa Saúde XXI – Programa Operacional de Saúde 2000-2006, definiu objectivos estratégicos, que se definem em duas vertentes:

- Obter ganhos em saúde
- Assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade

Em termos de ganhos em saúde, estes traduzem-se em ganhos em anos de vida, através da redução dos episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devida a doenças, traumatismos ou às suas sequelas, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (Saúde XXI – Programa Operacional da Saúde 2000-2006).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade traduz-se na sua obtenção em tempo real e no local mais próximo no momento em que são expressos, de forma eficaz e eficiente, sempre numa perspectiva da continuidade e satisfação do utente (saúde XXI – Programa Operacional da Saúde 2000-2006).

## Capítulo V- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

### 1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Fundamentação

Verifica-se actualmente em Portugal um aumento progressivo da esperança média de vida bem como, um aumento de pessoas com patologias graves. Estas condições levam a uma perda de autonomia levando à criação de novas necessidades de cuidados de saúde para pessoas em situação de dependência, exigindo um forte apoio psicossocial. Anteriormente à criação da rede, as necessidades por parte da população fizeram com que fossem criadas respostas integradas nomeadamente, unidades de apoio integrado e apoio domiciliário integrado, que consiste na prestação de serviços ao nível de higiene pessoal, habitacional, alimentação, bem como prestação de cuidados de saúde por parte da enfermagem.

Estas respostas encontram algumas limitações, quando o idoso padece de uma doença ou de um processo crónico com elevado número de cuidados de saúde e sociais, o internamento a nível hospitalar continua a ser a única solução. Deparamo-nos com uma necessidade emergente de restauração dos Cuidados de Saúde Primários.

Assim, de acordo com a preocupação pela diminuição da mortalidade e da natalidade, aumento da esperança média de vida e por uma população duplamente envelhecida, em 16 de Março de 2006 o Conselho de Ministros aprovou o diploma que instituiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a idosos e dependentes (RNCCI), enquadrada juridicamente pelo decreto de Lei n.º101/2006 de 6 de Junho. A RNCCI foi criada porque “[...] verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados, é uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, em articulação com instituições de carácter público ou privado, que prestam cuidados continuados tanto ao nível da residência do utente como em instalações próprias. Esta rede destina-se a prestar apoio integrado ao nível da área da saúde e da segurança social através de equipas

multidisciplinares que actuam no terreno em parceria com os hospitais e centros e saúde.

Segundo o artigo 3 do decreto de Lei n.º101/2006<sup>2</sup> 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*”.

### **1.1 Princípios**

A RNCCI consiste num modelo inovador de prestação de cuidados de saúde e apoio social que visam a promoção da autonomia, objectivando o máximo de funcionalidade da pessoa tendo por base a reeducação, a reabilitação e a readaptação desta em situação de dependência.

Existem múltiplas situações que levam à perda de autonomia das mais diversificadas etologias o que exige um trabalho em equipa rigoroso, pró-activo, de forma organizada e planeada de acordo com a especificidade da pessoa em causa. É emergente abordar a pessoa de uma forma holística tendo em conta os seus interesses e preferências sendo imprescindível o envolvimento e encorajamento da pessoa da família/cuidadores informais no processo de reabilitação e reinserção social.

Os Cuidados Continuados Integrados fundamentam-se numa gestão de caso, onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação.

A rede rege-se pelos seguintes princípios:

- *Prestação individualizada e humanizada de cuidados;*
- *Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;*

---

<sup>2</sup> Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho, excerto do preâmbulo deste documento legislativo.

- *Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;*
- *Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;*
- *Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;*
- *Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;*
- *Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;*
- *Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;*
- *Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;*
- *Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.*

## **1.2. Objectivos**

Sabendo que a rede tem como principais metas a atingir a prestação de cuidados a nível de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade consideramos pertinente dar a conhecer quais os objectivos da rede. Assim constituem os seguintes parâmetros com objectivos específicos da rede:

- *A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde ou de apoio social;*
- *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*



- *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;*
- *A melhoria continua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;*
- *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;*
- *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.*

Além dos objectivos acima enunciados, podemos ainda considerar como estratégicos à intervenção os seguintes: diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos; diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares, redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência e redução dos custos das unidades hospitalares de agudos.

### **1.3. Coordenação da Rede**

A coordenação da rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A nível regional e local pretende operacionalizar em dois níveis territoriais, permitindo assim, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede com vista à utilização das unidades bem como, das equipas existentes de modo flexível e sequencial.

O Despacho conjunto 19040/2006 de 19 de Setembro, dos Ministros do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde define a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação a nível local e regional.

#### **❖ Equipas Coordenadoras Regionais (ECR)**

Ao nível regional a rede, é composta por cinco equipas sendo estas constituídas por um carácter multidisciplinar e por representantes das Administrações Regionais de Saúde e

dos Centros Distritais de Segurança Social. As equipas de coordenação regional articulam com a coordenação aos níveis nacionais e locais assegurando o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da rede.

**Figura 10: Funções da Equipa Coordenadora Regional**



**Fonte:** Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009:13)

#### ❖ Equipas Coordenadoras Locais (ECL)

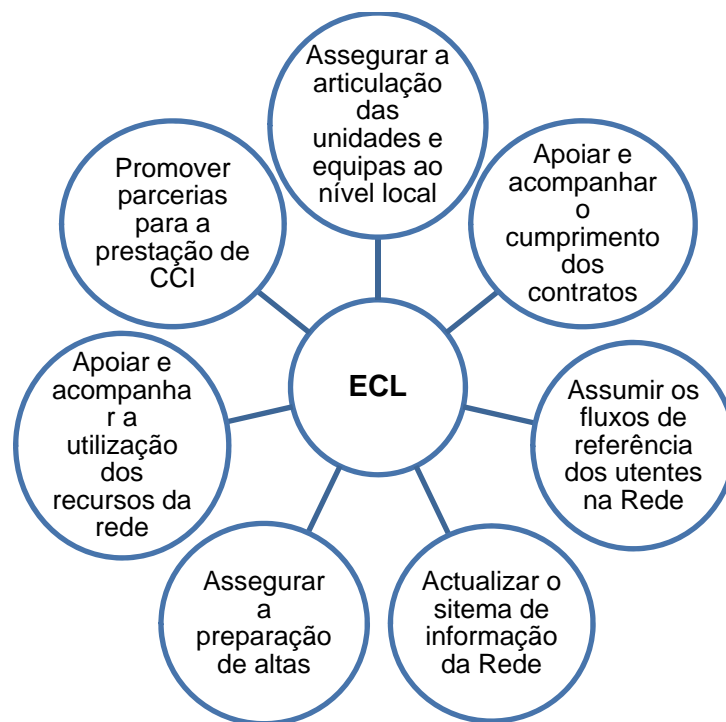
As equipas de coordenação da rede ao nível local são asseguradas por equipas dos centros distritais do Instituto da Segurança Social devendo nestas integrar pelo menos um médico, um assistente social e um enfermeiro, facultativamente poderá fazer parte integrante, um representante da autarquia local.

Quando se prevê a necessidade de cuidados a nível de apoio social, a proposta é efectuada pelo responsável da área social da equipa de coordenação local da referida área. As equipas de coordenação local articulam com as equipas de coordenação

regional, da respectiva região, assegurando o acompanhamento e a avaliação da rede ao nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência.

Compete a esta equipa proceder a uma apreciação e avaliação da situação de saúde e social do utente e garantir o cumprimento dos critérios de referenciação e dos requisitos enunciados no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

**Figura 11: Funções da Equipa Coordenadora Local**



**Fonte:** Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009:13)

#### **1.4. Unidades de internamento**

Os cuidados prestados pela rede são asseguradas através de diferentes meios:

- Unidades de Internamento
- Unidade de Ambulatório
- Equipas Hospitalares
- Equipas Domiciliárias
  
- Unidades de Internamento

Constituem Unidades de Internamento as:

### **Unidades de Convalescença**

De acordo com o artigo 13.º da Lei n.º101/2006, Unidade de Convalescença “*consiste numa unidade de internamento integrada ou não num hospital de agudos, mas que articula de forma criteriosa no sentido da prestação de cuidados clínicos de reabilitação e cumprimento de tratamentos com supervisão clínica de forma continuada e intensiva. Este internamento surge na sequência de internamento hospitalar por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Pretende-se neste internamento que o doente seja reeducado no sentido da sua estabilização clínica, avaliação e reabilitação integral com vista à autonomia e funcionalidade que se encontra temporariamente comprometida e que não carecem de cuidados em hospital de agudos. A permanência neste internamento compreende um período de até 30 dias consecutivos.*”

Existem critérios de referenciação específicos para admissão neste tipo de unidades designadamente:

- Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes, como por exemplo medidas de suporte respiratório como oxigenoterapia e aspiração de secreções;
- Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
- Doente com síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, desnutrição, problemas de deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança na locomoção;
- Doente crónico com risco de descompensação;
- Doente integrado em programa de reabilitação até 30 dias;
- Doente com síndrome de imobilização.

A Unidade de Convalescença assegura, sob a direcção de um Médico designadamente todos os Cuidados Médicos e de Enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, a prescrição e administração de fármacos, os cuidados de Fisioterapia e apoio psicossocial, a higiene, conforto, alimentação, o convívio e o lazer.

### **Unidade de Média Duração e Reabilitação**

De acordo com o artigo 15.º da supracitada Lei, A Unidade de Média Duração e Reabilitação é *“uma unidade de internamento com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável [...] tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa [...] o período de internamento [...] tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão [...] pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas”*.

A Unidade de Média Duração e Reabilitação é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura os cuidados médicos diários e os cuidados de enfermagem permanentes, os cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional. A prescrição e administração de fármacos, o apoio psicossocial, a higiene, o conforto, alimentação, o convívio e o lazer.

### **Unidade de Longa Duração e Manutenção**

No disposto no artigo 17.º da Lei n.º 101/2006, a Unidade de Longa Duração e Manutenção *“consiste numa unidade de internamento temporária ou permanente, com autonomia em termos físicos no sentido da prestação de cuidados de saúde de forma a prevenir e a retardar a perda de autonomia num contínuo de qualidade e conforto. Encontram-se nesta unidade pessoas com doenças crónicas com perda progressiva da autonomia e que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio. Este internamento compreende um período superior a 90 dias consecutivos.”* Estas unidades dispõem de períodos temporários de internamento até 30 dias no total de 90 dias ano destinadas a situações de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador.”

A Unidade de Longa Duração e Manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente as actividades de manutenção e de estimulação, os cuidados de enfermagem permanentes, os cuidados médicos, a prescrição e administração de fármacos, o apoio psicossocial, o controlo fisiátrico periódico, os cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, a animação

sociocultural, a higiene, conforto e alimentação, o apoio no desempenho das actividades da vida diária e o apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

### **Unidade de Cuidados Paliativos**

No disposto no artigo 19.º da Lei n.º 101/2006 Unidade de Cuidados Paliativos “*consiste numa unidade de internamento, com um espaço físico próprio, preferencialmente integrada numa unidade hospitalar de modo a oferecer um acompanhamento, tratamento e supervisão médica criteriosa numa situação de dor e sofrimento consequente de doença severa ou em estádio avançado e progressivo e sobretudo incurável.*”

- Unidade de Ambulatório

### **Unidade de Dia e de Promoção de Autonomia**

De acordo com o artigo 21.º da Lei que criou a rede a Unidade de dia e promoção de autonomia “*é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social em regime de ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Esta deve articular-se com Unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes. Este tipo de unidades tem o período de funcionamento durante oito horas por dia, em dias úteis.*”

São asseguradas actividades de estimulação e manutenção; assistência médica e enfermagem e fisiátrico periódica, apoio psicossocial, animação sociocultural, alimentação e higiene pessoal quando necessária.

De acordo com a revisão bibliográfica não se verifica a existência de unidades deste tipo em funcionamento.

### **Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**

A Equipa intra-hospitalar em cuidados paliativos, tendo como base o artigo 25.º consiste numa equipa multidisciplinar do hospital de agudos, com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades. Deve integrar, no mínimo um Médico, um Enfermeiro e um Psicólogo. Tem como objectivo o aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, pode prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção,

a os doentes internados em estado avançado ou terminal, em que foi solicitada a sua intervenção.

A especificidade em termos de cuidados consiste no apoio psico-emocional ao doente e família inclusive no período do luto.

- Equipas Domiciliárias

### **Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

Trata-se de uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários a todas as pessoas que em situações de dependência funcional não têm condições para se deslocar de forma autónoma e que não requerem internamento. É realizada uma avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social. Esta equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada Centro de Saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as Autarquias Locais. (artigo 27.º do decreto de Lei 101/2006)

De acordo com a revisão bibliográfica existem 21 equipas de Cuidados Continuados Integrados.

### **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos**

De acordo com o artigo 29.º da Lei supracitada, é uma equipa multidisciplinar que presta apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos.

## **1.5. Vias de Acesso à Rede**

Relativamente ao acesso dos utentes à RNCC, esse acesso é possível através das Equipas Coordenadoras Locais (ECL) que asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como, a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência. O médico de família após fazer uma avaliação criteriosa da situação do utente no âmbito da saúde bem como, da sua situação social, envia um relatório à ECL para dar a conhecer a necessidade emergente de apoio deste

utente por parte da rede. Este processo denomina-se referenciação. De acordo com a sua situação é integrado na tipologia mais adequada.

No que concerne ao planeamento da alta hospitalar, esse é realizado através das Equipas de Gestão de Altas (EGA). Todo o doente que não se encontra a fazer antibiótico de uso exclusivo hospitalar e que reúna condições para uma eventual transferência para Unidade de Cuidados Continuados deve ser referenciado através da EGA para a ECL. Quando são reunidas as condições de transferência nomeadamente a existência de vaga, a ECL comunica com a equipa hospitalar e em simultâneo com a unidade que irá receber o utente. É importante salientar que o responsável legal pelo utente, podendo ser o próprio tem que assinar o Consentimento Informado antes de se proceder à transferência.

#### ■ Equipa de Gestão de Altas (EGA)

No disposto no Artigo 19.º da Lei n.º 101/2006 a Equipa de Gestão de Altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio, quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. A EGA encontra-se sediada em hospital de agudos e, deve integrar, no mínimo, um Médico, um Enfermeiro e um Assistente Social.

A referenciação ao nível da EGA processa-se através de uma plataforma via Internet denominada Gest Care CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI.

### **1.6. Ingresso na Rede**

Relativamente ao ingresso na RNCCI, este é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência. Os utentes ao ingressarem na rede ao nível da prestação de cuidados e no âmbito da intervenção beneficiam da reabilitação, readaptação e reinserção, fundamentando-se no princípio dos três R's. Para cumprir esta intervenção deve-se proceder a uma promoção integrada da autonomia através da elaboração do plano individual de cuidados e da capacitação do cuidador informal; avaliação multidisciplinar do utente, devendo esta ser efectuada no acolhimento do utente, ao longo do internamento e aquando da alta do doente. De



acordo com as exigências de saúde ou sociais são realizadas reuniões com vista a um adequado acompanhamento bem como, avaliação contínua e revisão do plano individual de cuidados. No plano individual de intervenção é importante o envolvimento do doente, familiares/cuidadores informais respeitando as suas capacidades necessidades e preferências. Os cuidados prestados devem ir sempre de encontro às necessidades e preferência. Há um esforço maior em perceber quais as expectativas do utente/família face à sua condição de saúde, potencialidades, recursos e limitações existentes no sentido de uma intervenção personalizada com vista a autonomia e melhoria da qualidade de vida.

Como já foi referenciado, quando abordada a temática das diferentes tipologias, o doente pode articular usufruindo das diferentes respostas da rede, queremos com isto dizer que a recuperação do doente não pode ser interrompida pelo tempo de usufruto da tipologia ter terminado. Existe um planeamento atempado da alta do doente que tem início aquando do seu ingresso e que garante a continuidade da prestação de cuidados após a alta.

Assim sendo, podem ser destinatários das unidades e equipas da Rede pessoas que se encontrem nas seguintes situações

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

## **2. O Assistente Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados**

Recuando aos finais do século XIX início do século XX, salta-nos à memória a nossa pioneira Mary Richmond que, sempre em busca de novas formas e estratégias para caracterizar esta nova actividade que acabava de nascer importou, sob influência de Florence Nightingale (fundadora de enfermagem), as “visitas domiciliárias”. Ou seja, foi a partir da estratégia operacional adoptada por Nightingale no campo da enfermagem ao nível das “visitadoras de saúde” que nasceram as “visitas domiciliárias” como possibilidade de realização da prática profissional.

Mary Richmond valendo-se da estratégia operacional concebida por Florence Nightingale, no campo da enfermagem através das “visitadoras da saúde”, vai trazer para o Serviço Social a visita domiciliária como forma de realização da prática profissional (Martinelli, 2003:41).

Foi assim que nasceu o Serviço Social na área da saúde, até aos nossos dias tem sido uma caminhada árdua, porém igualmente intensa e produtiva, construindo a cada momento uma identidade na relação com os demais profissionais.

O Serviço Social é o ramo das Ciências Sociais que procura conhecer as causas e o processo dos problemas sociais e a sua incidência sobre as pessoas, grupos e comunidades, a fim de conduzi-los a uma acção de correcção desses efeitos, de eliminação das suas causas e de reabilitação dos seres carenciados, tendo como meta final o mais amplo bem-estar social num quadro de desenvolvimento social autêntico e contínuo.

Maria Lúcia Martinelli (2003:41) expõe que em Nova Iorque, desde o início do século XX, que os assistentes sociais vinham trabalhando com as equipas de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose. Mas, foi em 1905, que o Dr. Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico no Hospital Geral de Massachussets, reconhecendo na acção do Serviço Social um valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes, sendo indispensável nas equipas de saúde.

O serviço Social ao nível dos cuidados de saúde primários trabalha com uma população muitas vezes fragilizada pela sua situação de doença, quer seja a doença do próprio, de um familiar ou de um amigo, neste sentido, e citando novamente Maria Lúcia Martinelli (2003:14), “há um sofrimento psíquico que acompanha o processo de adoecer e esse reconhecer é fundamental na relação que estabelece com os sujeitos, como o é, na

mesma medida a luta pela garantia de direitos de cidadania”. Desta forma, o Serviço Social na área da saúde situa-se no campo dos direitos e da protecção social, expressando-se através da acção profissional nas áreas dos cuidados, gestão, políticas, produção de conhecimentos, ensino e pesquisa.

Os conceitos de higiene, educação e saúde; que caracterizam o Serviço Social nas suas origens, deixaram marcas na sua identidade e no modelo clássico do Serviço Social.

Por volta dos anos 40, período Pós 2ª Guerra Mundial, o Assistente Social já era considerado um profissional indispensável na equipa, estava incumbido de complementar o trabalho do médico (ideia de continuidade de cuidados, que perdura actualmente).

Neste sentido, o Serviço Social na área da Saúde é caracterizado por Maria Lúcia Martinelli (2003), como um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de acções cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares. Os assistentes sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia do direito à saúde, trabalhando com a população utilizadora de serviços com o intuito de construir novos comportamentos políticos, o que não é de fácil realização, dado que a população que recorre aos serviços públicos de saúde está, em geral, exposta a um amplo conjunto de problemas sociais.

A mesma autora acresce ainda que, o que se realiza na área dos cuidados está relacionado com as políticas, com a gestão, com a produção de conhecimentos, ou seja, com o conjunto das áreas, daí que o Serviço Social deva permear a estrutura organizacional como um todo, participando no conjunto de interacções que se processam no contexto hospitalar. O serviço Social deve assim, ser visto como “uma profissão cuja teia deve ser tecida em conjunto com os fios que a ligam às outras profissões, investindo continuamente na construção de nexos interdisciplinares” (Martinelli, 2003:14).

Manuel Menezes (2004:34-40), afirma que só a partir do momento em que o indivíduo começa a manifestar-se em prol de melhores condições, é que, o podemos considerar um “verdadeiro” cidadão e não apenas um cidadão “virtual”. A partir daqui podemos então actuar, promovendo a cidadania daqueles que não a possuem ou complexificando a daqueles que já a adquiriram. Entende-se então por cidadania (neste contexto) a

participação activa do indivíduo nos processos de mudança, em esferas essenciais para o seu dia-a-dia.

O Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na RNCCI (2006), refere que o desempenho dos Assistentes Sociais no campo da saúde apresenta configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde. Genericamente e independentemente dos diferentes contextos de intervenção o Assistente Social da Saúde, actua nos seguintes níveis:

- *Na avaliação dos factores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade;*
- *Na avaliação dos factores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação;*
- *Na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal;*
- *No aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais;*
- *Na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais;*
- *Na advocacia social em favor do doente e família;*
- *Na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência;*
- *Na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária;*
- *Na educação e informação em saúde;*
- *Na mobilização, organização e coordenação das entidades e actores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.*

O serviço social funciona então como mediador, quer seja entre os diversos membros da equipa multidisciplinar, quer seja entre a equipa e os seus utentes.

O manual de Boas Práticas para aos Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI, preconiza que os assistentes sociais da saúde, se vocacionam especificamente para o atendimento das populações beneficiárias dos serviços da RNCCI e se capacitem para o fazer no enquadramento organizacional e institucional que a mesma proporciona.

A missão essencial destes profissionais no modelo de cuidados integrais e integrados dos serviços e instituições da RNCCI será a de enfatizar a relevância e a centralidade

dos factores psicossociais, enquanto determinantes ou favorecedores do tratamento, da reabilitação, da readaptação e da reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais que mais se lhes adequam e favorecem o desenvolvimento das suas potencialidades.

A intervenção dos Assistentes Sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, visa a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento.

Assim, segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (2006:9-10), as finalidades da sua acção prendem-se com:

*Garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias na RNCCI*

- *O Assistente Social como facilitador da integração dos utentes nos serviços de saúde.*

*Fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado.*

- *O Assistente Social como gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e continuidade de cuidados.*

*Promover a manutenção, o reforço ou o estabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades.*

- *O Assistente Social como mediador e fomentador das redes de suporte social e sua efectividade.*

*Assegurar o apoio material e o suporte emocional à família.*

- *O Assistente Social como provedor e conselheiro da família.*

*Potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suporte adequados.*

- *O Assistente Social como mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família.*

*Contribuir para a efectividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS.*

- *O Assistente Social como promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços.*

*Motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de acções de auto-ajuda e/ou voluntariado.*

■ *O Assistente Social como dinamizador de indivíduos e organizador de grupos.*

*Potenciar a consciencialização dos cidadãos sobre as necessidades e as responsabilidades na saúde e na doença e fomentar a sua capacitação para uma participação activa na sua melhoria dos serviços e dos cuidados.*

■ *O Assistente Social como capacitador de populações e organizador de comunidades.*

O Assistente Social, enquanto técnico de saúde, exerce funções de elo de ligação entre a equipa de saúde, o doente, a família e a comunidade. Neste contexto, o Assistente Social tem necessariamente de integrar a equipa de saúde, participando em todo o processo de promoção, prevenção, cura e reabilitação do doente.

Segundo o Manual de Boas Práticas dos Assistente Sociais da Saúde na RNCCI, o **acolhimento**, a **elaboração do plano individual de cuidados**, o **acompanhamento psicossocial** e a **preparação da continuidade dos cuidados** são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção do Assistente Social e a seguir descritos, sendo que as especificidades da sua acção em cada tipo de Unidade dependem da natureza da doença e estágio da sua evolução, bem como da vocação da instituição, dos tipos de cuidados e serviços que esta presta e dos tempos de internamento que tem previsto.

■ ***Acolhimento***

❖ ***Junto ao doente e/ou família***

- *Suporte emocional face à identificação e interpretação do doente e/ou família de perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para a superação das mesmas;*

- *Apoio à integração do doente e/ou família nas unidades de internamento, prestando informações, nomeadamente sobre direitos e deveres;*

- *Gestão de expectativas quanto ao tempo de internamento; aos benefícios disponíveis; às condições de vida após o internamento tendo em vista a preparação da alta: graus de autonomia física, mental, económico-financeira e sócio-profissional ou escolar;*

- *Apoio à adaptação à situações de doença e/ou dependência do doente disponibilizando informações sobre direitos sociais, tais como: subsídios na doença;*

*isenções; acompanhamento; transportes; alimentação; serviços voluntários; vida profissional/escola;*

*- Recolha de informação pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados, nomeadamente: nacionalidade e situação no país; língua, etnia, religião, especificidades culturais, escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência, vizinhança, habitação, acesso à habitação, condições de habitabilidade, núcleo familiar, conviventes com ou sem possibilidade de serem identificados como familiar-cuidador.*

❖ *No gabinete de trabalho*

*- Análise preliminar da situação, incluindo, designadamente, a identificação de factores de risco;*

*- Recolha de referências junto de todos os outros elementos da equipa ou da rede de apoio.*

■ ***Plano Individual de Cuidados***

❖ *Preparação com a equipa*

*- Partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial;*

*- Consideração das especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do doente e família na elaboração e gestão do plano de cuidados.*

❖ *Elaboração com o doente e/ou familiar cuidador*

*- Confirmação com o doente e/ou família dos cuidados e tratamentos que têm previstos;*

*- Esclarecimento de dúvidas e reforço de informação sobre direitos e deveres de doentes e familiares, bem como acesso a serviços ou bens;*

*- Elaboração de esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir.*

■ ***Acompanhamento Psicossocial***

❖ *Junto ao Doente e/ou família*

*Atenção e Acompanhamento no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social, prestando:*

- *Suporte emocional ao doente e/ou família permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte;*
- *Suporte ao doente e/ou família, ajudando-o (s) a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;*
- *Suporte ao doente e/ou família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na selecção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar;*
- *Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/ aprendizagem, tanto do doente como do familiar cuidador, ou, na falta deste, de outras pessoas, tendo em conta a continuidade dos cuidados;*
- *Informação, orientação e capacitação dos doentes e familiares no âmbito da protecção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;*
- *Capacitação do doente e/ou família para uma gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados;*
- *Exercício de advocacia em favor do doente e família relativamente ao acesso a prestações sociais e/ou serviços;*
- *Provisão dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso em unidade de saúde em situações programadas ou de urgência;*
- *Incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e/ou à promoção da sua participação em actividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde;*
- *Orientação dos doentes e familiares para serviços de apoio especializado, nomeadamente jurídico, psiquiátrico ou outros;*
- *Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado.*

❖ Em Gabinete

*Avaliação da situação na perspectiva da alta e da continuidade dos cuidados*



- *Identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (sócio-económicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente, tendo em conta a sua situação específica de doença, dependência, reabilitação e/ou reinserção possíveis;*

- *Avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.*

#### ■ **Preparação da Continuidade dos Cuidados**

*Planeamento da Alta e da Continuidade dos cuidados*

##### ❖ Com a equipa, o doente e/ou familiar cuidador

a) *Identificação em equipa e com o doente e/ou família, das necessidades de ordem médica, de enfermagem, de nutrição, de reabilitação, de transportes e/ou outras, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares em presença (económicas, emocionais, culturais/religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais ou outras) decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade dos cuidados;*

b) *Negociação com o doente e familiar cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmo: definição de metas; identificação dos actores profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços;*

c) *Identificação do elemento da equipa que será referenciado como o elemento de ligação entre o doente/familiar cuidador e a equipa terapêutica, se necessário.*

##### ❖ *Com o doente e/ou com o familiar cuidador*

a) *Verificar a existência de todo o equipamento necessário à transferência segura do doente e a correspondente aquisição de instrução ou treino para o seu uso;*

b) *Verificar o entendimento feito pelo doente e/ou familiar do plano de cuidados, principalmente se estiverem presentes serviços médicos prestados por distintas especialidades médicas ou instituições;*

c) *Facilitar ao doente e/ou ao familiar cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, equipas, instituições ou materiais que vai ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados de tratamento, reabilitação, readaptação ou reinserção;*

*d) Lembrar o doente e/ou o familiar cuidador que o plano não é rígido, mas flexível e que mudará com o evoluir das condições do doente e do funcionamento dos serviços, tendo de ir sendo actualizado;*

*e) Lembrar, também, que pode sempre pedir esclarecimentos ou outro apoio.*

*Elaboração do relatório social que constará do processo de saída do doente.*

Dada a complexidade que a alta hospitalar muito frequentemente reveste, a sua preparação deve começar o mais cedo possível. Quanto menor for a demora média do internamento prevista para os doentes das distintas Unidades de Internamento, tanto mais cedo deve começar a preparação da alta, pois uma alta mal planeada, baseada em informações incompletas, não resultará eficazmente e levantará dificuldades que terão consequências negativas na evolução clínica do doente e na sobrecarga dos serviços de saúde.

Neste contexto, torna-se de extrema importância que o Assistente Social conheça os recursos sociais disponíveis e mantenha um estrito relacionamento com outras instituições e respostas da comunidade. O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar constitui, assim, um aspecto importante no desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados a esta população, no qual o serviço social se insere como parte indispensável e como factor de promoção de bem-estar e saúde nas populações.

## **Capítulo VII – Estruturação da Investigação Empírica**

A investigação é um estudo sistemático em busca de conhecimentos e respostas em relação a um determinado objecto com o fim de incorporá-lo, de maneira comunicável e comprovável, a um corpo de conhecimento que se dispõe em uma dada área de reflexão, esse estudo sistemático expressa uma concepção determinada do que seja essa área: do sentido e do lugar que ela ocupa no contexto amplo dos conhecimentos (Baptista, 2001:32).

Ao investigador é então exigido um conjunto de procedimentos rigorosos para que, no estudo das dimensões analíticas internas e externas, aprenda a complexidade e o carácter contraditório das relações, as visões do mundo dos grupos em interacção e a forma como estas geram e impulsionam as acções profissionais. Neste processo tem de enfrentar as dificuldades e os desafios que se colocam quando tem de decidir, primeiro, quais os materiais empíricos com que vai trabalhar e segundo, como trabalhá-los (Batista, 2001).

A partir de um estudo amplo das condições objectivas, pode-se construir um instrumento de pesquisa que configure a visão do mundo de um determinado grupo social, a qual deve permitir estabelecer os marcos de coerência entre os diferentes elementos das suas acções (Baptista, 2001).

No Serviço Social, assumido como profissão interventiva, o conhecimento a ser construído pela investigação tem como horizonte não apenas a compreensão do real, mas a operacionalização de um determinado tipo de acção sobre esse real (Baptista, 2001:42).

No que diz respeito à legitimidade das investigações sobre a prática profissional, a autora Myrian Veras Baptista (2001) diz que a investigação científica voltada para a acção sobre a realidade tem as suas exigências próprias ao nível da lógica, da epistemologia e das técnicas, pois assumir como postulado para a intervenção a associação fundamental entre teoria e prática, implica a construção de um caminho científico para a investigação da sua acção, no quadro da intervenção. Exige a dialéctica intrínseca entre o processo cognitivo e a acção.

Investigar a prática profissional tendo a intervenção como horizonte, isto é, “ quando a relação cognitiva não é a relação predominante” (Baptista, 2001:39), confere à investigação um carácter instrumental. Na forma particular do conhecimento de uma

disciplina de intervenção, emerge uma maneira particular de pôr problemas e construir soluções lançando mão do desenvolvimento teórico e de aplicações tecnológicas.

A sugestão expressa pela autora é que o profissional desenvolva uma reflexão num sentido histórico, social, político e técnico, de questionamento dos saberes instituídos, a fim de produzir um saber e uma prática, consequentes. A prática tem condições de ser fonte de teoria, de ser espaço de elaboração científica, desde que problematizada e apreendida na sua concretização, de uma perspectiva crítica, proporcionada por uma teoria social. O pensamento ganha conteúdo através da sua interlocução com o real. Isto exige que a relação entre conhecimento e acção se desenvolva num triplo movimento: crítica, construção de um conhecimento novo e síntese no plano do conhecimento e da acção. (Baptista, 2001:21).

## **1. Fundamentos, Justificação e estratégia metodológica**

Este ponto do documento tem como objectivo apresentar e justificar a opção metodológica que se considera viável para analisar a problemática em estudo, sendo também definido o problema em estudo, a estratégia da investigação adoptada, o universo e objecto empírico, os métodos e técnicas usadas para a concretização deste trabalho.

Neste sentido, tendo em conta as alterações demográficas provocadas pelo envelhecimento e as transformações que ocorrem nas sociedades actuais, nomeadamente no seio das famílias, proporcionam-se as condições para que se considere o processo de envelhecimento e a velhice como uma situação problemática a necessitar de apoio social. Foi o “reconhecimento” da necessidade de intervir com as políticas sociais orientadas para o desenvolvimento e optimização de respostas sociais que levou à implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A mesma tem como objecto da sua intervenção e âmbito de actuação, o grupo alvo considerado conforme legislação em vigor, que corresponde a “ todo o cidadão com perda de funcionalidade em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontre afectado na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados interdisciplinares de saúde” Decreto-Lei n.281/2003. D.R. I-A Série. 259. (2003-111-08) 7492-7499. É criada a Rede de Cuidados de Saúde.)

Assim, a questão da investigação que norteia o presente trabalho prende-se com a preocupação de compreender uma determinada realidade que, de certa forma, nos inquieta e causa algum desassossego pessoal e profissional. A definição da questão de partida apresenta-se como o fio condutor de toda a investigação, através do qual é elaborada a revisão bibliográfica, é definido o tipo de pesquisa, os métodos e as técnicas a serem utilizados.

Na elaboração deste estudo recorreu-se à pesquisa bibliográfica e documental, dotando o trabalho com um suporte teórico credível e fundamentado. Num primeiro momento, socorreu-se à pesquisa bibliográfica, sendo desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (Gil, 1996, p.37.) Esta pesquisa baseou-se em livros, manuais, revistas especializadas na matéria e espaço Internet, a fim de se recolher diversas opiniões, conceitos e teorias sobre a problemática

em estudo, proporcionando o aprofundamento e o confronto com os nossos conhecimentos e desenvolver uma perspectiva crítica. Vinculou-se ainda, a pesquisa documental “ que se baseia em material que está registado em documentos, mas não tratados analiticamente” (GIL, 1996), através da análise dos censos, legislação, relatórios, como meio de obter informações indispensáveis à investigação.

As técnicas Não Documentais incluem: observação, entrevista Semi-Estruturada e Inquérito por questionário. No decorrer da investigação, recorreu-se à técnica da Observação Participante “ Uma técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo” (GIL, 1996: 38).

Desta forma, poderemos definir os objectivos de um projecto de investigação social como o fim último dessa mesma investigação, isto é, como a definição do seu significado (cf. ANDER-EGG, 1998).

Face à complexidade dos fenómenos sociais existem inúmeros métodos e técnicas que podem ser utilizados na realização de uma investigação, devendo ser adequados à problemática, aos objectivos e às hipóteses previamente definidas. Os métodos de investigação utilizados no desenvolvimento do conhecimento científico podem ser quantitativos e qualitativos. Com base na literatura consultada, avista-se que estes métodos utilizam abordagens diferentes, cientificamente credíveis devendo ser adequados à natureza da pesquisa e ao objecto de estudo.

Segundo Ander-Egg (1998), “*um método é uma estratégia de pesquisa que organiza criticamente as práticas de investigação, incidindo nomeadamente sobre a selecção e articulação, das técnicas de recolha e análise de informação.*” (ANDER-EGG, 1998: 35).

Depois de ter sido definido que os Cuidados Continuados seriam o objecto de estudo do presente trabalho de investigação, foi por sua vez, definido o local e o caso que seria analisado, tal como os objectivos do nosso trabalho. Desta forma, a Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira, constituem o estudo de caso que iremos desenvolver, avaliando o seu funcionamento e grau de satisfação manifestada pelos utentes, familiares e colaboradores envolvidos na prestação de cuidados. Esta Unidade é uma instituição Particular de Solidariedade Social, situada geograficamente a sul do País no Algarve, em Tavira, e tem como objectivo a avaliação, estabilização e reabilitação integral dos doentes.

### 1.1 Caracterização do Campo empírico:

A unidade abriu em Dezembro de 2007, integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e foi inaugurada a 22 de Fevereiro de 2008.

Esta Unidade Pertence à gestão da Cruz Vermelha Portuguesa Delegação de Tavira, que presta apoio em determinadas áreas no concelho de Tavira. Na área da saúde a Cruz Vermelha de Tavira possui uma Clínica de Medicina Física e Reabilitação; uma Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira, uma Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Catarina da Fonte do Bispo. Na área do apoio social, a CVP Tavira, possui o Serviço de Apoio Domiciliário; o Serviço de Apoio Domiciliário Integrado; Atendimento e Acompanhamento Social; uma Loja Social; um refeitório social; um Banco de Ajudas Técnicas e o programa de apoio de ajuda alimentar a carenciados. Por fim na área da Educação a CVP Tavira, tem um Centro de acolhimento temporário para crianças e duas creches.

O estudo foi realizado durante 5 meses, nomeadamente nos meses Julho, Agosto, Setembro, Outubro e Novembro de 2010.

#### Caracterização geral da Unidade

A unidade encontra-se situada no edifício do centro de saúde de Tavira, situado no rés-do-chão. A mesma prevê uma sala de espera, uma recepção, uma sala de apoio de enfermagem, uma sala de refeições e convívio com copa, oito quartos com capacidade para 20 utentes, uma instalação sanitária equipada com banho assistido e dez instalações sanitárias repartidas pelos quartos e pelo espaço de internamento. Os quartos são individuais ou duplos. Os corredores da Unidade possuem corrimão, o que permite realizar treino de marcha por todos os espaços físicos da unidade.

Na unidade está em constante actividade uma equipa multidisciplinar, constituída por Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica, um Médico (Director Clínico), Fisioterapeutas, Terapeuta da Fala, Animadora Sócio Cultural, Assistente Social, e Psicóloga.

Sendo a Unidade uma tipologia de cuidados de Média Duração e Reabilitação, a Unidade presta os seguintes serviços: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia, terapia da fala; prescrição, fornecimento e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

A Unidade de Média Duração e Reabilitação abrange todos os utentes encaminhados através das equipas pertencentes à Unidade de Missão para os cuidados continuados., podendo estes pertencer a qualquer área do Algarve.

Os destinatários desta tipologia de cuidados, são indivíduos que se encontram em situação de dependência, potencialmente recuperável a médio prazo.

#### 1.1.1 Funcionamento:

A Unidade está em funcionamento oito dias por semana, vinte e quatro horas por dia, estando em permanente actividade uma equipa de enfermagem e uma equipa de auxiliares de acção médica.

A admissão dos utentes não depende somente da Unidade, os utentes depois de inscritos na RNCCI ficam em lista de espera até que haja vaga na Unidade, quando surge uma vaga, é a Equipa de Coordenação Regional que encaminha o utente para a Unidade, informando a Unidade da Cativação de vaga para determinado Utente, e só depois são feitos os contactos com a família do utente, quer por parte da Unidade quer por parte da Equipa de Coordenação Local, com o propósito de combinar com a família os pormenores do internamento.

Durante o internamento os utentes passam pela admissão/acolhimento, no dia da entrada na Unidade, depois são realizadas as avaliações necessárias para se estabelecer o plano de reabilitação a realizar. Ao longo do tempo são feitas avaliações constantes da evolução dos utentes, estas avaliações são discutidas em reunião de equipa multidisciplinar todas as Quartas-Feiras ao Fim do dia. Quando os objectivos propostos para o utente vão sendo atingidos, são definidos novos objectivos e novos prazos de avaliação.

O planeamento da alta inicia-se logo no acolhimento, tentando-se perceber com a família e como o utente quais as expectativas que possuem após a alta, que tipo de apoios e respostas estão disponíveis e nas quais estão interessados.

#### 1.1.2 O que torna estas Unidades Diferentes?

- **Horário das Visitas:** a Unidade possui um horário de visitas bastante alargado, estendendo-se desde as 12:00horas até às 20:00 horas, durante este período podem estar presentes na Unidade mais do que duas visitas por utente.



- **Ensino às Famílias:** a unidade disponibiliza um horário específico para os cuidadores informais, das 09:00 horas às 21:00 horas, (Quando este mostra interesse e possibilidade em fazê-lo) tendo estes a possibilidade de realizarem sessões de treino de competências por parte da pessoa que irá prestar maiores cuidados após a alta do seu familiar. Uma vez que o horário é tão alargado, o cuidador pode aprender e desenvolver competências para uma melhor e mais segura prestação de cuidados, participando e aprendendo quer sobre questões de vida diárias, como higiene, alimentação, levante, deslocação, quer em termos de técnicas de terapêuticas, que pode aprender nas várias sessões que o utente realiza.
- **Hábitos de vestuários dos utentes:** após o levante e ser feita a higiene diária do utente, este usa a sua roupa do dia-a-dia. Na unidade, toda a roupa usada pelos utentes é sua, e pijamas ou camisolas de dormir, apenas são usados para dormir ou no caso de doentes acamados, todo o restante tempo os utentes estão vestidos normalmente.

Todas estas especificidades deste tipo de Unidades, contribuem para uma maior humanização dos serviços, pretende-se um serviço de saúde o menos hospitalizado possível, mais confortável, acolhedor e motivador, em que o envolvimento na prestação de cuidados e na recuperação do utente, seja o maior possível por parte da família e do cuidador informal.

Importa referir que o caso estudado, na Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira, é uma das valências da instituição onde desempenho funções como Assistente Social, desta forma, tive um acesso privilegiado a informações, conhecimento e experiências que apenas no contacto diário de uma jornada de trabalho é possível ter. Podemos assim dizer que a observação participante constitui uma importante ferramenta metodológica no desenvolvimento do estudo.

A formulação de toda a problemática assentou num conjunto de reflexões teóricas que se considerou pertinente, tal como afirma António Carlos Gil, “ o método é o caminho para se chegar a determinado fim” (GIL, 1996: 38), tendo em atenção que a finalidade da metodologia é “ fornecer um plano geral que nos permite seguir o melhor caminho, a via mais adequada para a consecução dos nossos objectivos e concretização do nosso estudo” (Id. Ibidem).

Após a definição da metodologia utilizada no presente estudo, foi definido que para avaliar a satisfação dos beneficiários dos cuidados prestados pela unidade, e os colaboradores que prestam esses mesmos cuidados, seriam aplicados inquéritos por questionário a ambos.

Inicialmente foi planeado aplicar questionários aos utentes, aos seus familiares e aos colaboradores, sendo assim o universo do presente trabalho constituído por três grupos de pessoas, para desta forma se conseguir avaliar a satisfação de todos os intervenientes na unidade, com base nas perspectivas de cada de cada um dos grupos intervenientes.

No entanto após a aplicação dos primeiros questionários constatamos que nem todos os utentes conseguiriam responder às questões colocadas, mesmo quando aplicados directamente, dado o seu grau de dependência. Perante esta situação optamos por aplicar o questionário aos utentes que conseguiriam dar resposta autonomamente, e aos familiares daqueles que não conseguiam responder. Deste modo passamos a ter apenas dois grupos-alvo, um composto pelos utentes e familiares e outro pelos colaboradores da unidade.

A amostra relativa aos utentes e familiares é composta por 20 utentes/familiares que estiveram internados na unidade, sendo que dos 20 inquiridos, 12 eram do sexo masculino e 8 eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e os 85 anos, embora seja importante realçar que a média das idades dos utentes é de 76 anos. Após análise aos diagnósticos de entrada destes utentes, podemos constatar que, deram entrada na unidade: 7 utentes com diagnóstico de AVC's, 10 por fracturas do colo do fémur e 2 por amputações de membros inferiores.

Por sua vez, a amostra relativa aos colaboradores é composta por 27 dos 35 colaboradores que desempenham funções na unidade na prestação de cuidados directos aos utentes, divididos da seguinte forma pelas seguintes categorias profissionais: 9 Auxiliares de acção médica; 10 enfermeiros; 1 animadora sócio-cultural; 1 terapeuta da fala; 2 Fisioterapeutas; 1 Psicóloga; 1 Assistente Social; 1 Enfermeira Chefe e 1 director clínico. Do total dos inquiridos 20 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos de idade.

Foram elaborados dois inquéritos por questionário, com questões distintas para cada grupo-alvo. No questionário dirigido aos utentes e familiares procuramos abarcar itens que permitissem aos inquiridos analisar e avaliar a forma como se haviam sentido

durante o internamento em relação ao funcionamento global da unidade. Por outro lado, o questionário elaborado para os colaboradores é composto por itens que permitem avaliar as condições de trabalho existentes na unidade e a satisfação gerada pelo trabalho desenvolvido pelos mesmos.

O questionário de avaliação da satisfação dos utentes e familiares é composto por 30 questões. Para 29 delas, os utentes têm uma escala de resposta entre Muito Satisfeito; Satisfeito; insatisfeito; muito Insatisfeito e Não se aplica. Existindo ainda uma pergunta de resposta sim e não. As 30 questões foram agrupadas em 10 grupos, de acordo com os temas escolhidos para avaliar. No final do questionário, existe um espaço em branco, onde é permitido aos inquiridos fazerem comentários ou deixarem sugestões, se assim o entenderem.

Este questionário foi aplicado durante 5 meses, nomeadamente em Julho, Agosto, Setembro, Outubro e Novembro de 2010. No final de cada internamento ocorrido nestes meses, no dia da alta foi solicitado ao utente/família o preenchimento/resposta ao referido questionário. Deste modo, foram aplicados 20 questionários, de um total de 26 altas ocorridas durante o período de recolha de dados, acima mencionado.

No que respeita aos questionários de avaliação da satisfação dos colaboradores os procedimentos foram um pouco diferentes. O guião de questionário elaborado apresenta 27 questões das quais foi aplicada uma escala de resposta entre Discordo Totalmente; Discordo; Nem discordo nem concordo; Concordo; Concordo Totalmente; Não sei e não se aplica. Tal como nos questionários dos utentes, também estes no final apresentam um espaço dirigido aos comentários e sugestões dos colaboradores.

O período de aplicação destes questionários, foi relativamente curto, quando comparado com o dos utentes/familiares. Foi entregue a cada colaborador e solicitado o seu preenchimento num período definido de uma semana. Esta recolha de dados foi realizada no Mês de Dezembro de 2010. Os questionários foram aplicados a 27 colaboradores que desempenhavam funções na referida unidade.

Ambos os questionários foram aplicados de acordo com as normas de respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados.

Após termos concluído a recolha dos dados, iniciámos a análise e o tratamento dos mesmos. Uma vez que ao construirmos os guiões dos questionários agrupamos as

questões segundo um mesmo tema, nesta fase de tratamento dos dados tivemos a tarefa mais facilitada.

Os dados foram apresentados em forma de gráfico. Cada gráfico apresenta as respostas dadas a itens relacionados entre si, ou seja, sobre uma mesma temática em análise. Desta forma, conseguimos abranger na nossa análise um maior número de questões e ao mesmo tempo uma sistematização mais eficiente dos dados recolhidos.

Tendo o nosso trabalho por base amostras relativamente pequenas, pensamos ser mais vantajoso trabalhar com números absolutos. Assim todos os dados são apresentados em números absolutos, o que permite uma visualização clara e imediata dos resultados obtidos.

Os questionários aplicados são constituídos na sua grande maioria por perguntas de informação “ que têm por objectivo colher dados sobre factos e opiniões” Carmo e Ferreira (2008). O facto de termos apenas optado por inquérito por questionário permitiu-nos um tratamento e análise dos dados mais rápidos, assim como uma maior sistematização dos temas a abranger e uma maior simplicidade de análise dos dados.

## **2.Análise e interpretação dos resultados**

Neste ponto, vai se proceder ao tratamento e análise dos dados recolhidos, através da aplicação de instrumentos de colheita de dados.

Segundo Fortin (1999:51), “ a análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo, segundo se trata de explorar ou de descrever os fenómenos, ou verificar relações entre variáveis. Logo que os dados forem analisados e os resultados apresentados com a ajuda de quadros e figuras o investigador explica-os no contexto do estudo e à luz de trabalhos anteriores”.

Como sabemos o objectivo deste trabalho passa por estudar o funcionamento de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados, neste caso específico a Unidade de Média Duração e Reabilitação. Nesse sentido, para além da descrição do funcionamento da unidade feita anteriormente, importa conhecermos a opinião e o grau de satisfação daqueles que nela estão envolvidos, ou seja dos utentes, principais beneficiadores dos

serviços prestados, das suas famílias e dos colaboradores que diariamente trabalham no sentido de promover a obtenção dos objectivos propostos ao funcionamento da unidade.

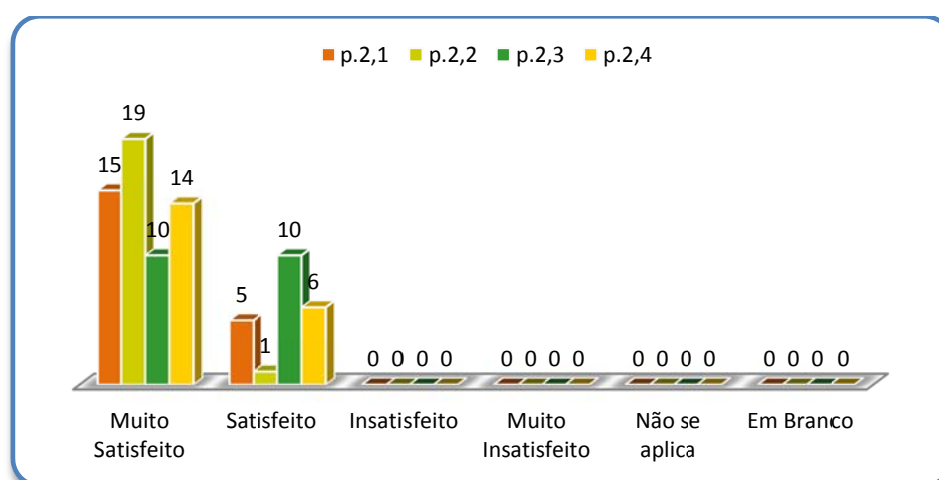
Desta forma, seguidamente vamos apresentar a análise feita aos questionários de avaliação da satisfação dos utentes e familiares e dos colaboradores, de modo a podermos perceber qual a opinião de todos os envolvidos nos cuidados, e assim avaliarmos o funcionamento da unidade.

### **2.1 O olhar dos utentes e das famílias**

Os dados analisados referem-se à aplicação de 20 questionários relativos a 20 utentes que estiveram internados na unidade, sendo que dos 20 inquiridos 10 foram utentes que responderam e os restantes foram respondidos pelos familiares dos utentes cujo grau de dependência não lhes permitia facultar uma resposta viável. Deste grupo ao todo 12 eram do sexo masculino e 8 eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e os 85 anos, embora importe referir que a média de idades dos utentes inquiridos seja de 76 anos. Após análise aos diagnósticos de entrada destes utentes podemos constatar que deram entrada na unidade: 7 utentes com AVC'S; 10 com Fracturas; e 2 por amputações de membro inferior.

Da análise feita aos questionários aplicados aos utentes e aos familiares foram seleccionados os seguintes 10 gráficos que melhor servem aos objectivos do nosso estudo.

**Gráfico nº 1 – Forma como fui recebido e tratado pela equipa da Unidade**



**Fonte:** Questionário de Satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria 2010.

### Questões em análise:

p.1.1 – Médicos; p.1.2 – Enfermeiros; p.1.3- Auxiliares de Acção Médica; p1.4 – Assistente Social.

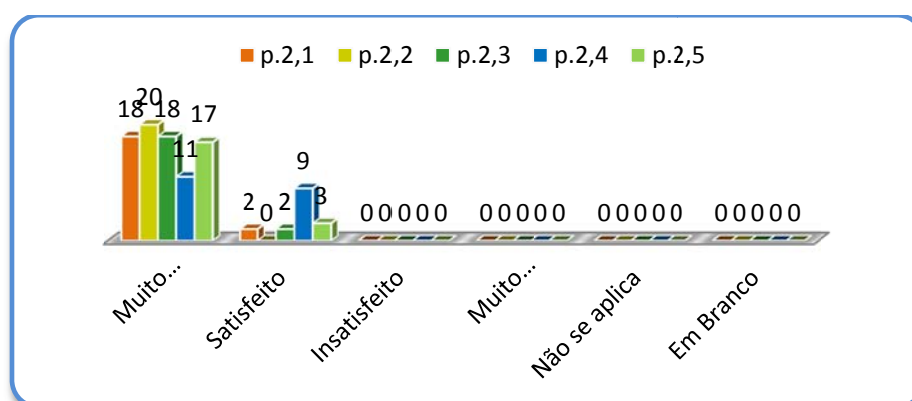
Este primeiro gráfico permite-nos perceber o nível de satisfação dos utentes e das suas famílias em relação à forma como foram recebidos e acolhidos pela equipa da unidade no momento da admissão na mesma, e nos primeiros dias de internamento onde se procede à integração do utente ao espaço e às rotinas de funcionamento da unidade, bem como durante todo o período de internamento.

Utentes e familiares foram questionados sobre a sua satisfação no que diz respeito aos vários técnicos que efectuam a prestação de cuidados directos, nomeadamente, Médicos, Enfermeiros, auxiliares de Acção Médica e Assistente Social.

Ao analisarmos o gráfico, podemos constatar que o grau de satisfação é bastante elevado, uma vez que todas as respostas se concentram entre o Muito Satisfeito e o Satisfeito. Dos 20 inquiridos, entre os quais responderam 10 utentes e 17 familiares, constatou-se que 17 mostram-se Muito Satisfeitos com o tratamento dos Enfermeiros, e 3 mostram-se satisfeitos. De seguida 16 inquiridos avaliam o desempenho da equipa Médica de Auxiliares de Acção Médica e da Assistente Social como Muito Satisfeito e 4 como Satisfeito.

Podemos então concluir que é em relação à equipa de Enfermagem que se verifica maior nível de Satisfação. Factores como a proximidade, o contacto diário, o tipo de conversa e de atenção que é dada ao utente e à família, as funções inerentes a cada técnico, entre outros, pesam na avaliação dos técnicos e nos resultados apresentados.

**Gráfico nº 2 – Quanto às instalações da Unidade**



**Fonte:** Questionário de Satisfação, UMDR Tavira, Elaboração Própria, 2010.

### Questões em análise:

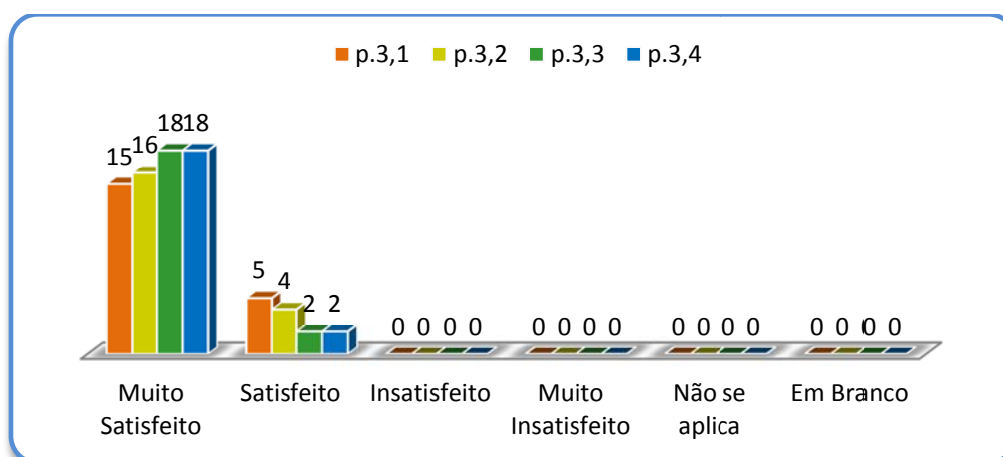
p.2.1 – Distribuição dos espaços (Quartos, sanitários, salas, etc.), p.2.2- Higiene e apresentação dos espaços; p.2.3 – Conforto e comodidade dos quartos; p. 2.4- Privacidade dos Quartos; p.2.5 – Apresentação e ambiente dos espaços para receber os utentes, familiares e visitas.

Seguidamente os inquiridos foram questionados sobre a sua satisfação face às instalações apresentadas pela unidade. A avaliação centrou-se em critérios como: a distribuição dos espaços (quartos, sanitários, salas, etc.); higiene e apresentação dos espaços; conforto e comodidade dos quartos, no que diz respeito à privacidade dos quartos e ainda sobre a apresentação e ambiente dos espaços para receber os utentes, familiares e visitas.

A análise do gráfico permite-nos perceber que o nível de satisfação face às características das instalações da unidade é muito elevado. Todos os inquiridos, avaliam a higiene e a apresentação dos espaços de forma positiva. Dos 20 inquiridos, 18 mostram-se muito satisfeitos com a distribuição dos espaços e com o conforto e comodidade dos quartos; 17, dos inquiridos avaliam a apresentação e ambiente dos espaços para receber utentes, familiares e visitas como muito satisfatórios. O critério em que a avaliação é menos positiva, refere-se à privacidade dos quartos, em que 11 inquiridos mostram-se muito satisfeitos e 9 satisfeitos.

Estes dados permitem-nos concluir que as instalações agradam bastante aos utentes e às suas famílias, evidenciando-se uma total satisfação em relação a higiene a apresentação dos espaços. No entanto, a privacidade dos quartos gera menor satisfação por parte dos inquiridos, esta avaliação deve-se ao facto dos quartos serem partilhados por 2 ou três utentes, o que coloca em causa a privacidade de cada um deles.

### Gráfico nº 3 – Quanto aos serviços prestados pela Unidade – Refeições



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

#### Questões em análise:

p.3.1 – Condições da sala de refeições; p.3.2 – Horário das refeições; p.3.3 – Qualidade; p.3.4 – Quantidade.

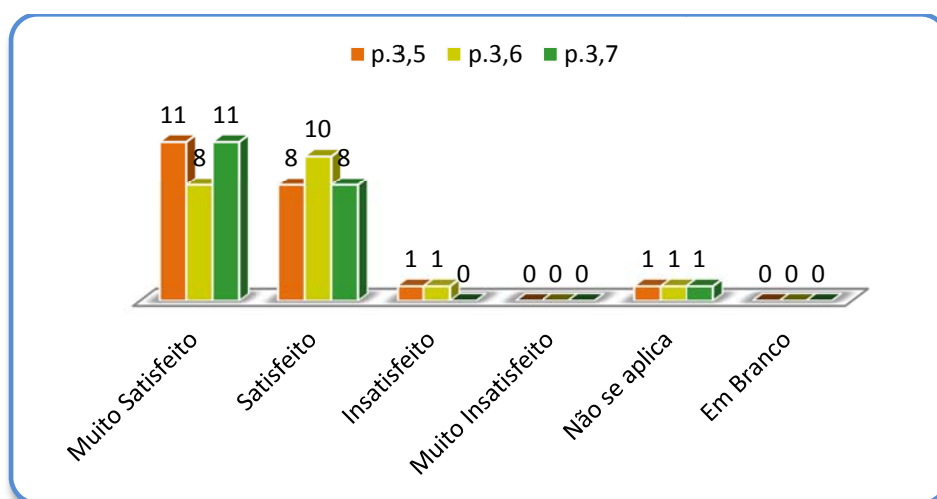
As refeições são um serviço externo da unidade, são fornecidas à unidade por outra valência da instituição. O presente gráfico permite-nos avaliar a satisfação dos inquiridos, quanto às condições da sala de refeições, quanto ao horário em que são servidas as refeições, a qualidade e a quantidade da alimentação fornecida aos utentes.

Mais uma vez o nível de satisfação apresentado é muito elevado. Do total de 20 inquiridos, 18 avaliam a qualidade e a quantidade como muito satisfatórios, 16 inquiridos apresentam-se muito satisfeitos com o horário das refeições, e 15 mostram-se muito satisfeitos com as condições da sala de refeições contra 5 que se mostram satisfeitos.

Deste modo, podemos afirmar que a qualidade e a quantidade da comida fornecida está garantida, no entanto, a avaliação feita às condições da sala de refeições revelam uma menor satisfação, o que se prende com as suas dimensões, segundo a opinião dos inquiridos e a observação que fizemos.



**Gráfico nº 4 – Quanto aos serviços prestados pela unidade - Lavandaria**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

Questões em análise:

p.3.5 – Frequência das mudas de roupa; p.3.6 – Qualidade, responsabilização e tratamento adequado; p. 3.7 Limpeza.

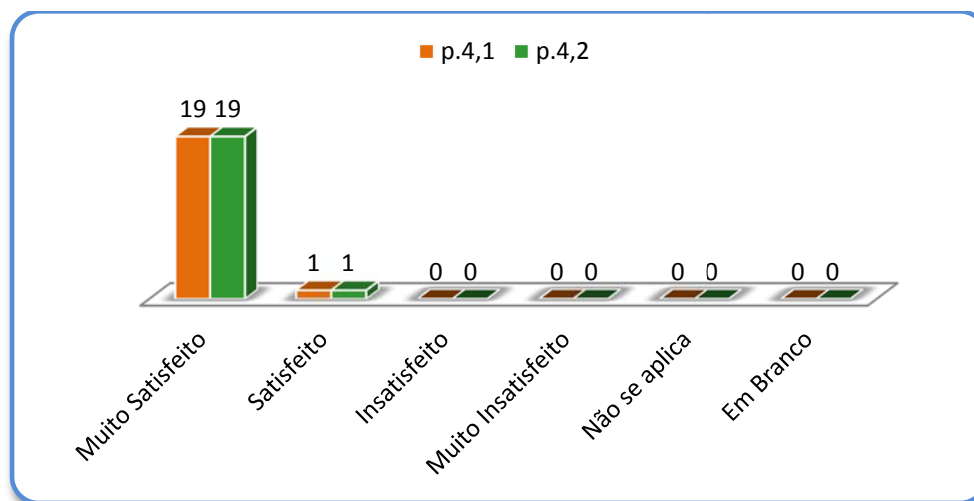
Ao analisarmos o presente gráfico, facilmente se detecta uma diferença significativa na avaliação feita a este serviço. Relativamente a este serviço, foram avaliados os seguintes critérios: frequência da muda de roupas dos utentes; qualidade, responsabilização e tratamento adequados, e a limpeza.

Ao analisarmos, os dados fornecidos pelo gráfico, podemos perceber, que este não é um serviço requerido por todos os utentes inquiridos, 1 utente dos 20 inquiridos optaram por não usufruir deste serviço durante o seu internamento. O gráfico mostra-nos que 11 dos inquiridos, avaliam a frequência da muda de roupa e a limpeza como muito satisfatório. Já no que respeita, à qualidade, responsabilização e tratamento adequado, apenas 8 dos inquiridos avaliam este item como muito satisfatório, contra 10 inquiridos que apenas o avaliam como satisfatório. Para além disso, existem ainda, 1 inquirido que se apresenta insatisfeito com a frequência da muda de roupa, e 1 com a qualidade, responsabilização e tratamento adequado.

Podemos assim concluir que o serviço de lavandaria quando comparado com o serviço de refeições, apresenta uma avaliação significativamente menos satisfatória.

Verificando-se neste serviço, níveis de insatisfação, o que não acontece com o serviço de refeições.

**Gráfico nº 5 – Quanto ao horário de visitas**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

Questões em análise:

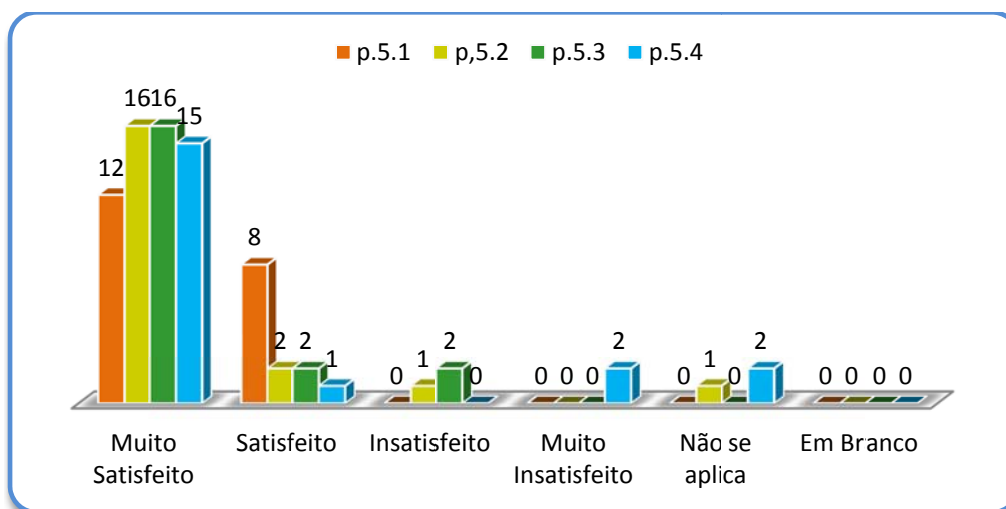
p.4.1 – Horário estabelecido; p. 4.2 – Número de visitas permitido

Os procedimentos relativos às visitas são muito importantes e foram tidos em conta nesta avaliação pelo significado que o contacto entre utentes e visitas tem durante o período de internamento.

Sobre este tema foram avaliados dois critérios: o horário estabelecido e o número de visitas permitido no espaço de internamento da unidade. A análise do gráfico acima apresentado revela grande unanimidade em relação a este tema, 19 dos 20 inquiridos mostram-se muito satisfeitos com o horário e com o número de visitas permitido, e somente 1 se apresentam satisfeitos com ambos os itens em análise.

Podemos assim concluir que relativamente aos procedimentos relacionados com as visitas, utentes e familiares revelam grande satisfação.

**Gráfico nº 6 – Quanto ao funcionamento**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

Questões em análise:

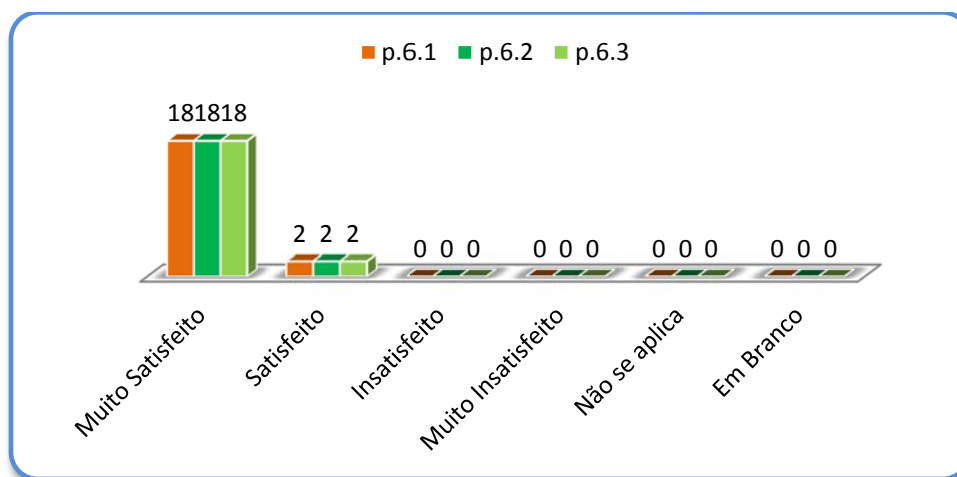
p.5.1 – Horários estabelecidos para levantar, deitar, banhos, refeições e terapêuticas; p.5.2 – Disponibilidade dos materiais, fraldas, medicação, ajudas técnicas, etc.; p.5.3 – Respeito pelas necessidades, hábitos, preferências e ritmos do utente; p.5.4 – Atenção dada às reclamações apresentadas.

As questões que analisamos no presente gráfico são de extrema importância quando se pretende avaliar a qualidade dos serviços prestados neste tipo de unidade. Assim, neste gráfico estão presentes dados relativos aos seguintes critérios: os horários estabelecidos para levantar e deitar, para as refeições, banhos e terapêuticas; disponibilidade dos materiais, fraldas, medicação, ajudas técnicas, etc....; respeito pelas necessidades, hábitos, preferências e ritmos dos utentes e ainda à atenção dada às reclamações apresentadas.

Analisando cada um dos critérios podemos perceber no que se refere aos horários estabelecidos para a realização das rotinas diárias, 12 inquiridos apresentam-se muito satisfeitos e 8 satisfeitos. No que respeita à disponibilidade dos materiais, 16 inquiridos revelam-se muito satisfeitos, 2 satisfeitos, 1 insatisfeito e 1 respondeu não se aplica. Em relação ao respeito pelas necessidades, hábitos, preferências e ritmos dos utentes, 16 inquiridos mostram-se muito satisfeitos, 2 satisfeitos, e 2 insatisfeitos. Finalmente, no que respeita à atenção dada às reclamações apresentadas, 15 dos inquiridos apresentam-se muito satisfeitos, 1 satisfeito, 2 muito insatisfeito e 2 responderam não se aplica.

Desta forma, podemos concluir que dos critérios analisados o que maior satisfação gera é o critério relacionado com os horários estabelecidos, contrariamente ao critério da atenção dada às reclamações apresentadas, uma vez que é o único critério em análise, que evidencia inquiridos muito insatisfeitos.

**Gráfico nº 7 – Quanto à informação que lhe foi dada sobre o seu estado de saúde**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

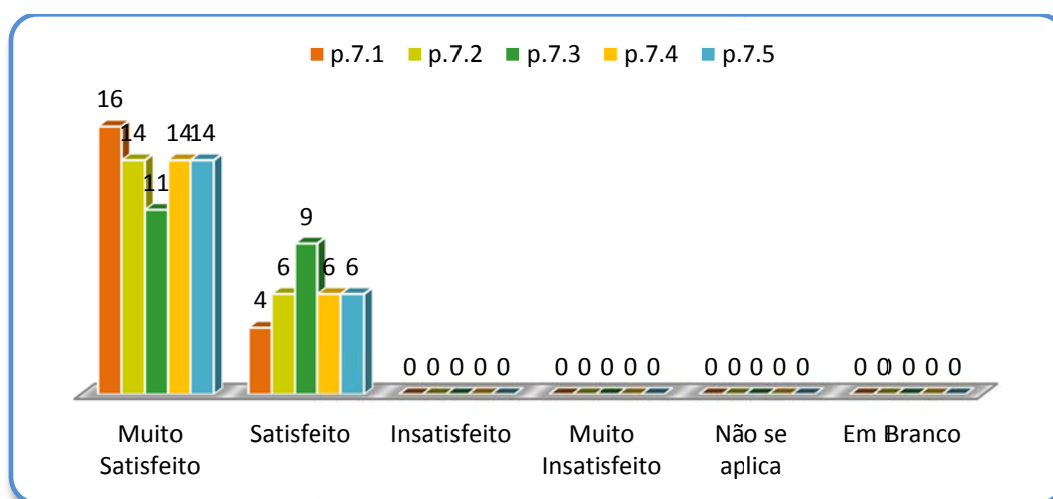
Questões em análise:

p.6.1 – no momento da admissão na unidade; p.6.2 – durante o internamento (evolução do estado clínico); p.6.3 – Na saída (estado e cuidados a ter após a alta).

O presente gráfico permite-nos analisar a satisfação dos utentes e familiares em relação à informação que lhe foi dada sobre o estado de saúde do utente, em três momentos diferentes no período de internamento, sendo eles: no momento da admissão na unidade; durante o internamento e à data da alta do utente.

Ao analisarmos os dados fornecidos pelo gráfico, podemos constatar que o nível de satisfação face à informação dada é elevado em qualquer dos momentos em análise. Dos 20 inquiridos, 18 apresentam-se muito satisfeitos, e apenas 2 avaliam a informação fornecida como satisfatória, independentemente do momento em análise. Estes resultados pretendem-se com o facto, da equipa comunicar constantemente com o utente e com a família, colocando toda a informação ao seu dispor, segundo o que foi revelado por alguns inquiridos.

**Gráfico nº 8 – Em termos gerais, qual a sua opinião sobre a Unidade**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

Questões em análise:

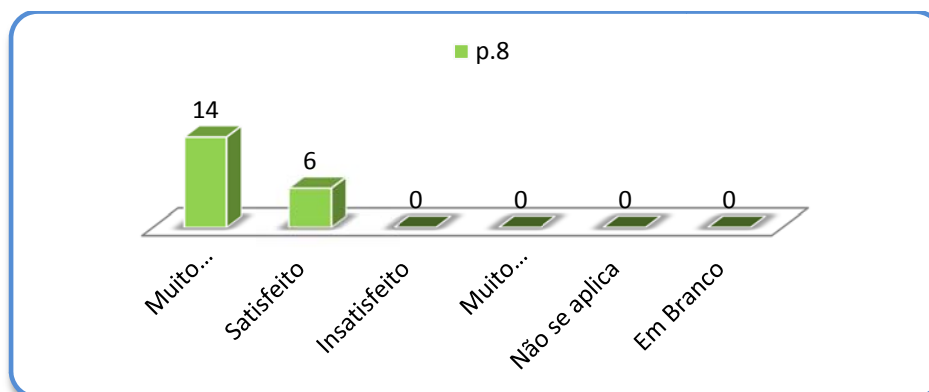
p.7.1 – Quanto à eficácia; p. 7.2 – Quanto ao rigor; p.7.3 – Quanto à rapidez de resposta aos seus pedidos; p.7.4 – quanto à cordialidade; p.7.5 – Quanto à comodidade.

Com as questões presentes no gráfico, pretendemos conhecer o grau de satisfação dos inquiridos de uma forma geral, questionando-os sobre os seguintes aspectos: eficácia; rigor; rapidez de resposta aos seus pedidos; cordialidade e comodidade.

A análise dos dados presentes no gráfico permite constatar que relativamente à eficácia dos serviços prestados 16 dos inquiridos revelam-se muito satisfeitos, restando apenas 4 que avaliam a eficácia como satisfatória. Seguidamente, 14 dos inquiridos são unânimes em avaliar como muito satisfatórios os critérios de rigor, cordialidade e comodidade, contra 6 inquiridos que se apresentam satisfeitos com os critérios anteriores. Por último, e com um menor nível de satisfação, embora também ele elevado, temos o critério de rapidez de resposta aos pedidos, apresentando um nível muito satisfatório para 11 dos inquiridos e satisfatório para os restantes 9 inquiridos.

Podemos então concluir que a eficácia dos serviços e cuidados prestados pela unidade são muito satisfatórios, no entanto deve ser dada maior atenção e brevidade aos pedidos manifestados pelos utentes e seus familiares, o que se entende que nem sempre seja fácil, pois estão envolvidos muitos profissionais e muitos outros factores que por vezes não permitem resolver as situações no tempo e da forma que seria mais desejável para todos.

**Gráfico nº 9 – De um modo geral, qual seria o seu grau de satisfação final em relação aos serviços prestados pela Unidade?**

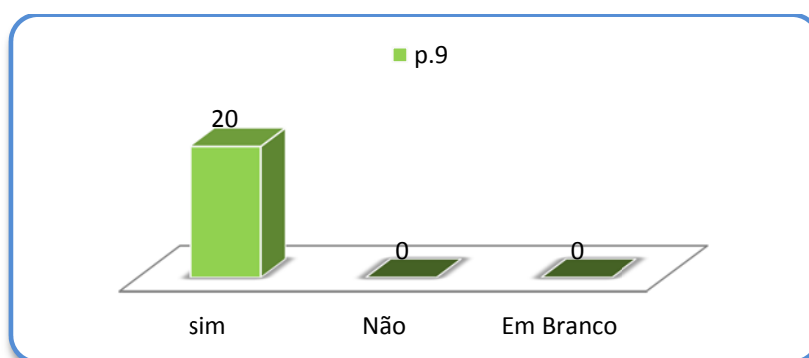


**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

Após terem sido avaliados vários parâmetros específicos, importa também perceber qual o grau de satisfação final que os inquiridos manifestam em relação aos serviços e aos cuidados prestados pela unidade, pela sua equipa.

Desta foram, e aliás como foi sendo visível ao longo da análise que temos vindo a fazer, com os dados presentes no gráfico, podemos finalmente constatar que a grande maioria dos inquiridos, mais precisamente, 14 dos 20 questionados, manifestaram-se muito satisfeitos com os serviços prestados, e que os 6 restantes avaliaram os serviços como satisfatórios, não havendo nenhum, inquirido insatisfeito ou muito insatisfeito.

**Gráfico nº 10 – Recomendaria a Unidade a um familiar, amigo ou conhecido?**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010.

Por último, no questionário aplicado foi questionado aos inquiridos se recomendariam a unidade a um familiar, amigo ou conhecido, sendo esta também uma forma de

conseguirmos avaliar a sua satisfação, uma vez que ninguém recomendaria a alguém querido, um serviço pelo qual não ficou satisfeito.

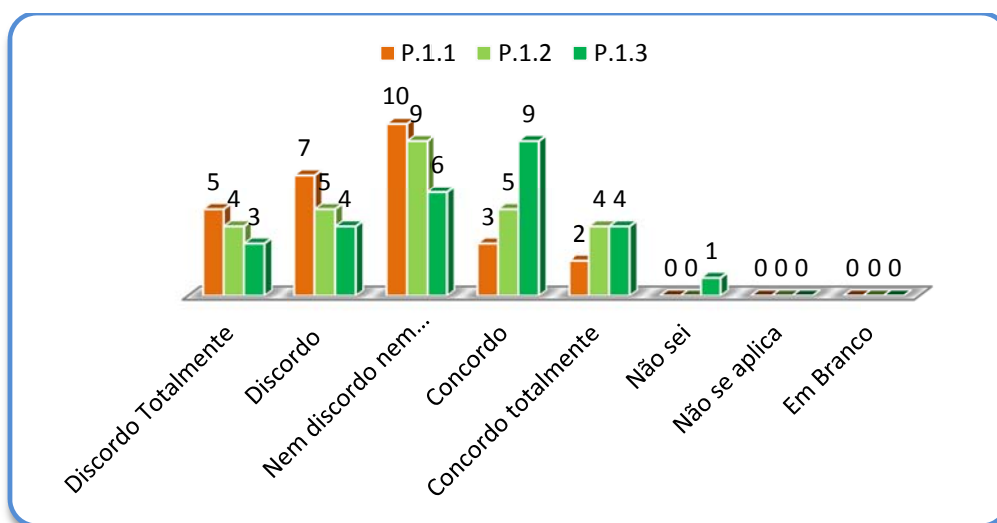
Como seria de esperar pelos dados obtidos na maioria das questões anteriores, todos os inquiridos responderam que sim, recomendariam a unidade. Dados estes que revelam que os utentes e as suas famílias saíram da unidade satisfeitos com os serviços prestados e, que como foi mencionado em vários casos, voltariam se caso fosse necessário.

## 2.2– O olhar dos Profissionais

Foram aplicados 27 questionários a 27 colaboradores da unidade, divididos da seguinte forma pelas seguintes categorias: 9 auxiliares de acção médica; 10 enfermeiros; 1 animadora sócio cultural; 1 terapeuta da fala; 2 fisioterapeutas; 1 psicóloga; 1 Assistente Social; 1 Enfermeira chefe e 1 director clínico. Do total dos inquiridos 20 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos de idade.

Da análise feita aos questionários aplicados aos colaboradores que constituem a equipa da unidade, foram elaborados os seguintes gráficos que melhor servem aos objectivos do estudo.

**Gráfico nº 11 – Condições de Trabalho**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010

### Questões em análise:

p.1.1 – Satisfação com as instalações; p. 1.2 – Disponho dos meios necessários para desempenhar a minha função; p.1.3- Estou satisfeito com as condições de higiene e segurança das instalações e equipamentos.

Primeiramente, os colaboradores foram questionados sobre a sua satisfação face às condições de trabalho que dispõem na unidade para desempenharem as suas funções. Neste sentido, foram analisados os seguintes aspectos: a satisfação com as instalações (gabinetes, refeitórios, instalações sanitárias, etc.); a disponibilidade dos meios necessários para desempenhar as funções; a satisfação com as condições de higiene e segurança das instalações e equipamentos.

Se atentarmos para os dados correspondentes a cada um dos itens questionados podemos perceber que relativamente às instalações, a maioria dos inquiridos respondeu nem discordo nem concordo, mais concretamente 10 dos 27 colaboradores inquiridos, restando 5 que referem discordar totalmente, 7 que discordam, 3 que concordam e somente 2 que concordam totalmente. Estes dados revelam um nível de satisfação face às instalações relativamente baixo. Após recolha das respostas e conversas informais com os colaboradores da Unidade podemos registar que alguns destes profissionais mostram algum descontentamento no que diz respeito aos materiais fornecidos pela instituição e a escassez dos mesmos para conseguirem assegurar a prestação de cuidados diários.

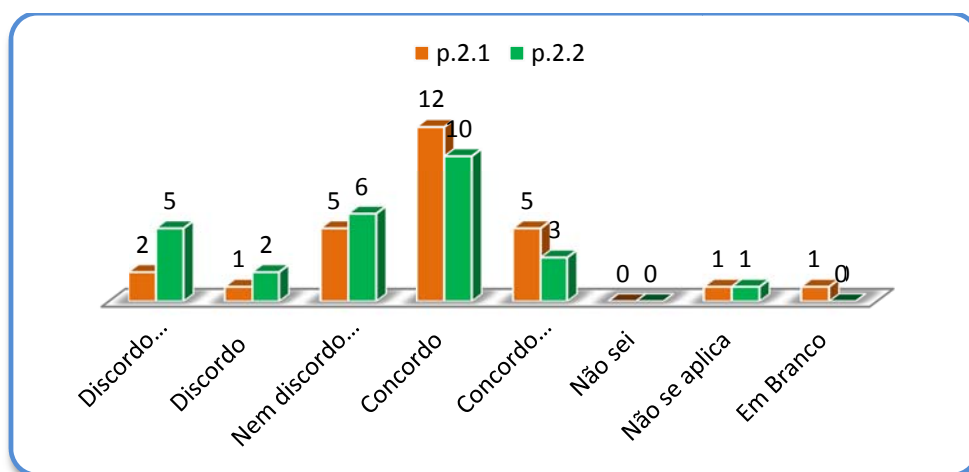
No que diz respeito aos dados apresentados sobre a disponibilidade dos meios necessários, para desempenhar a função, o gráfico revela que 5 dos 27 inquiridos, responderam que concordam, 9 responderam que nem discordam nem concordam. Para além disso, 5 referem discordar com o facto de disporem dos meios necessários, 4 discordam totalmente e por fim 4 dos inquiridos referem concordar totalmente quando questionados sobre a disponibilidade dos meios necessários ao seu trabalho. A avaliação feita sobre esta questão, revela que os colaboradores se encontram divididos, pois no total, 9 colaboradores fazem uma avaliação positiva e 9, uma avaliação negativa sendo que outros 9, mantêm uma posição neutra.

Também no que respeita à satisfação com as condições de higiene e segurança das instalações e equipamentos, os dados revelam alguma divisão de opiniões. A maioria dos colaboradores fazem uma avaliação positiva, uma vez que 9 dos inquiridos revelam



concordar e 4 concordar totalmente. De seguida, 6 apresentam uma posição neutra, 4 discordam, 3 discordam totalmente e 1 respondeu, “não sei”.

**Gráfico nº 12 – Criatividade e poder de decisão**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010

Questões em análise:

p.2.1 – Tenho possibilidade de ser criativo; p. 2.2 – Participo nas tomadas de decisão, as minhas opiniões são ouvidas.

Pensamos ser importante perceber até que ponto os colaboradores sentem que podem ser criativos no desempenho das suas funções e como é que se sentem relativamente ao poder de decisão que lhes é atribuído.

Assim, sobre este tema foram tidos em conta os aspectos como: possibilidade de ser criativo e participação no processo de decisão, atenção dadas às opiniões dados pelos colaboradores.

Ao analisarmos os dados presentes no gráfico, podemos constatar que a maioria dos inquiridos se mantiveram neutros em ambos os itens questionados, uma vez que 5 responderam nem discordo nem concordo, sobre a possibilidade de serem criativos, e 6 mantiveram a mesma resposta face à participação no processo de decisão.

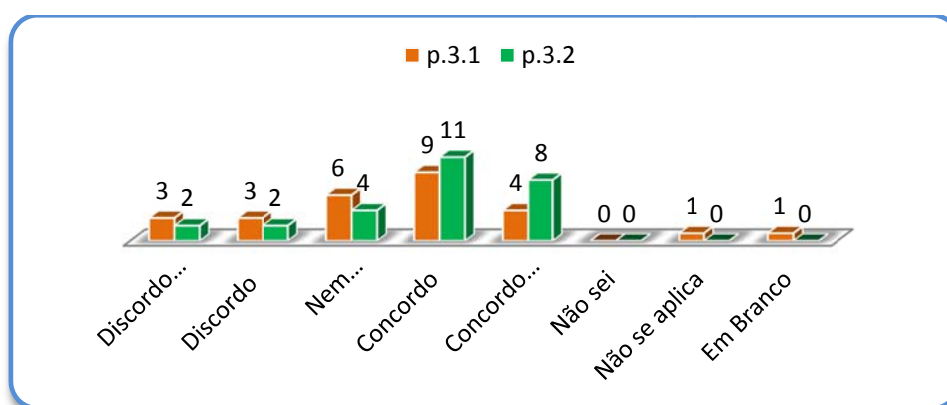
No entanto, relativamente à possibilidade de serem criativos 12 colaboradores concordam que tem essa possibilidade, 5 concordaram totalmente, 1 discorda, 2

discordam totalmente, havendo ainda 1 inquirido a responder não se aplica e outro que não respondeu.

Quanto à possibilidade de participação no processo de decisão, o nível de satisfação revela-se ligeiramente menor, 13 dos inquiridos fazem uma avaliação positiva, e 7 uma avaliação negativa, sendo que 6 não discordam nem concordam e 1 respondeu não se aplica.

Os dados revelam mais uma vez que os níveis de satisfação se dividem, embora o nível de satisfação seja maioritariamente positivo, como revela o gráfico.

**Gráfico nº 13 – Autonomia e definição de actividades e objectivos**



**Fonte:** Questionários de satisfação, UMDR Tavira, elaboração própria, 2010

Questões em análise:

P. 3.1 – Tenho possibilidade de participar na definição das actividades a desenvolver e dos objectivos a atingir; P. 3.2 – Tenho autonomia para planear, executar e avaliar o meu próprio trabalho.

Desta vez, pretendemos conhecer o nível de satisfação dos colaboradores face à possibilidade de participarem na definição das actividades a desenvolver assim como dos objectivos a serem atingidos, e ainda o nível de autonomia que sentem que lhes é atribuído para planearem, executarem e avaliarem o seu próprio trabalho.

Ao observar o gráfico, podemos visualizar de imediato que a maioria dos inquiridos avaliou positivamente ambos os itens em estudo. Relativamente, à possibilidade de participarem na definição das actividades e objectivos 9 dos inquiridos revelam concordar, 4 concordam totalmente, 9 mantiveram-se neutros, 4 discordam e 4 discordam totalmente, verificando-se ainda 1 resposta em branco e 1 não se aplica.